

0813720-93.2020.8.18.0140

RONALDO PEREIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

16182555 - Petição (2732415 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 22/04/2021 09:47:01

22 Apr 2021

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO

16182546 - Petição

16182555 - Petição (2732415 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL 01)

16182559 - DOCUMENTO

COMPROBATÓRIO (2732415 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL Anexo 02)

18 Feb 2021

PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE

14770604 - Despacho

16 Feb 2021

CONCLUSOS PARA DESPACHO

18-29

22 Apr 2021

JUNTADA DE CERTIDÃO

Microsoft Word - 2732415_MANIFESTACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01.docx

2732415- CJ/ 2020-02488/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo n.º 08137209320208180140

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove

PT 09:47 22/04/2021



Número: **0813720-93.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RONALDO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)	JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16182 546	22/04/2021 09:47	<u>Petição</u>	Petição
16182 555	22/04/2021 09:47	<u>2732415_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Petição
16182 559	22/04/2021 09:47	<u>2732415_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

SEGUE EM ANEXO IMPUGNAÇÃO AO LAUDO PERICIAL.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:46:59
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209465978700000015278337>
Número do documento: 21042209465978700000015278337

Num. 16182546 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo n.º 08137209320208180140

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RONALDO PEREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscents e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoportoadvocados.com.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209465994700000015278346>
Número do documento: 21042209465994700000015278346

Num. 16182555 - Pág. 1

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 20 de abril de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209465994700000015278346>
Número do documento: 21042209465994700000015278346

Num. 16182555 - Pág. 2

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190662294

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO PEREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000057209-4

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para contato
contato, informe
seu NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SERAZ/PI/ME

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	13692	Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Médio:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo	CONSUMO	162 A R\$ 0,912203 =	147,77		
AGO/19	158	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,74		
JUL/19	151	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,01		
JUN/19	154	CORRECAO MONETARIA 10/08/19-00	0,16		
MAI/19	140	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,24		
ABR/19	143	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,03		
MAR/19	153	MULTA POR ATRASO 08/19-00	2,89		
FEV/19	204	JUROS POR ATRASO 08/19-00	0,43		
JAN/19	133	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	6,47		
DEZ/18	136				
NOV/18	160				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
	8 A 162 - 0,555310				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode agitar este bilhete no vencimento de suas faturas entre 1, 5, 10, 15, 20 ou 25 dias para evitar que seja cobrada multa de atraso de pagamento.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,58
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	1,62
		6,49%	7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		OMIC		DIOB	
	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	anual
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACALUBA				Período de	07/2019	EUS:	53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0051867-0

164,27

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2019

01/10/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.740/0001-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104220947003530000015278350
Número do documento: 2104220947003530000015278350

Num. 16182559 - Pág. 2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

466.746.224-00 Ronaldo Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Ronaldo Pereira da Silva 6 - CPF: 466.746.224-00
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: R. Flores Ress. Adreclino 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 Centro Norte 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86)994720591

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 3389 CONTA: 57209 (4)

(Informar o dígito se existir) (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 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (váinacer) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	---	--	--	---

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Ribeirão Preto 27.11.19
 Ribeirão Preto SP

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

o Representante Legal (se houver)

2010

TESTEMUNHAS





ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO - Nº 20485

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito (Com pessoa ferida ou morta)
TIPO DE ACIDENTE: Colisão com outro veículo DATA: 04/08/2019 HORA: 19:49:55
MUNICÍPIO: Teresina LOGRADOURO: Av. Josué De Moura Santos Nº: 3405

CONDUTORES

Veículo Nº 1 Placas OVW0491	Condutor Francisco Ferreira Barros Neto Sexo Masculino Idade 28 Endereço Rua São Tomé número 6438 bairro São Francisco município de TERESINA Proprietário Francisco Ferreira Barros Neto Veículo: Marca / Modelo FORD/KA SE 1.0 HA B	Espécie Passageiro	Ano CNH 05947887675
Veículo Nº 2 Placas NIW7542	Condutor Francisco Ferreira Barros Neto Sexo Masculino Idade 28 Endereço Rua São Tomé número 6438 bairro São Francisco município de TERESINA Proprietário Francisco Ferreira Barros Neto Veículo: Marca / Modelo I/SHINERAY XY 50 Q	Espécie Passageiro	Ano CNH 05947887675

DANOS NOS VEÍCULOS

Veículos	Danos
OVW0491	Lateral direita [paralama, parachoque, roda dianteira], Para-brisa [quebrado], Para-choque dianteiro [quebrado], Para-lama frontal direito [amassado], Roda/Suspensão dianteira direita [Avariada]
NIW7542	Carenagem [quebrada], Garfo dianteiro [avariado], Tanque de combustível [avariado], Guidão [amassado]

Vítimas

Nome Ronaldo Pereira da Silva	Sexo Masculino	Idade 49
Endereço Rua Três	Condição	Lesões graves ou gravíssimas

Testemunhas

RELATÓRIO RESUMIDO: Após ouvir os condutores constatou-se que o veículo FORD/KA SE 1.0 HA B (OVW0491) trafegava pela Avenida Josué de Moura Santos no sentido leste-oeste; Próximo ao entrocamento rotatório formado com a pista da Rua José Gonçalves colidiu seu setor dianteiro direito no setor dianteiro do veículo I/SHINERAY XY 50 Q (NIW7542) que trafegava pela mesma via em sentido contrário, pela contramão de direção.

Informações sobre o DPVAT - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de vias Terrestres:

Óbito	Lesões Corporais	Invalidade Permanente
Certidão de Óbito		
Registro de Ocorrência Policial	Prova das despesas médicas	Prova das despesas médicas
Prova de Qualidade de beneficiário	Registro de Ocorrência Policial	Registro de Ocorrência Policial
		Rel. médico atestando o tipo e grau definitivo de invalidez

ONDE SOLICITAR: O benefício deve ser solicitado através de requerimento encaminhado a Seguradora Consorciada do beneficiário ou seu representante legal, acompanhado dos documentos acima.

Imagens





Tipo: Local

Descrição:

2/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 5



Tipo: Local

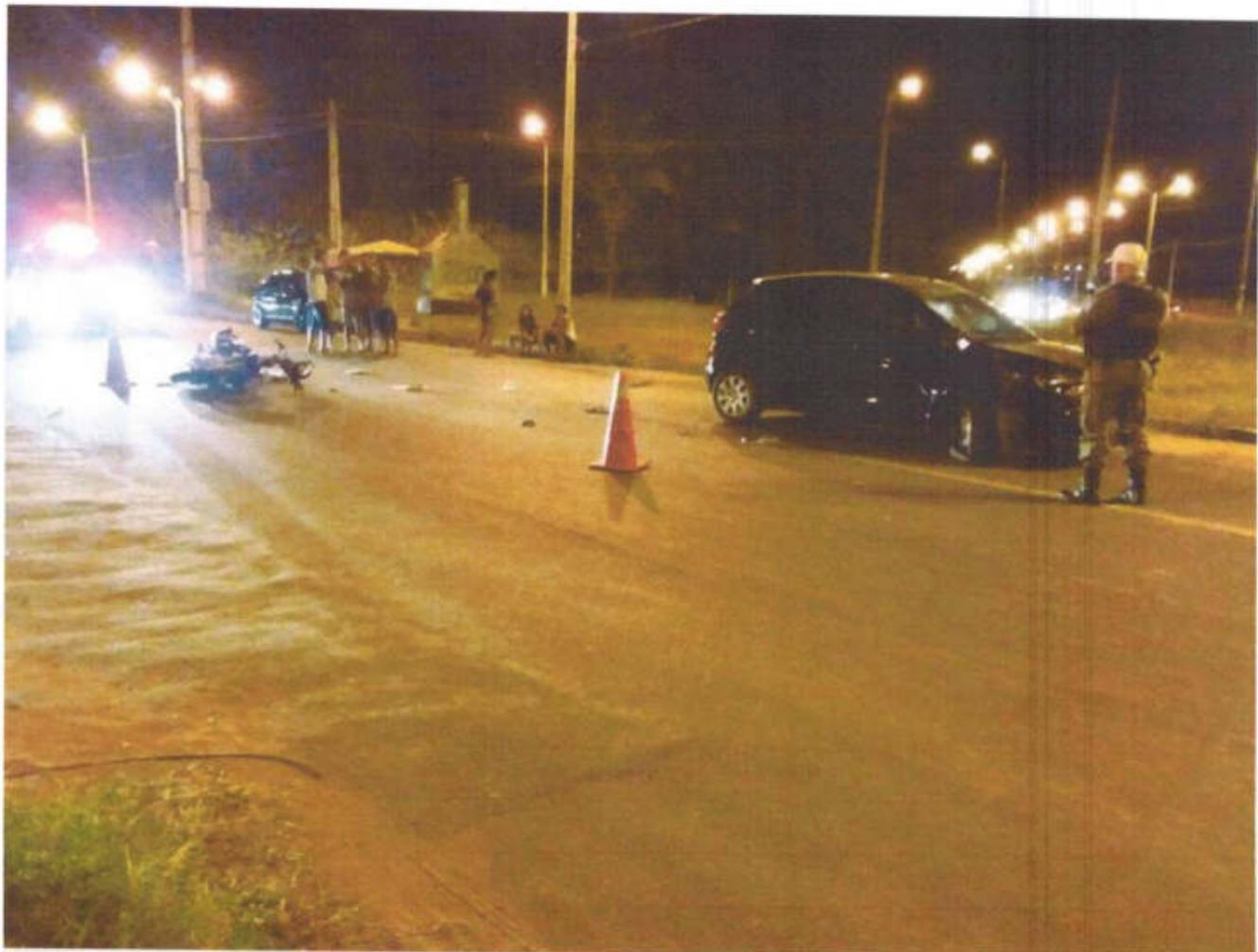
Descrição:

3/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 6



Tipo: Local

Descrição:

4/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 7



Tipo: Envolvido

Descrição: E1 - Francisco Ferreira Barros Neto





Tipo: Envolvido

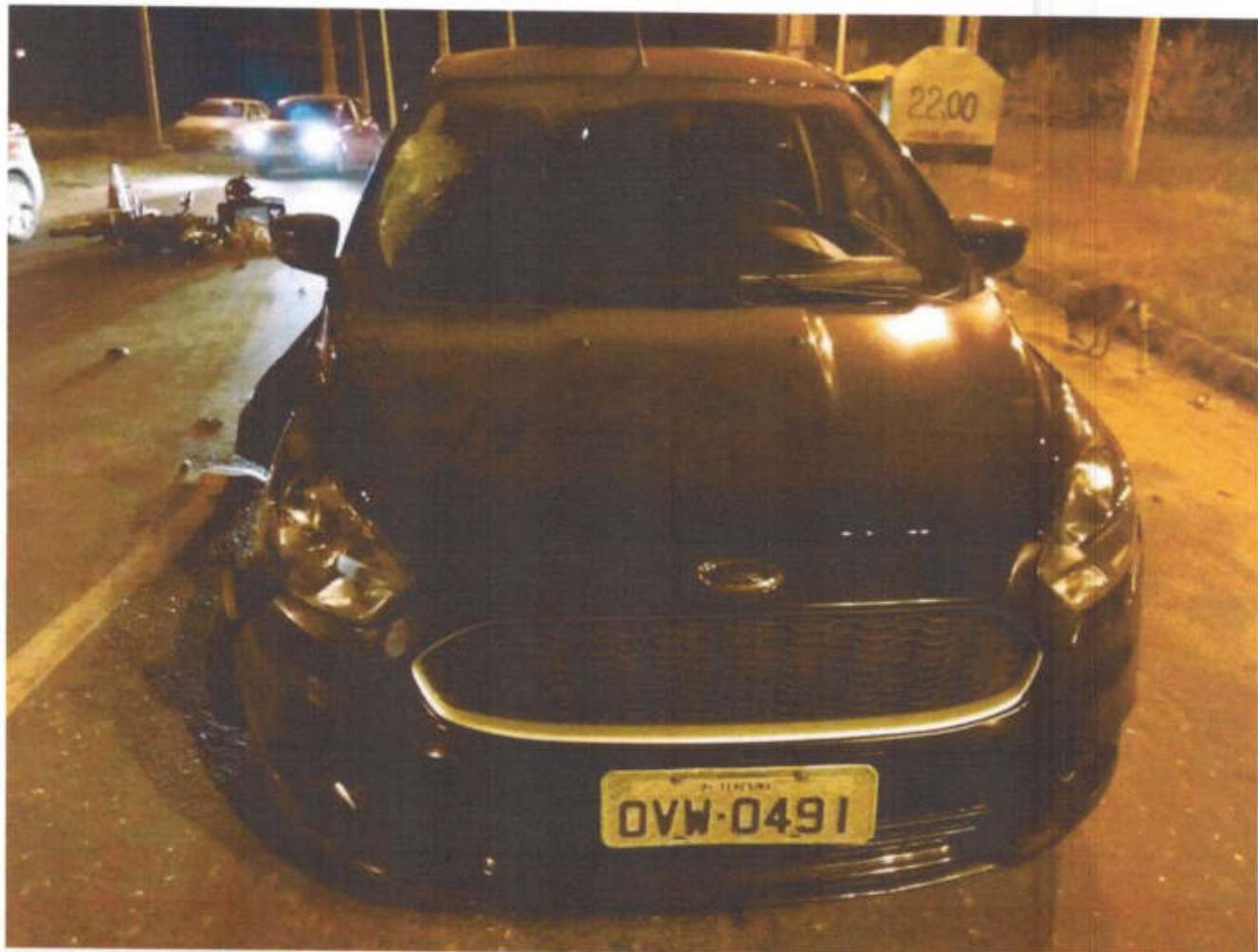
Descrição: E2 - Ronaldo Pereira da Silva

6/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 9



Tipo: Veículo

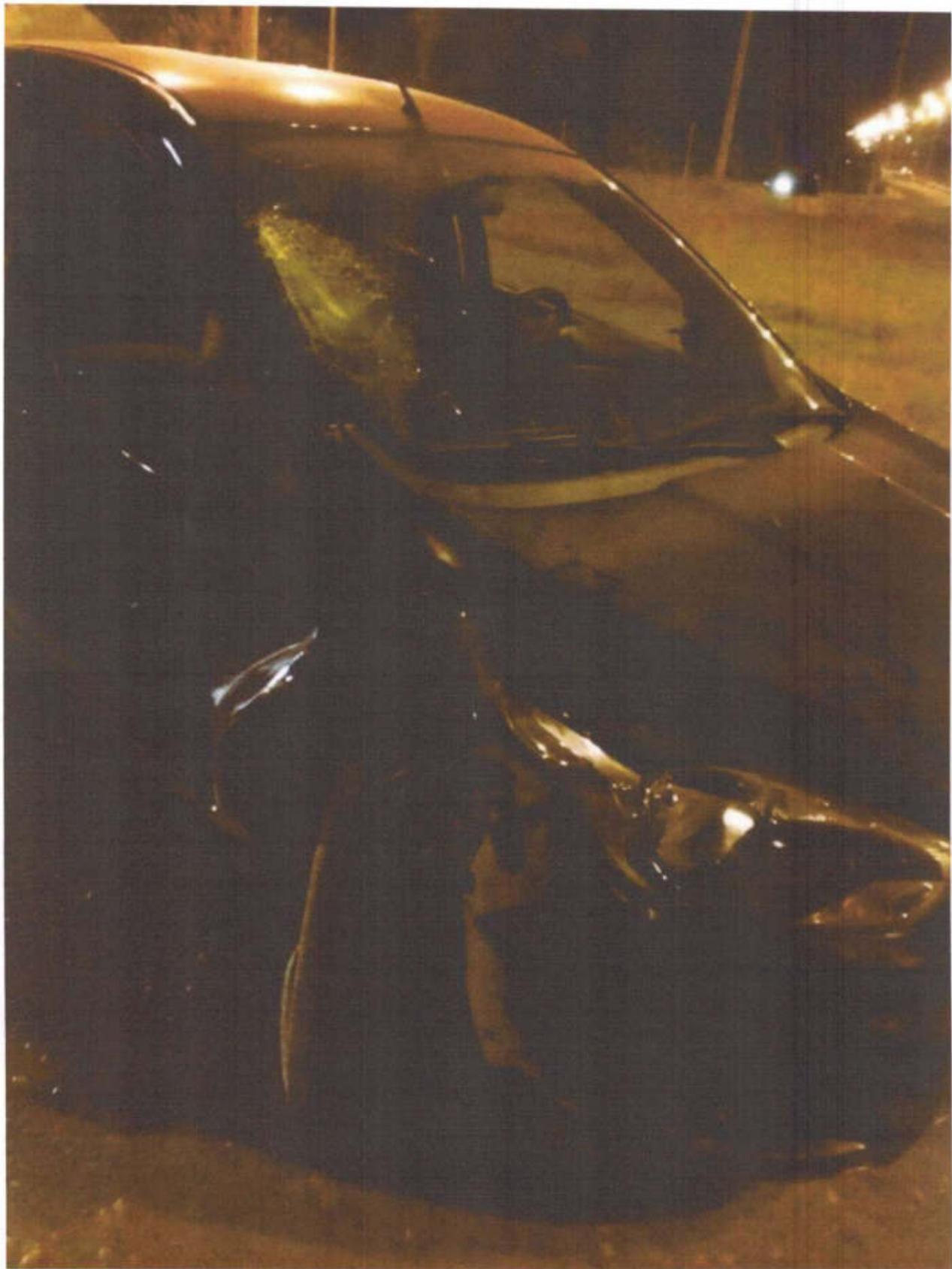
Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B

7/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 10



Tipo: Veículo

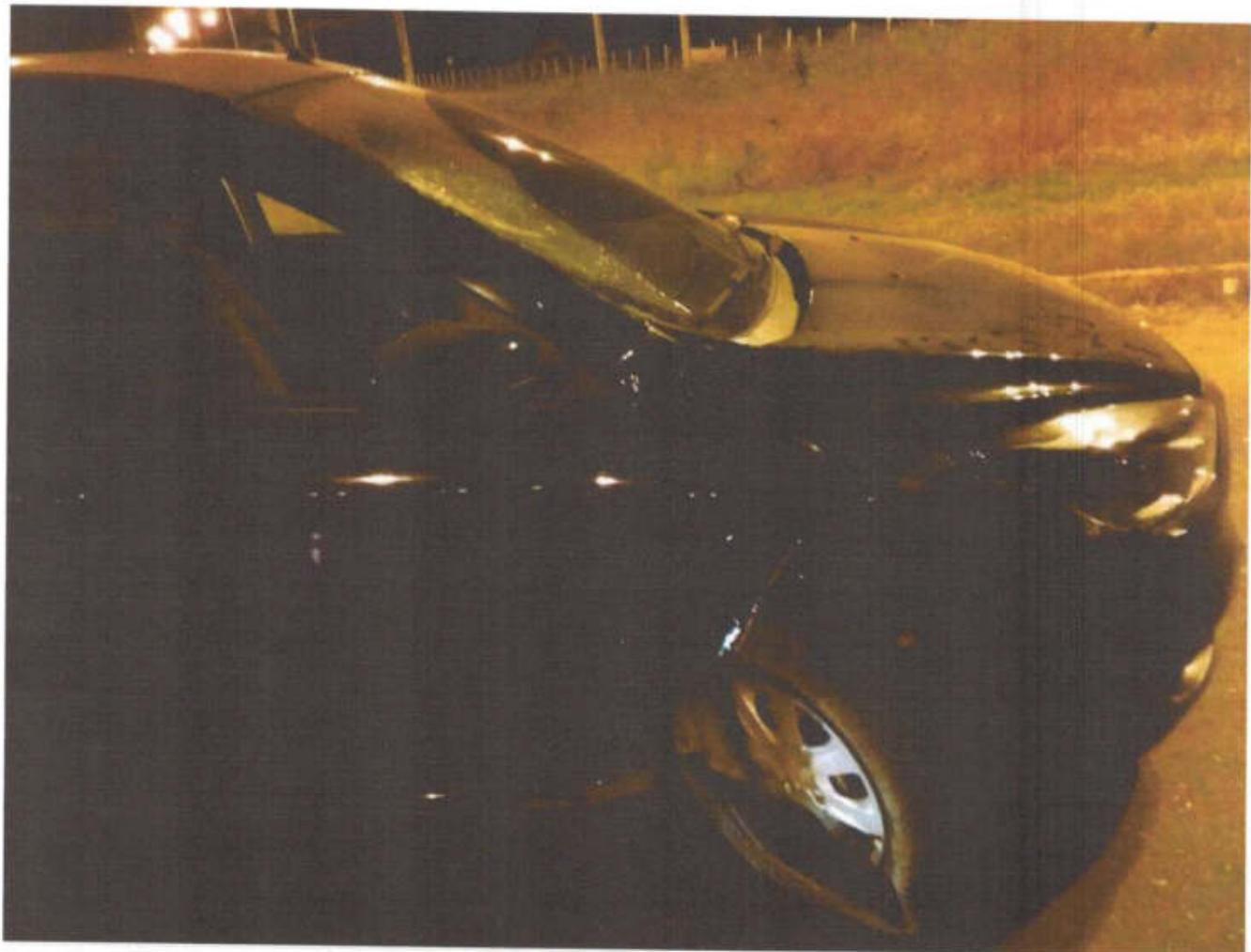
Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B

9/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 11



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B

8/17

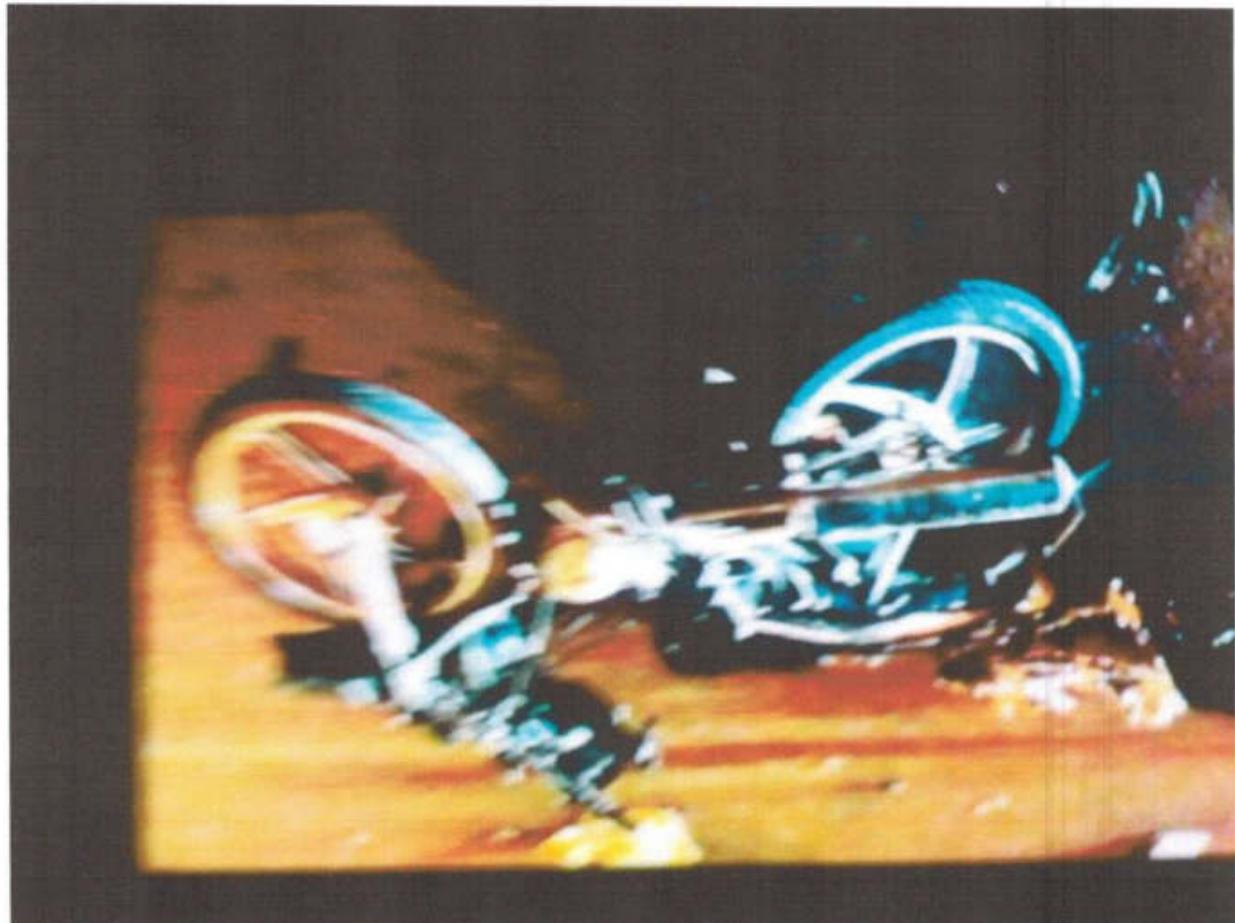


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 12

Tipo: Outro Objeto

Descrição: O1 - 1 Unidade Outro bem/objeto



Tipo: Outro Objeto

Descrição: O1 - 1 Unidade Outro bem/objeto

NOME DO
PM:

WILLIAM GOMES LAGES

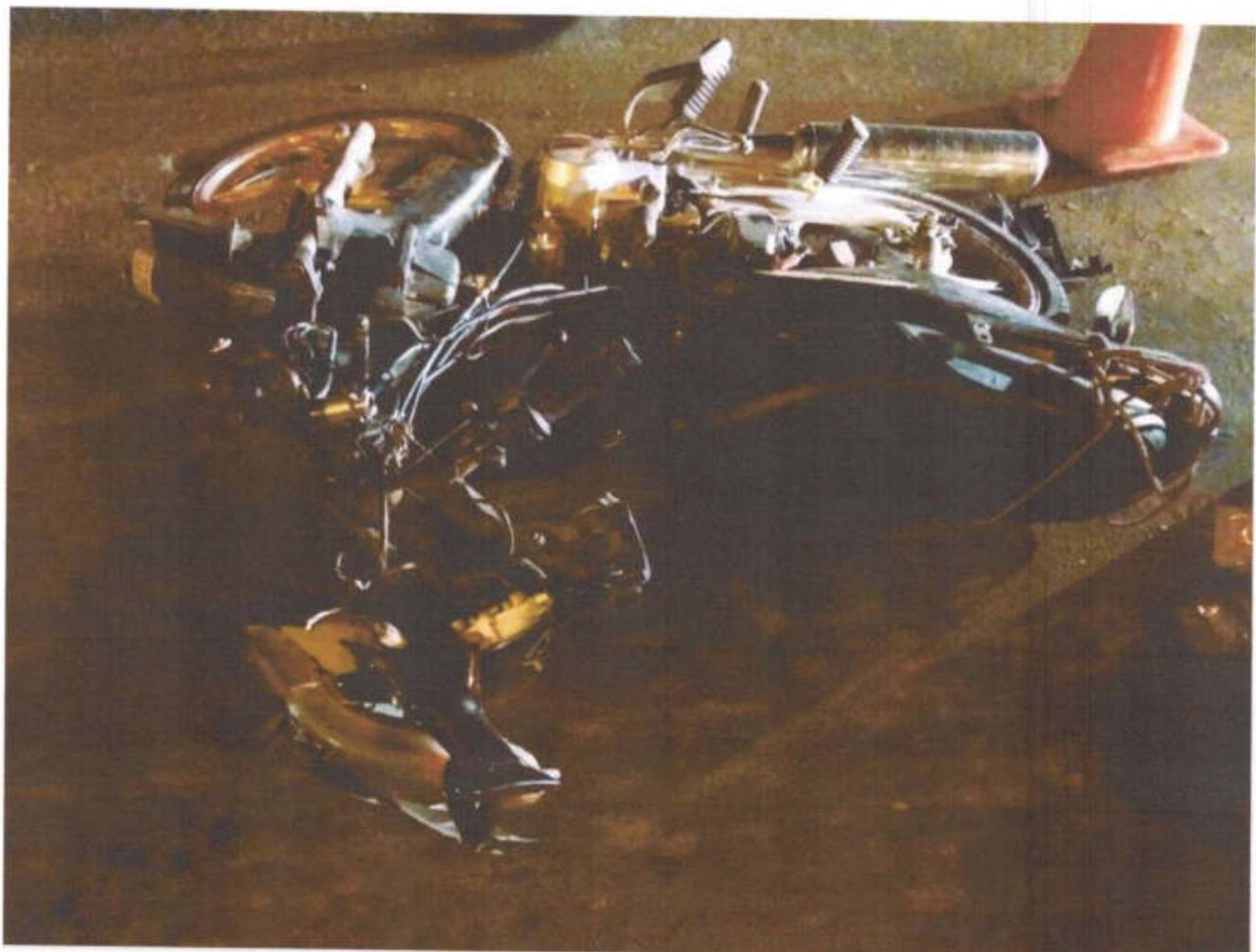
Id. Func.: 160352

17/17



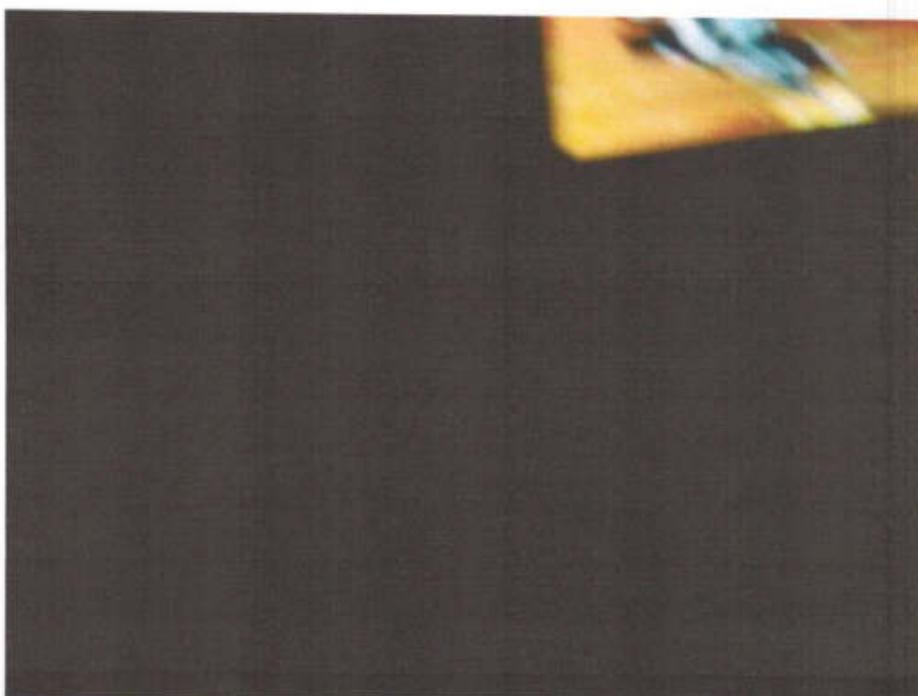
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 13



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - NIW7542 - I/SHINERAY XY 50 Q



16/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 14



Tipo: Veículo

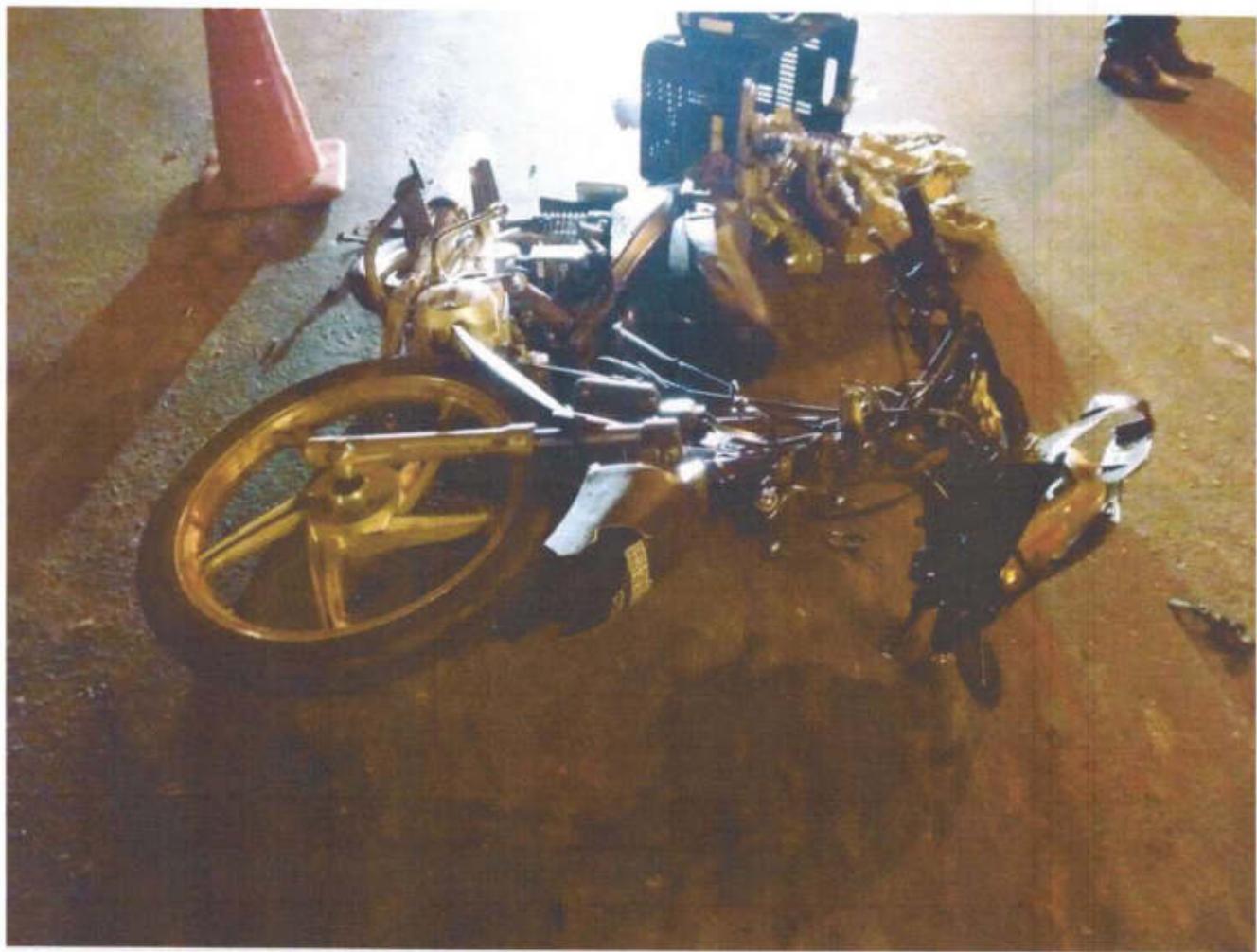
Descrição: V2 - NIW7542 - I/SHINERAY XY 50 Q

15/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 15



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - NIW7542 - I/SHINERAY XY 50 Q

14/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 16



Tipo: Veiculo

Descrição: V2 - NIW7542 - I/SHINERAY XY 50 Q

13/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 17



Tipo: Veículo

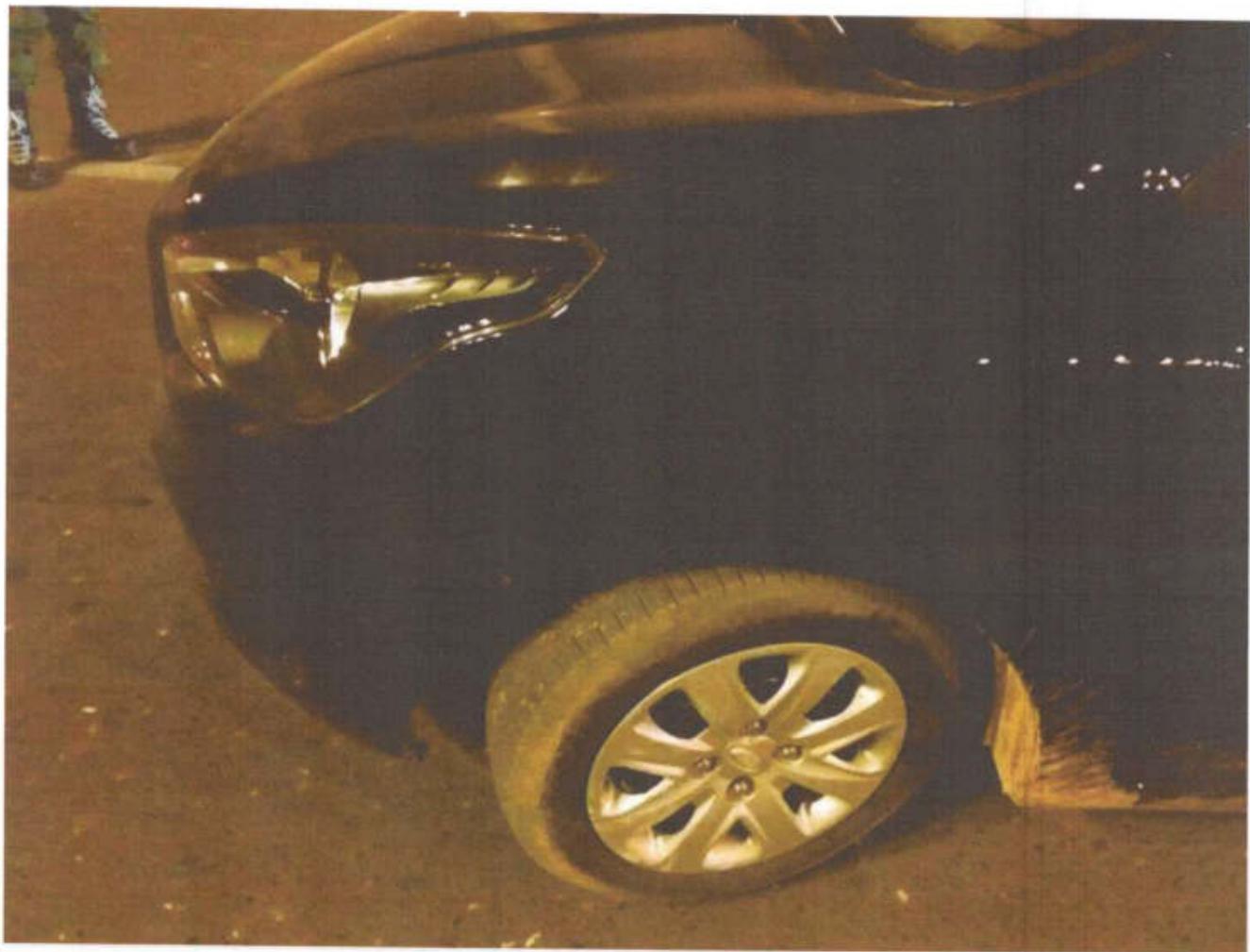
Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B

12/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 18



Tipo: Veículo

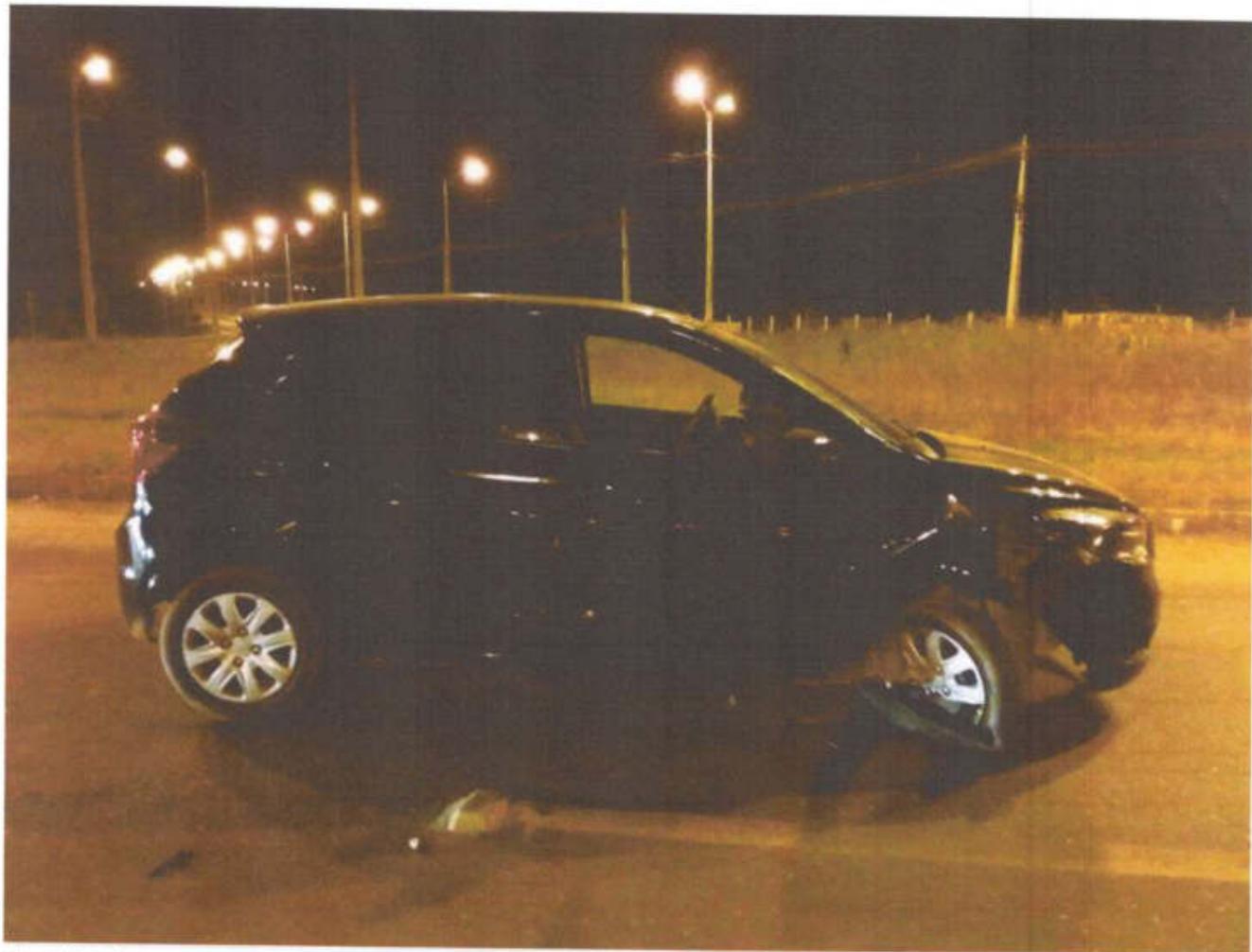
Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B

11/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 19



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B

10/17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 20

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
166.746.224-00 Ronaldo Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: **Ronaldo Pereira da Silva** 6 - CPF: **166.746.224-00**
7 - Profissão: **vendedor** 8 - Endereço: **R. Flores Ress. Adre clérigos 12** 9 - Número: **12** 10 - Complemento: **Bel. C**
11 - Bairro: **centro** 12 - Cidade: **Trínam** 13 - Estado: **ma** 14 - CEP: **64.630.030**
15 - E-mail: **(86)994720591** 16 - Tel.(DDD): **(86)994720591**

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: **3389** CONTA: **57209**

(Informar o dígito se existir)

(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 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Porto Velho/RO**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

o Representante Legal (se houver)

2021

TESTEMUNHAS



		Nota Fiscal Fatura de Energia Elétrica Série B: 001113833 CDP: 5258/AA N° da Fatura: 1201909001113833 Instalação: 19823934																													
Companhia Energética do Maranhão Alameda A, Qd 505, n°100, Loteamento Quitandinha, Alto do Caiuá - São Luís - MA CEP: 65.070-900 Inscrição Estadual: 120.315.11-3 CNPJ: 06.272.793/0001-84																															
Conta do Mês 09/2019		Vencimento 19/09/2019	Conta Contrato Para atendimento, informe este número.																												
Dados do cliente MARIA ISAUZA PEREIRA DA SILVA R. FLORES 17 RESIDENCIAL ADRE DELFINO 1 Q-D CINTURÃO VI RDI: 65630-028 - IMON -MA Nr Parceiro de Negócio: 8 37525 Grupo e Subgrupo de Tensão: 8/81 Tipo de Tarifa: CONVENÇÃO AL. MORNINHA Classificação: Residencial: Pleno Perdas no Brasil (kWh): 0,0 Fator de Potência: 0																															
Datas Emissão: 12/09/2019 Apresentação: 12/09/2019 Previsão próxima leitura: 14/10/2019																															
Desempenho de Faturamento <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fornecimento</th> <th>Quantidade</th> <th>Tarifa</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo</td> <td>138</td> <td>0,642238</td> <td>88,62</td> </tr> <tr> <td>Adicional Band. Vermelha</td> <td></td> <td></td> <td>5,52</td> </tr> <tr> <td>ICMS</td> <td></td> <td></td> <td>24,14</td> </tr> <tr> <td>PIS</td> <td></td> <td></td> <td>0,43</td> </tr> <tr> <td>COFINS</td> <td></td> <td></td> <td>1,98</td> </tr> </tbody> </table>				Fornecimento	Quantidade	Tarifa	Valor	Consumo	138	0,642238	88,62	Adicional Band. Vermelha			5,52	ICMS			24,14	PIS			0,43	COFINS			1,98				
Fornecimento	Quantidade	Tarifa	Valor																												
Consumo	138	0,642238	88,62																												
Adicional Band. Vermelha			5,52																												
ICMS			24,14																												
PIS			0,43																												
COFINS			1,98																												
Itens Financeiros <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Cip-11um Pub Pref. Munic.</td> <td>10,65</td> </tr> <tr> <td>Multa</td> <td>2,05</td> </tr> <tr> <td>Juros</td> <td>0,37</td> </tr> <tr> <td>Bonus Itaipu</td> <td>0,88</td> </tr> </tbody> </table>				Cip-11um Pub Pref. Munic.	10,65	Multa	2,05	Juros	0,37	Bonus Itaipu	0,88																				
Cip-11um Pub Pref. Munic.	10,65																														
Multa	2,05																														
Juros	0,37																														
Bonus Itaipu	0,88																														
Total a pagar: R\$ 132,88																															
Informações de tributos		Reservado ao Fisco																													
Tributos Base de cálculo Alíquota (%) Valor (R\$) ICMS 120,69 20,0000 24,14 PIS 0,55 0,4445 0,43 COFINS 0,55 2,0474 1,98		C95280984/AA511C26/88798419EC68320 Período Fiscal: 12/09/2019 Número do Programa Social:																													
Histórico do Consumo (kWh) <table border="1"> <thead> <tr> <th>CONSUMO</th> <th>SET</th> <th>OUT</th> <th>NOV</th> <th>DEZ</th> <th>JAN</th> <th>FEV</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CONSUMO</td> <td>88</td> <td>120</td> <td>136</td> <td>130</td> <td>106</td> <td>88</td> <td>90</td> <td>35</td> <td>110</td> <td>81</td> <td>100</td> <td>113</td> <td>138</td> </tr> </tbody> </table>				CONSUMO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	CONSUMO	88	120	136	130	106	88	90	35	110	81	100	113	138
CONSUMO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET																		
CONSUMO	88	120	136	130	106	88	90	35	110	81	100	113	138																		
Informações do consumo do mês + Tarifa sem Tributos <table border="1"> <thead> <tr> <th>Constante</th> <th>Data Leitura Anterior</th> <th>Data Leitura Atual</th> <th>Qtde. Dias</th> <th>Resolução Anel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.80</td> <td>13/08/2019</td> <td>12/09/2019</td> <td>30</td> <td>2594/19</td> </tr> <tr> <td>Canal de Leitura</td> <td>Leitura Anterior</td> <td>Leitura Atual</td> <td>Consumo</td> <td>Tarifa sem Tributos</td> </tr> <tr> <td>Ativo Total</td> <td>4.428</td> <td>4.428</td> <td>138</td> <td>0,642238</td> </tr> </tbody> </table>				Constante	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Qtde. Dias	Resolução Anel	1.80	13/08/2019	12/09/2019	30	2594/19	Canal de Leitura	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Tarifa sem Tributos	Ativo Total	4.428	4.428	138	0,642238								
Constante	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Qtde. Dias	Resolução Anel																											
1.80	13/08/2019	12/09/2019	30	2594/19																											
Canal de Leitura	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Tarifa sem Tributos																											
Ativo Total	4.428	4.428	138	0,642238																											
Reaviso de Vencimento																															





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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190662294 Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONALDO PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00963/00964 - carta_03 - INVALIDEZ



00070482

Carta nº 15187383



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 23



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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190662294

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO PEREIRA DA SILVA

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 nº 15177653

Pag. 0180901810 - carta_01 - INVALIDEZ



00020905



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 24

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: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000057209-4

Nr. da Autenticação 00FA631C63569DEC



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 25



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 624 29	02 Data do chamado 04/08/19	03 PRO (código) 2848	04 Saida do PA 1959	05 Chegada ao local 2027	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 2016	07 Chegada ao 1º hospital 2107	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
	10 Endereço RJ. Que da Ucessa do Macombinho	11 Bairro NOVA TERESINA	12 Município TERESINA PI	Código IBGE		
	13 Ponto de referência PONTE MACOMBINHO					
Dados do Paciente	14 Nome Ronaldo Rechita da Silva	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- Ignorado				
	16 Idade 50	1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input checked="" type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Tipos de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-esparrancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quelmadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros		
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>		
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais vitais Pulso <input type="checkbox"/> Respiração <input type="checkbox"/> PA 110/70 mmHg TAX. 98,1 SatO2 98%	25 Local da lesão 50 Queda	
Assistência	26 Pupilas 1 - Igualas <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais <input type="checkbox"/>	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/>	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>	
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino: HET	33 Condições de entrada 1-Melhorado <input checked="" type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado <input type="checkbox"/>	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c) Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 069234 SAME: HUT Conferência com Original <input type="checkbox"/> Não Removido	
Observações Interdisciplinar	<p>50 Queda masculino vítima de Queda no 1º andar consciente. O paciente tem lesão vertebral em T6/7 e lombopatela. D. Non-motardico, non-motivo. Soluções de e queixando-se de dor na região lombar.</p>					
	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor				
	Responsável pela recepção Magdalena 319056	Pedro Silva				



NOME DO PACIENTE: Ronaldo Pereira da Silva
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 165363

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

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original
[Signature]



~~atendimento bel.~~
 ortopedia
 cur- geral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RONALDO PEREIRA DA SILVA		Prontuário: 165363
Mãe: MARIA IZAURA PEREIRA DA SILVA	Pai: IGNORADO	
End. Resid.: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 13/11/1969	Idade: 49a8m21d	Sexo: Masculino Fone: 86- 3236-3234
Responsável: JOSE ROBERTO	CNS: 898002966242525	
Profissão: AUXIL. DE PRODUÇÃO	Documento: CPF: 766.746.224-00	
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 734499	Entrada: 04/08/2019 21:10:24	Convênio: S UTOSOCIAL
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	DATA: 04/08/2019 HORA: 21:10:24	
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	TELEFONE: 0800 22 22 471	

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Final/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	DATA: 04/08/19 HORA: 21:10:24	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco:	RONALDO JOSE DA ROCHA COREN - 264016 PI Em: 04/08/2019 21:20:14		
QUEDA DE MOTO TRAUMA ME MMII DOR NA REGIAO CERVICAL SATO 96% P 100			

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (MOTO-CARRO), HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE ANMÉSIA ANTEROGRADA, DOR EM REGIAO CERVICAL COM SUSPEITA DE FRATURA EM JOELHO DIREITO.
AO EXAME FÍSICO:
A) VIAS AÉREAS PERTIVAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO:76.BPM ,SAT 02:99%.
C) AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLAR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE. COM AUSÊNCIA DE TENSÍOMETRO NA SALA.
D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE.
E) ESCORIAÇÃO EM REGIÃO MMII

Diagnóstico Inicial:	CID:
----------------------	------

Exames Complementares:	Teresa Raquel Pereira de Souza (ops) Matrícula: 059234 SAME, HUT Confere com Original
------------------------	--

Prescrição Médica:	Pele nenhure! TÉCNICO
--------------------	--------------------------

Motivo da Alta/Encerramento:	Ca: orvalhose + color clarete Observação (Adulto):
------------------------------	---

~~assinatura Paciente ou Responsável~~

EDUARDO SALIMOTO SOARES
6339 PI Em: 04/08/2019 21:32:33





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

229955

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 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	244535

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RONALDO PEREIRA DA SILVA	6 - Prontuário: 165363
7-CNS: 898002966242525	8-Nascimento: 13/11/1969 9-Sexo: Masculino
11-Mãe: MARIA IZAURA PEREIRA DA SILVA	CPF: 766.746.224-00
13-Resp: JOSE ROBERTO	12-Fone: 86- 3236-3234
15-Ender: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - CEP: 64000-010	14-Cor: Sem Informação
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Rante Interna de paciente de 46 anos
que evolui com fratura (20 dias)
helm (lateral) + leucopatia (SLICS +).

21 - Condições que justificam a internação:

Efusão

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 069234
SAME: HUT
Confere com Original

Rx

23-Diagnóstico Inicial:

Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

24-CID Prin: **T009**

25-CID Sec.1

26-CID C.Am:

Tempo

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

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

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 001.663.217-6133-Nome Profissional Solicitante/Assistente:
YURI JIVAGO FELIX34-Data Solicitação:
04/08/2019

35-Ass.Carmo Med.Sol.(CR)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:
04/08/1948-Documento: 49-Num. Documento:
() CNS () CPF

Maria Raquel Pereira de Sousa Lopes
Assinatura: **04/08/19** (Rg. Conselho
de Medicina: 00053326002
Consulta Local: 734499
Consulta SUS:
Impressão: 05/08/2019 00:2

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
José Roberto R de Sil.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 229955 AIH: 2219101878830
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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 700103826523990	NOME DO PACIENTE RONALDO PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 13/11/1969	SEXO M	PRONTUÁRIO 165363
--------------------------------------	---	---------------------------------	------------------	-----------------------------

700103826523990 RONALDO PEREIRA DA SILVA
DOCUMENTO CPF **TELEFONE** **NOME DA MÃE** **RESPONSÁVEL**
 8695013233 MARIA IZAUZA P D A SILVA JOSE ROBERTO
NÚMERO / LOTE

CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE
	R. 03	7024
	COMPLEMENTO	UF
	MUNICÍPIO	

BAIRRO **COMPLEMENTO** **MUNICÍPIO** **PI**
 TODOS OS SANTOS BELTERRA TERESINA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-CARRO). HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA, USAVA CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, VOMITOS OU OTORRAGIA. REFERE ANMESIS ANTEROGRADA, DOR EM REGIAO CERVICAL COM SUSPEITA DE FRATURA EM JOELHO DIREITO. AO EXAME FÍSICO:A) VIAS AEREEAS PERVERIAS, FASTICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA B) SUSPEITA DE FRATURA EM JOELHO DIREITO. C) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILIOS. PULSO:76 BPM SAT 02:99%. CIAC. RR. 27. BNF. SS. SEM SANGRAMENTOS. D) EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESÃO. BRUSCA, SEM SINAIS DE PERITONITE. COM AUSÊNCIA DE TENSÍOMETRO NA SALA, DIGITAL: 150/90. 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTOREAGEANTE. E) ESCORIACAO EM REGIAO MMLI.

RESUMO DOS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL CID 10 SECUNDARIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

3.1.1.2.4.1.7.8 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO DO CONSELHO))

Teresa Rosângela Pereira de Sousa Lopes

CARATER	DATA SOLICITAÇÃO	Matrícula: 006254 SAME - HUT Confere com Original CRM.
	04/08/2019	YURI JIVAGO FELIX CPF: 00166321761

DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
04/08/2019 21:10	09/08/2019 09:00	PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))		NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA		
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CRM: 09623442300	DATA ANALISE: 09/09/2019 14:08:29	CPF	CRM	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Ronaldo Pereira da Silva*

Diagnóstico pré-operatório *Ex suporte de parto*

Operação - Tipo *LMC*

Cirurgião *Dr. Yur* 1º Assistente *Dr. Guilherme*

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a) *DS/18/19*

Data da Operação Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

*Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original*

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal
- ② anestese: bloqueo femoral
- ③ LMC mantida em parto durante
- ④ Suturas em antebraço
- ⑤ curativo

*Dr. Antonio Guillermo C. S. Ferreira
CRM - 69721 - MA 10.132*

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 05/08/2019

NOME DO PACIENTE:	Ronaldo Pereira da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	165363
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Dr. Canto	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr. Cilso	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Bloqueio Periférico	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Alencar	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	06
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 8,0		PAR	02
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,5		PAR	03
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	04
ALCOOL 70%	ML	30		PVPI DE GERMANTE		ML	600
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO		ML	600
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA		ML	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC		UNID.	03
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC		UNID.	02
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC		UNID.	02
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC		UNID.	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO		FRASCO	05
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL		UNID.	
JELCO Nº	UNID.	05		Crepon			02
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME - HUF Confere com Original			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2,0	04		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:			
VICRYL							
PROLENE							





FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: *Ronaldo Penino da Silva*Procedimento: *Fratura exposta Pótilis D*Sala: *05*Alergia: *Nigou*Data: *05/08/17*Observações: *Fratura C7*

00:50

01:50

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Anestesia	mcg	-000											
2 Nigou	mcg	-10											
3 Uretilina	ml	-02											
4 Endosifon	mg	-04											
5 Midazolam	mg	-10											
6 Urejona	ml	-02											
7 Oxitina	mg	-00											
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio		1/40	3	3	3	3							
AR/N ₂ O													
Volátil	%												

Acesso Vascular

Periférico *MSE prívios*
Cat. Venoso nº *20 G*

- Dificuldade aces. venoso
- Gastos caleteres
- Central

Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT nº _____
- LMA nº _____

Monitorização:

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

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raquianestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decúbito:

Sedado

SPO ₂ (%)	97	99	99	99
ETCO ₂ (mmHg)				

Aces. Venoso	F
Aces. Venoso	V
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Teresa Ruyol Penido de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

Descrição da Anestesia: *Bloqueio Periférico D com U5 Agulha 450 com 90mL Roré 0,5% + eido 1% com UC seu intérco*
convinco
- Mandado em 1/4 com CN 31/08/17

Antonio Cortez
Anestesiologista
CRM-PB 3.736





PRESCRIÇÃO (VIE-DICA)

ESTAÇAO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - PI

Hospital de Urgência PRESCRIÇÃO (V.I.D)

卷之三

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 34



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
15.5363	Ortopédica	932	16	
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
				OBSERVAÇÕES
				CLÍNICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 35

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – POS – OPERATÓRIO – SRPA

NOME	Ronaldo Reis de Oliveira		IDADE	anos	DATA	05/08/2019							
HORÁRIO DE ADMISSÃO	02 hs 00 min		TIPO DE ANESTESIA	() GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO									
CIRURGIA REALIZADA	fistula		CIRURGIANO										
SINAIS VITAIS		HORÁRIO				SAÍDA							
		ADMISSÃO											
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	109 / 69					8:00							
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	85					17x55							
SATURAÇÃO DE O2 (%)	98 %					95							
TEMPERATURA AXILAR (0°C)	/					99.1							
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	/					/							
NOME/ MATRÍCULA	Layz.					lai.../...							
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK					ADMISSÃO		SAÍDA						
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros				2	2	2						
	Movimenta dois membros				1	1	1						
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando				0	0	0						
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente				2	2	2						
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração				1	1	1						
	Tem apneia				0	0	0						
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico				2	2	2						
	PA em 20-49% do nível anestésico				1	1	1						
	PA em 50% do nível pré-anestésico				0	0	0						
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço				2	2	2						
	Desperta, se solicitado				1	1	1						
	Não responde				0	0	0						
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente				2	2	2						
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%				1	1	1						
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂				0	0	0						
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	08
ESCALA DE DOR ALTA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE		() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG() NASO							
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL						
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL						
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:													
02h Admitido na MPA em pos de fistula. Sonolento, desidratado, com cheiro de urina. Enviado um RT. HV p/usa.													
Klênia Freire Parentes ENFERMEIRA COREN-PI: 484025													
Teresa Roseli Pereira de Souza Lopes Matrícula: 050234 SAME - HUT Confere com Original													
Pedro Victor dos Santos Neto MÉDICO CRM-PI 5525													
ALTA SRPA. Exames, exames 2ma RTA, 1a apuração, rotinas 4A-93V, 4K-10													
HORÁRIO 06:35 h ANESTESIOLOGISTA Peixoto													
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []													
[] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD													



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<i>Ronaldo Nunes de Oliveira</i>	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	<i>ortopedia</i>	LEITO
À CLÍNICA	<i>cardiologista</i>	<i>232 / 86</i>

MOTIVO DA CONSULTA

49 anos, paciente portador de
rins europeos

OK

DATA: ____ / ____ / ____

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente a fanto gal, agress, apelid

Concreto, oriental

A.C: paciente agress & f-s/som

E.C.G: paciente normal

Hab: Hb: 16,3 Leuco: 11.300 PL: 329.000

Teresa Roquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

*6f: 79 11:19 C: 0,8
Nega: HAS/0m2/1C/1AM/*

Relatório final: Baixo risco pelo agressivo de ter

DATA: 07/08/19

Dr. Maites T. R. S. C. Cruz
CRM-PI 3460
Cardiologista RQE-1277
Cardiografista RQE-2129

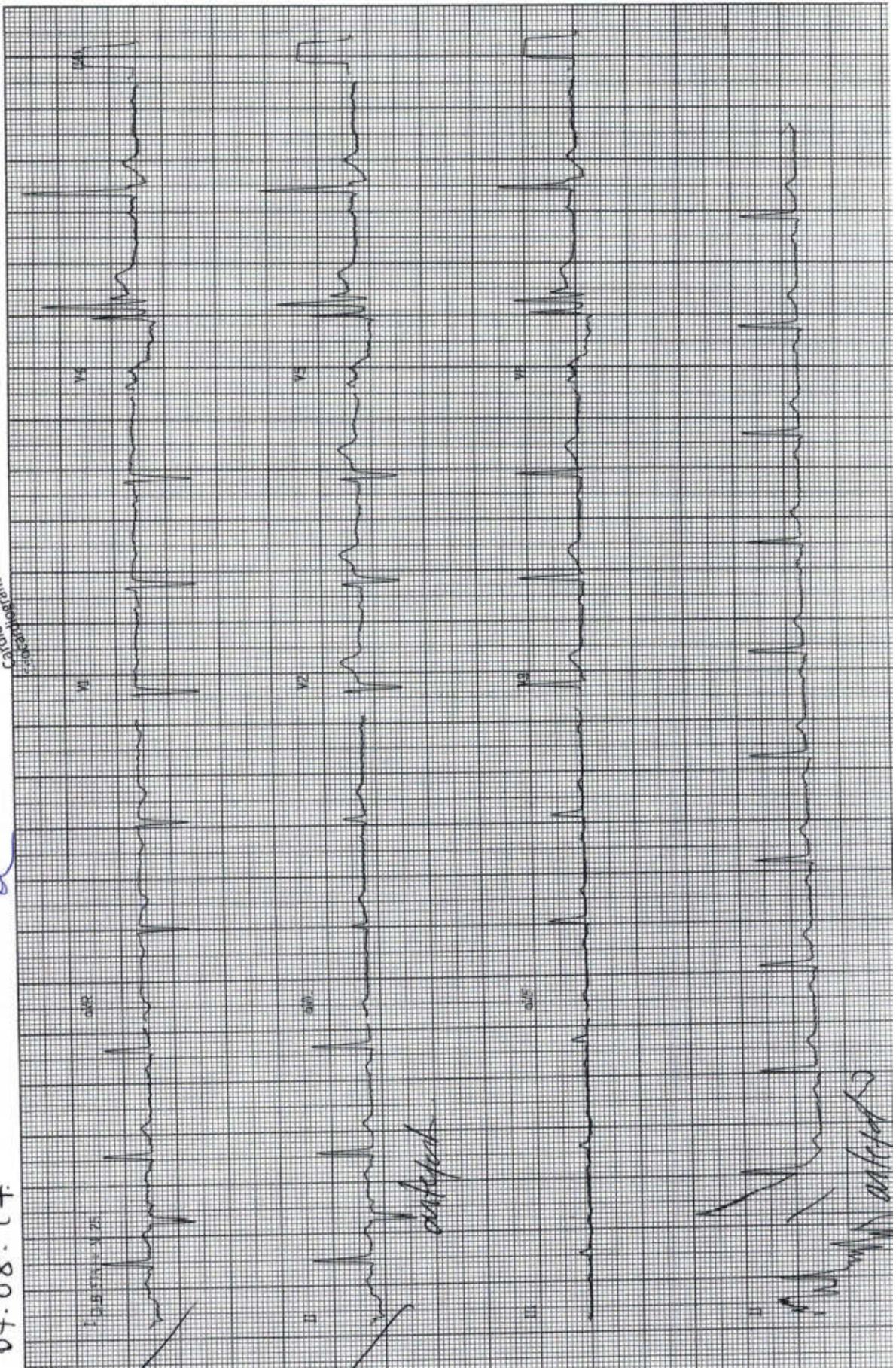
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

16 - HUT

Medo Pneu da Sulfur -
D. 232116
DN: 13.11.69
07.08.17.

Teresa Ruyne Pereira de Souza Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confira com Original

Dr. Thalles T. R. S. C. Cruz
CRM-PI 3460-1277
Cardiologista ROC
Cardiologista





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

*234529*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**244809**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RONALDO PEREIRA DA SILVA	6 - Prontuário: 165363
7-CNS: 898002966242525	8-Nascimento: 13/11/1969
9-Sexo: Masculino	10-CPF: 766.746.224-00
11-Mãe: MARIA IZAURA PEREIRA DA SILVA	12-Fone: 86- 3236-3234
13-Resp: JOSE ROBERTO	14-Cor: Sem Informação
15-Ender: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - 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:

FCC *Seus* (D) (fus) *Bo*
infomir *fus* + *Bo* *Terr* *Paras*

21 - Condições que justificam a internação:

As causas *Am*

Teresa Roquel Pereira de Sousa Lya
Matrícula: 059234
SAME - HUT

Confere com Original

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

Ex hnc (fus)

23-Diagnóstico Inicial:

Outros transtornos de sinovias e de tendões em doenças classificadas em

24-CID Prin: M688

25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado: 0408060450	TENOMIORRAFIA			Tempo SUS 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.:	31-Docum.:	32-Doc. Méd. Solic.:		
	02 01	CPF	004.798.243-80		
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	34-Data Solicitação:	09/08/2019			35-Aes. Catimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico			
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:
 Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização: <i>24/08/19</i>
48-Documento: (<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF)	49-Num. Documento: <i>2104220947003530000015278350</i>

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

José de Ribamar Santos Filho
Assinatura: *2104220947003530000015278350*
Auditória: *2104220947003530000015278350*
Local: *734499*
Consulta SUS:
Impressão: *09/08/2019 08:07:02*



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 234529 AIH: 2219101855949
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	NOME DO PACIENTE 700103826523990 RONALDO PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 13/11/1969	SEXO M	PRONTUÁRIO 165363
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8695013233	NOME DA MÃE MARIA IZAURO P D A SILVA	RESPONSÁVEL JOSE ROBERTO	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO R. 03		NUMERO / LOTE 7024	
BAIRRO	COMPLEMENTO TODOS OS SANTOS	MUNICÍPIO BELTERRA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS INFORMAÇÃO POSTERIOR	
---	--

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO	
---------------------------------------	--

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)	
--	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	<p style="text-align: right;">Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME HUT Confere com Original</p>
----------------------------	--

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL M588 - OUTROS TRANSTORNOS DE SINOVIAS E DE TENDOES EM DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408060450 - TENOMIORRAFIA	
--	--

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 09/08/2019
DATA ADMISSÃO 09/08/2019 09:00	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO
DATA ALTA 10/08/2019 09:51	YURI JIVAGO FELIX CPF: 00166321761
	CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)	TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SERIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
---	---------------	-----------------	---------------	-------	-----------------	--------------	------	-------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
------------------------------------	--

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIO FLAVIO SANTOS FERREIRA CPF: 55336835391	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
CRM:	CRM:
DATA ANALISE: 31/08/2019 14:32:52	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:
--

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

DATA 09/08/19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: Ronaldo Pereira da Silva PRONTUÁRIO Nº: 365363
 DIAGNÓSTICO: _____
 ANESTESIA: Flávia CIRURGIA: Tenorragin
 CIRURGIÃO: Raquel Nº DA SALA: 06
 AUXILIAR: _____
 ANESTESIA: Flávia CPF Nº: _____
 INSTRUMENTADORA: Selene Reis CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	<u>24</u>	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº	<u>7,5,8,0</u>	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº	<u>7,0</u>	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO		<u>10</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>30</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Erupção</u>		<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME - HUT Confere com Original <i>[Signature]</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>0</u>	<u>02</u>		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Raquel</u>			
VICRYL							
~ROLENE							

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente		
Diagnóstico pré-operatório		
Operação - Tipo		
Cirurgião	Dr. Raul Ruben de Macêdo CRM-PI 13849 COT 12.994 COT 12.994	1º Assistente
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador(a)	Elaine	Anestesista
Anestésico(a)		
Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
<p>1 - 820</p> <p>2 - processos pulmonares</p> <p>3 - lesões tisúnicas Cabeça e f</p> <p>4 - gasto, 9.1 -</p> <p>5 - Tumorística pulm. Nefro 20</p> <p>6 - sinus 10</p>		
<p>Dr. Raul Ruben A. Macêdo Neto CRM-PI 13849 COT 12.994 COT 12.994</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:	RONALDO PEREIRA DA SILVA (Prontuário: 165363)		
Endereço:	RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	13/11/1969	Idade: 49a8m22d	Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734499
Requisição:	984095	Solicitação: 04/08/2019	Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle:	1276922	Convênio: S U S	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 04/08/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

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

RELATÓRIO:

- ESPONDILOARTROSE CERVICAL CARACTERIZADA POR OSTEÓFITOS NOS CORPOS VERTEBRAIS E ARTROSE UNCOVERTEBRAL.
- AUSÊNCIA DE FRATURAS.
- PROTRUSÕES DISCO-OSTEOFITÁRIAS POSTERIORES DE C3-C4 E C6-C7, REDUZINDO O CANAL VERTEBRAL E OS FORAMES NEURAIS NESTES NÍVEIS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 05/08/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
 Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Confere com 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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONALDO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 165363)
 Endereço: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/11/1969 Idade: 49a9m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734499
 Requisição: 984096 Solicitação: 04/08/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
 Controle: 1276925 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 04/08/2019

MEMBRO INFERIOR DIREITO

O estudo radiológico do membro inferior direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Avulsão de fragmento ósseo no polo inferior da patela.,
- Aumento de volume das partes moles do joelho e tornozelo.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Confere com 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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONALDO PEREIRA DA SILVA (Prontuário: 165363)**
 Endereço: **RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **13/11/1969** Idade: **49a9m2d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **734499**
 Requisição: **984096** Solicitação: **04/08/2019** Solicitante: **EDUARDO SALMITO SOARES**
 Controle: **1276926** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 04/08/2019

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume das partes moles do antebraço.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Confere com Original



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
 Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 45



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: **RONALDO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: **165363**)
 Endereço: **RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **13/11/1969** Idade: **49a8m22d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **734499**
 Requisição: **984149** Solicitação: **04/08/2019** Solicitante: **CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS**
 Controle: **1277001** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 04/08/2019

T.C. DE JOELHO DIREITO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA COMINUTIVA COM FRAGMENTAÇÕES E DESTACAMENTOS ÓSSEOS EM PÓLO INFERIOR DA PATELA DIREITA.
- HEMATOMA NO ESPAÇO INFRAPATELAR AO NÍVEL DA ZONA DE FRATURA, COM BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO.
- DENSIFICAÇÃO E ESPESSAMENTO DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DO JOELHO (EDEMA).
- INTERLINHAS ARTICULARES PRESERVADAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 05/08/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Confere com 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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	RONALDO PEREIRA DA SILVA (Prontuário: 165363)			
Endereço:	RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	13/11/1969	Idade: 49a9m2d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	984237	Solicitação: 05/08/2019	Solicitante: YURI JIVAGO FELIX	Atendimento: 244535
Controle:	1277238	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 232 LEITO 16

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 05/08/2019

JOELHO DIREITO

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

- Ressecção de fragmento ósseo no platô inferior da patela.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Confere com Original




Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104220947003530000015278350>
 Número do documento: 2104220947003530000015278350

Num. 16182559 - Pág. 47

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419885/19

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 766.746.224-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2019

Titular do CPF: RONALDO PEREIRA DA SILVA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

RONALDO PEREIRA DA SILVA : 766.746.224-00

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 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: 27/11/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: PAOLA LARISSA BREDA
CPF: 071.930.319-29

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419885/19

Número do Sinistro: 3190662294

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 766.746.224-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2019

Titular do CPF: RONALDO PEREIRA DA SILVA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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 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: 06/12/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO
CPF: 749.689.716-72

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 49

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Ronaldo Pereira da Silva
RG: 996.274 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 766.746.224-00 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: VENDEDOR
Endereço: R. Flores 12 Residencial Adm.ultimo 5 Nº a. DCJ 2
Bairro: Timon Cep: _____ Cidade/UF: Timon - MA
Telefone: (86) 98807-7875 () _____

OUTORGADO:

Nome: keyilly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Ronaldo Pereira da Silva
CPF: 766.746.224-00 Data do Acidente: 04/08/19
Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Timon 02 anexo 2019
Local e data

Ronaldo Pereira da Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço como verdadeira(s) a/s firma(s) do:
Ronaldo Pereira da Silva
Cartório do 1º Ofício
TIMON - MA
Em Testemunho 02/10/2019 da verdade.
Timon(MA), 02/10/2019
Jandaina Jansen Carneiro e Silva
Assinatura reconhecida
Jandaina Jansen Carneiro e Silva
Escrevente





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190662294 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 6/14/17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 53

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E INSCRIÇÃO DE VEÍCULO PI N° 012508150845	
DENTRAN CONTRAN		PI N° 012508150845 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
VEÍCULO - CARRO PLACA 20714-05-2010 CHASSI LEXXXCBL00H125055		EXERCÍCIO 2010	
PLACA ANT. (P) CHASSI LEXXXCBL00H125055		EXERCÍCIO 2010	
CAPACIDADE CIL. 00.000000		CATEGORIA PARTIDA	
COTA ÚNICA PAÍSA		VALOR PREMIADO 1º LANCE 2º LANCE 3º LANCE	
VALOR PREMIADO 1º LANCE 2º LANCE 3º LANCE		VALOR PREMIADO 1º LANCE 2º LANCE 3º LANCE	
PRÉMIO TARIFÁRIO VALOR PREMIADO VALOR PREMIADO VALOR PREMIADO			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 01.318.100.0001-04 www.seguradoralider.com.br			





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

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

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 Keylly Mora de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ronaldo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 966.746.224-00

do sinistro de DPVAT cobertura Intervilodz da Vítima Ronaldo Pereira da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 966.746.224-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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. Unib. Almeida de Jenerio</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u> CEP: <u>60.000.902</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(86)994729591</u>

Local e Data: Teresina - PI - 12.11.19

Keylly Mora de Oliveira
Assinatura do Declarante





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, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190662294 **Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 04/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONALDO PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está incorreto/incompleto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01731/01732 - carta_03 - INVALIDEZ



00080866

Carta nº 15211352



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/04/2021 09:47:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042209470035300000015278350>
Número do documento: 21042209470035300000015278350

Num. 16182559 - Pág. 56