



Número: **0814961-39.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **25/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                        | Procurador/Terceiro vinculado  |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS (AUTOR)                      | TIAGO LUIZ TEIXEIRA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                                |

| Documentos |                    |                                 |                 |
|------------|--------------------|---------------------------------|-----------------|
| Id.        | Data da Assinatura | Documento                       | Tipo            |
| 5443338    | 25/06/2019 12:07   | <a href="#">Petição Inicial</a> | Petição Inicial |
| 5443552    | 25/06/2019 12:07   | <a href="#">DOC. 01</a>         | Documentos      |
| 5443554    | 25/06/2019 12:07   | <a href="#">PROCURAÇÃO</a>      | Procuração      |





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **890039933 00** CPF da vítima: **890039933-00** Nome completo da vítima: **Antonio Honorato da Silva Santos**

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

Nome completo: **Antonio Honorato da Silva Santos** CPF: **890039933-00**

Profissão: **Recusado no** Endereço: **Rua - Filipinos** Número: **4941** Complemento: **com**

Bairro: **São Joazeiro** Cidade: **TEREZINHA** Estado: **PI** CEP: **64008340**

E-mail: **88-99953-9588** Tel.(DDD): **88-99953-9588**

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3009** CONTA: **68616** (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (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.

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

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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **TEREZINHA - 22/11/18**

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

/001/2018

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

**Aos Cuidados de: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

**Nº Sinistro: 3180548892**  
**ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 17/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180548892**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01017/01018 - carta\_09 - INVALIDEZ

Carta nº 14051704





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

654 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003716/2018-64

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 23/10/2018 - 12:42

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

17/08/2018 - 18:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

MATINHA

Endereço

AV. MARANHÃO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2055256SSPPI

Mãe: RAIMUNDA D SILVA SANTOS

Endereço: RUA FILIPINAS, Nº 4741

Bairro: SÃO JOAQUIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9439-2261

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VITIMA, RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA, BROS ESD, COR PRETA, PLACA OEE-2113, ANO 2012/2012, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO-II MOTO, NÃO IDENTIFICADA, QUE EVADIU-SE DO LOCAL, COLIDIU NO VEÍCULO-I, QUE MOTIVOU O ACIDENTE. O NOTICIANTE/VITIMA, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº471539. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576  
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

**REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



**SAMU**  
**192**

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                             |                                                                                                                                                        |                                              |                                                                                                                                                                   |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Chamado             | 01 N° de chamado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 02 Data do chamado                                                                                                          | 03 PRO (código)                                                                                                                                        | 04 Saída do PA                               | 05 Chegada ao local                                                                                                                                               |
|                              | 06 Saída do local                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 07 Chegada ao 1º hospital                                                                                                   | 08 Saída do 1º hospital                                                                                                                                | 09 Chegada ao 2º hospital                    |                                                                                                                                                                   |
| Local da Ocorrência          | 10 Endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 11 Bairro                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                              |                                                                                                                                                                   |
|                              | 12 Município-UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Código IBGE                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |                                              |                                                                                                                                                                   |
|                              | 13 Ponto de referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                             |                                                                                                                                                        |                                              |                                                                                                                                                                   |
| Dados do Paciente            | 14 Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 15 Sexo                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |                                              | 1- Masculino<br>2- Feminino<br>9- Ignorado                                                                                                                        |
|                              | 16 Idade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se idade ignorada, preencha com 999                                                                                         |                                                                                                                                                        | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? |                                                                                                                                                                   |
| Tipo de Ocorrência           | 18 Tipo de ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                             |                                                                                                                                                        |                                              |                                                                                                                                                                   |
|                              | 01 - Acidente de transporte      06 - Tentativa de suicídio      11 - Queda      16 - Outros<br>02 - Agressão física-espantamento      07 - Envenenamento      12 - Urgência clínica      17 - Já removido<br>03 - Agressão física-FAF      08 - Afogamento      13 - Urgência obstétrica      18 - Falso chamado<br>04 - Agressão física-FAB      09 - Queimadura      14 - Transferência<br>05 - Urgência psiquiátrica      10 - Choque elétrico      15 - Exames complementares |                                                                                                                             |                                                                                                                                                        |                                              |                                                                                                                                                                   |
| Acidente de Transporte       | 19 Vítima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 20 Meio de locomoção                                                                                                        | 21 Outra parte envolvida                                                                                                                               |                                              | 22 Equipamentos de segurança                                                                                                                                      |
|                              | 1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1 - A pé      5 - Ônibus/Micro-ônibus<br>2 - Automóvel      6 - Outro<br>3 - Motocicleta      9 - Ignorado<br>4 - Bicicleta | 1 - Automóvel      5 - Objeto fixo<br>2 - Motocicleta      6 - Animal<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus      7 - Outra<br>4 - Bicicleta      9 - Ignorado     |                                              | <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag<br><input type="checkbox"/> Cinto de segurança<br><input type="checkbox"/> Assento para criança |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow = 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                             | 24 Sinais Vitais                                                                                                                                       |                                              | 25 Local da lesão                                                                                                                                                 |
|                              | RESPOSTA VERBAL<br>1 - Nenhuma<br>2 - À dor<br>3 - À voz<br>4 - Espontânea<br>5 - Orientada<br>6 - Confusa<br>7 - Palavras inapropriadas<br>8 - Palavras incompreensíveis<br>9 - Nenhuma                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             | RESPOSTA MOTORA<br>1 - Nenhum<br>2 - Extensão anormal<br>3 - Flexão anormal<br>4 - Movimento de retirada<br>5 - Localiza dor<br>6 - Obedece a comandos |                                              | Pulso<br>Resp.<br>PA<br>TAX<br>SatO2                                                                                                                              |
| Assistência                  | 26 Pupilas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                             | 27 Pulso                                                                                                                                               |                                              | 28 Sangramento                                                                                                                                                    |
|                              | 1 - Iguais      2 - Desiguais<br>1 - Cheio      2 - Fino      3 - Ausente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                             | 29 Dor<br>ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>Sem Dor      Leve      Moderada      Intensa      10                                                              |                                              | 1 - Sim      2 - Não                                                                                                                                              |
| Hospital de Destino          | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                             | 32 Hospital de Destino                                                                                                                                 |                                              | 33 Condições de entrada                                                                                                                                           |
|                              | 1 - Sim      2 - Não<br>1 - Nenhuma      2 - À dor      3 - À voz      4 - Espontânea<br>5 - Orientada      6 - Confusa      7 - Palavras inapropriadas      8 - Palavras incompreensíveis      9 - Nenhuma                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                             | 30 Fratura      1 - Sim      2 - Não      3 - Suspeito<br>1 - Sim      2 - Não      3 - Suspeito                                                       |                                              | 1 - Melhorado      2 - Piorando      3 - Inalterado                                                                                                               |
| Observações Interdisciplinar | 34 Óbito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |                                                                                                                                                        |                                              |                                                                                                                                                                   |
|                              | 1 - Sim      2 - Não<br>1 - Sim      2 - Não      3 - Suspeito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                             |                                                                                                                                                        |                                              |                                                                                                                                                                   |

Responsável pela recepção

Socorristas  
Médico  
AE/TE

Enfermeiro  
Condutor

Versão: 27.11.2011

98/08/12 Alta



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Antonio Honorato da Silva Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 471539

CO CORRETORA  
DE SEGUROS

22 NOV 2012

DEVAT

**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".





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Alta

ORTO

Imp: 17/08/2018 19:20:40

(User: YULLE)

(Estação: RECEPCAO01)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

|                                                                                       |                                          |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Nome: <b>ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS</b>                                         |                                          | Prontuário: <b>471539</b>                         |
| Mãe: <b>RAIMUNDA DA SILVA SANTOS</b>                                                  | Pai: <b>RAIMUNDO NONATO DE E SANTOS</b>  |                                                   |
| End.Resid.: <b>RUA FILIPINAS, 4741 - SAO JOAQUIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b> |                                          |                                                   |
| Nascimento: <b>09/11/1975</b>                                                         | Idade: <b>42a9m8d</b>                    | Sexo: <b>Masculino</b> Fone: <b>86-99491-4475</b> |
| Responsável: <b>ALESSANDRA</b>                                                        | CNS: <b>709003847950612</b>              |                                                   |
| Profissão: <b>MOTOTAXISTA</b>                                                         | CPF: <b>- - - * RG: 2055256 - SSP PI</b> |                                                   |
| G. Instrução: <b>Não informado</b>                                                    | E.Civil: <b>Solteiro(a)</b>              |                                                   |
| End.Local: <b>- - -</b>                                                               |                                          |                                                   |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                              |                                  |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|
| Código: <b>679842</b>                                                        | Data: <b>17/08/2018 19:18:12</b> | Condução: <b>AMBULÂNCIA DO SAMU</b>            |
| Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b> |                                  | Convênio: <b>S U S</b>                         |
| Acid.Trab.: <b>Sim</b>                                                       | Trajetos?: <b>Sim</b>            | Típico: <b>Não</b> CID Secundário: <b>V299</b> |

### DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico há cerca de 1,5 h. Refere uma lesão capote. Nega consumo de bebida alcoólica, perda de consciência, vômitos, epistaxe e otorragia. Afereidas intensas em joelho E  
① VA pérvia, com calos e prancha rígida ② MV+1, sem RA, SatO2 = 98% ③ RR2T, BNF SS; abdome inocente; pebor intenc ④ ECG = 15; puplas isocóricas e fotoreagentes ⑤ sem focos hemorrágicos visíveis

JO CORRETO DE SEGUROS

|                  |                  |                   |                    |
|------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| PA <b>X</b> mmHg | Pulso: <b>72</b> | FC: <b>72</b> bpm | Temp.: <b>36,2</b> |
|------------------|------------------|-------------------|--------------------|

Diagnóstico Inicial:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- ① Solicita Rx de coxa e joelho E e punção ORTO
- ② Solicita Rx de tórax e pebor
- ③ Colar cervical retido

RAIO X  
DATA 17/08/2018  
Técnico: **[Assinatura]**

|                                                                               |                                                              |                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ALTA:</b><br>( ) Melhorado<br>( ) Curado<br>( ) Inalterado<br>( ) A Pedido | ( ) Administrativa<br>( ) Por Indisciplina<br>( ) Por Evasão | ( ) Retornar à Unid. Origem:<br>( ) Transferência:                                       |
| <b>DESTINO:</b><br>( ) Até 24 Hs<br>( ) De 24 a 48 Hs<br>( ) Após 48 Hs       |                                                              | ( ) Família<br>( ) IML<br>( ) Anat. Patol.                                               |
| <b>ÓBITO:</b>                                                                 |                                                              | <b>DATA SAÍDA:</b> <b>17/08/2018</b> <b>HORA:</b> <b>19:18</b>                           |
|                                                                               |                                                              | ( ) Internação na Unidade<br><b>Proced. Solicitado:</b> <b>04080 50551</b><br><b>821</b> |
|                                                                               |                                                              | <b>CID Compatível:</b>                                                                   |

Dr. Eduardo Reis de A. Bona Miranda  
Pneumologista e Traumatologista  
CRM-PI: 12418

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Imp: 17/08/2018 19:20:40  
(YULLE)

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL****DADOS DO PACIENTE:**

|                                                                                       |                       |                                         |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| <b>Nome:</b> ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS                                         |                       | <b>Prontuário:</b> 471539               |                            |
| <b>Mãe:</b> RAIMUNDA DA SILVA SANTOS                                                  |                       | <b>Pai:</b> RAIMUNDO NONATO DE E SANTOS |                            |
| <b>End.Resid.:</b> RUA FILIPINAS, 4741 - SAO JOAQUIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                       |                                         |                            |
| <b>Nascimento:</b> 09/11/1975                                                         | <b>Idade:</b> 42a9m8d | <b>Sexo:</b> Masculino                  | <b>Fone:</b> 86-99491-4475 |
| <b>Responsável:</b> ALESSANDRA                                                        |                       | <b>CNS:</b> 709003847950612             |                            |
| <b>Profissão:</b> MOTOTAXISTA                                                         |                       | <b>Documento:</b> CPF: . . .            |                            |
| <b>G. Instrução:</b> Não informado                                                    |                       | <b>E.Civil:</b> Solteiro(a)             |                            |
| <b>End.Local.:</b> . . .                                                              |                       |                                         |                            |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                                              |                                  |                              |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <b>Código:</b> 679842                                                        | <b>Data:</b> 17/08/2018 19:18:12 | <b>Clas. Cor:</b> Indefinido |
| <b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                                  | <b>Convênio:</b> S U S       |

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

|                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Data/Hora Solicitação:</b> 17/08/18 : : <b>ESPECIALISTA:</b> Otopedista                                                   |
| <b>MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:</b> Acidente motociclista - Trauma no tórax e abdômen com fratura da costela T10 e T11              |
| <b>Assinatura Solicitante:</b> Eduardo Régis de A. Bona Miranda<br>Otopedista e Traumatologista<br>RM-PI: 4809 - TEST: 12418 |

**DADOS DO PARECER:** Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_ : \_\_: \_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

**Data/Hora Solicitação:** \_\_/\_\_/\_\_ : : **ESPECIALISTA:**

**MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:**

Carimbo/Assinatura Solicitante

**DADOS DO PARECER:** Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_ : \_\_: \_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



Assinado eletronicamente por: TIAGO LUIZ TEIXEIRA - 25/06/2019 12:05:29

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062512052861500000005215726>

Número do documento: 19062512052861500000005215726



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**



Prunda externa

[illegible]

**MÉDICO/CRM:**

Mod: 00





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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Antonio Manoel da Silva Santos

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

Dr. Jamerson M. de L. Júnior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI: 3878 / RCT 1109

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiologista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DPVAT

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
02 JAN 2019

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em ddh los rognarios tena
- 2) Inibissoria Absorção Blocaent
- 3) Curva lateral Medial 11m
- 4) Pinculos por planos
- 5) Medula anatómica e Blocaent
- 6) de expert + Ortesmatel com
- 7) floas x largu
- 8) Curvas later

Dr. Jamerson M. de L. Júnior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI: 3878 / RCT 1109

Mod. 76 HUT



Assinado eletronicamente por: TIAGO LUIZ TEIXEIRA - 25/06/2019 12:05:29

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062512052861500000005215726>

Número do documento: 19062512052861500000005215726

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/08/18

|                                                    |                              |
|----------------------------------------------------|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Antonio Honorato da Silva</u> | PRONTUÁRIO Nº: <u>471539</u> |
| DIAGNÓSTICO:                                       | CIRURGIA:                    |
| ANESTESIA:                                         | Nº DA SALA: <u>05</u>        |
| CIRURGIÃO:                                         | CPF Nº:                      |
| AUXILIAR:                                          | CPF Nº:                      |
| ANESTESIA:                                         | CPF Nº:                      |
| INSTRUMENTADORA: <u>Evaldane</u>                   | CPF Nº:                      |

Dr. Jamerson M. de L. Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PJ: 3879 / TEOT - 11094

**MATERIAL DE CONSUMO**

| DISCRIMINAÇÃO          | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                                                                                                                     | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|------------------------|-------|--------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8            | UNID. | 03     |       | LÂMINA DE BISTURI                                                                                                                 | UNID.  | 02     |       |
| AGULHA 30X8            | UNID. | 03     |       | LUVA Nº <u>7 e 610</u>                                                                                                            | PAR    | 04     |       |
| AGULHA 40X12           | UNID. | 04     |       | LUVA Nº <u>7 e 5</u>                                                                                                              | PAR    | 04     |       |
| AGULHA RAQUE           | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO                                                                                                              | PAR    | 08     |       |
| ALCOOL 70%             | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE                                                                                                                  | ML     | 200    |       |
| ALGODÃO                | BOLA  | 04     |       | PVPI TÓPICO                                                                                                                       | ML     | 100    |       |
| ÁGUA OXIGENADA         | ML    | 100    |       | PVPI TINTURA                                                                                                                      | ML     |        |       |
| COMPRESSA              | PAC.  | 06     |       | SERINGA 20CC                                                                                                                      | UNID.  | 04     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA      | UNID. | 02     |       | SERINGA 10CC                                                                                                                      | UNID.  | 04     |       |
| ESPARADRAPO            | CM    | 100    |       | SERINGA 5CC                                                                                                                       | UNID.  | 03     |       |
| ESCALPE Nº             | UNID. |        |       | SERINGA 3CC                                                                                                                       | UNID.  |        |       |
| FORMOL                 | ML    |        |       | SORO FISIOLÓGICO                                                                                                                  | FRASCO | 06     |       |
| GASES                  | PAC.  | 15     |       | SONDA URETRAL                                                                                                                     | UNID.  | 02     |       |
| JELCO Nº               | UNID. | 02     |       | SONDA DE SEGURANÇA                                                                                                                | UNID.  | 01     |       |
| FIOS                   | UNID. | QUANT. | PREÇO | <p>02 JAN 2019</p> <p>Dr. Jamerson M. de L. Junior<br/>Ortopedia / Traumatologia<br/>CRM-PJ: 3879 / TEOT - 11094</p> <p>DPVAT</p> |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG |       |        |       |                                                                                                                                   |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG |       |        |       |                                                                                                                                   |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG |       |        |       |                                                                                                                                   |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG |       |        |       |                                                                                                                                   |        |        |       |
| ALCOFIL                |       |        |       |                                                                                                                                   |        |        |       |
| MONONYLON              |       | 05     |       | ENFERMARIA:                                                                                                                       |        |        |       |
| FITA UMBILICAL         |       |        |       | CIRCULANTE: <u>Te Azevedo</u>                                                                                                     |        |        |       |
| VICRYL                 |       | 03     |       |                                                                                                                                   |        |        |       |
| PROLENE                |       |        |       |                                                                                                                                   |        |        |       |

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: TIAGO LUIZ TEIXEIRA - 25/06/2019 12:05:29

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062512052861500000005215726>

Número do documento: 19062512052861500000005215726

Num. 5443552 - Pág. 11

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18/08/18

|                   |                            |               |        |
|-------------------|----------------------------|---------------|--------|
| NOME DO PACIENTE: | Antonio Honorato de Sousa  | PONTUÁRIO Nº: | 471539 |
| DIAGNÓSTICO:      |                            | CIRURGIA:     |        |
| ANESTESIA:        | Rapier                     | Nº DA SALA:   | 0      |
| CIRURGIÃO:        | Chapz                      | CPF Nº:       |        |
| AUXILIAR:         | Durval L. de M. Lopes Leal | CPF Nº:       |        |
| ANESTESIA:        | ORTOP. A 3636              | CPF Nº:       |        |
| INSTRUMENTADORA:  | Leandra                    | CPF Nº:       |        |

**MATERIAL DE CONSUMO**

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO        | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|----------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | -      | -     | LÂMINA DE BISTURI 24 | UNID.  | 01     | -     |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 01     | -     | LUVA Nº 7.5          | PAR    | 01     | -     |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 01     | -     | LUVA Nº 8.0          | PAR    | 01     | -     |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 01     | -     | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR    | 20     | -     |
| ALCOOL 70%              | ML    | 900    | -     | PVPI DE GERMANTE     | ML     | 900    | -     |
| ALGODÃO                 | BOLA  | -      | -     | PVPI TÓPICO          | ML     | 900    | -     |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | -      | -     | PVPI TINTURA         | ML     | -      | -     |
| COMPRESSA               | PAC.  | 02     | -     | SERINGA 20CC         | UNID.  | -      | -     |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. | -      | -     | SERINGA 10CC         | UNID.  | 01     | -     |
| ESPARADRAPO             | CM    | 60     | -     | SERINGA 5CC          | UNID.  | -      | -     |
| ESCALPE Nº              | UNID. | -      | -     | SERINGA 3CC          | UNID.  | -      | -     |
| FORMOL                  | ML    | -      | -     | SORO FISIOLÓGICO     | FRASCO | 01     | -     |
| GASES                   | PAC.  | 05     | -     | SONDA URETRAL        | UNID.  | -      | -     |
| JELCO Nº                | UNID. | -      | -     | etudo do 01          | UNID.  | -      | -     |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA           |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       | lua 6.5: 01          |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       | Phadys de            |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       | Uepson: 02           |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                      |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                      |        |        |       |
| MONONYLON               |       |        |       |                      |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:          |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE:          |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                      |        |        |       |

CORRETORA  
DE SEGUROS  
02 JAN 2019  
DPVAT

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: TIAGO LUIZ TEIXEIRA - 25/06/2019 12:05:29

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062512052861500000005215726

Número do documento: 19062512052861500000005215726

Num. 5443552 - Pág. 12



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

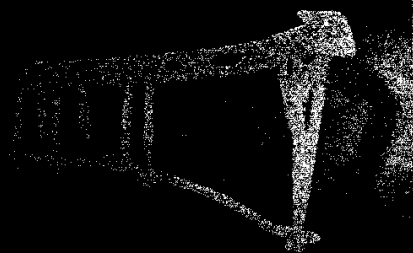
**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

|                                                                                                                                                       |                                                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Nome do Paciente <i>Antonio Henrique da Silva Santos</i>                                                                                              |                                                                                                         |           |
| Diagnóstico pré-operatório <i>fratura de tíbia</i>                                                                                                    |                                                                                                         |           |
| Operação - Tipo <i>fratura de tíbia</i>                                                                                                               |                                                                                                         |           |
| Cirurgião <i>Dr. Carlos</i>                                                                                                                           | 1º Assistente <i>Dr. Durval Tercio Nunes Leal</i><br>ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA<br>CRM-PI 1935 CRM-MA 3636 |           |
| 2º Assistente                                                                                                                                         | 3º Assistente                                                                                           |           |
| Instrumentador(a)                                                                                                                                     | Anestesista                                                                                             | Anestesia |
| Anestésico(a)                                                                                                                                         |                                                                                                         |           |
| Data da Operação                                                                                                                                      | Início                                                                                                  | Fim       |
| Diagnóstico Pós-operatório<br><i>fratura de tíbia</i><br><i>transmitida de joelho</i>                                                                 |                                                                                                         |           |
| Relatório Imediato do Patologista                                                                                                                     |                                                                                                         |           |
| Acidente Durante a Operação<br><i>no</i>                                                                                                              |                                                                                                         |           |
| <b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b><br>(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)                                                                    |                                                                                                         |           |
| <i>fratura de tíbia</i><br><i>+ fratura de fêmur</i><br><i>cominuta</i><br><i>fratura de tíbia</i><br><i>transmitida de joelho</i><br><i>cominuta</i> |                                                                                                         |           |
| <i>Durval Tercio Nunes Leal</i><br>ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA<br>CRM-PI 1935 CRM-MA 3636                                                                 |                                                                                                         |           |

Mod. 76 HUT



E



PERFIL  
E





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

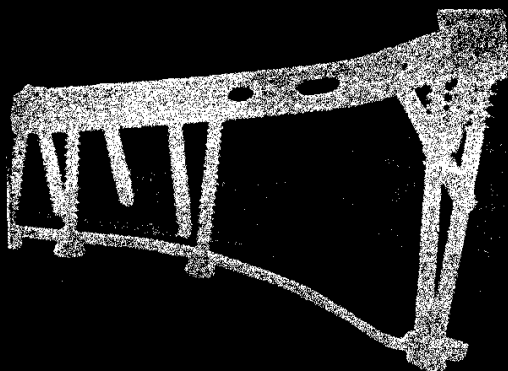
| AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA                                                                                  |                                                                                                                                |                                         |                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Antônio Renato da Silva</u>                                                                      |                                                                                                                                | Prontuário:                             | Data: <u>16/08/18</u>                                           |
| Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.                             | Idade: <u>42</u>                                                                                                               | Peso: <u>70</u>                         | Altura:                                                         |
| Procedimento(s) proposto(s):<br><u>Colocação FE - MIE</u>                                                 |                                                                                                                                |                                         | Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <b>ANAMNESE</b>                                                                                           |                                                                                                                                |                                         |                                                                 |
| 1 - Patologias cardiocirculatórias                                                                        | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Não |                                                                 |
| 2 - Patologias respiratórias                                                                              | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Não |                                                                 |
| 3 - Antecedentes patológicos                                                                              | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Não |                                                                 |
| 4 - Convulsão                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Não |                                                                 |
| 5 - Passado anestésico cirúrgico                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Sim                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Não | <u>fratura Membro Superior - 9º dia</u>                         |
| 6 - Transfusão sanguínea                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Não |                                                                 |
| 7 - Uso de medicação                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Não |                                                                 |
| 8 - Alergia                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Não |                                                                 |
| 9 - História familiar de complicações anestésicas                                                         | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Não |                                                                 |
| <u>Paciente vítima de acidente de moto, Indicado cirurgia de urgência p/ colocação de fixador externo</u> |                                                                                                                                |                                         |                                                                 |
| <b>EXAME FÍSICO</b>                                                                                       |                                                                                                                                |                                         |                                                                 |
| PA: <u>130/80</u>                                                                                         | Pulso: <u>70</u> <input type="checkbox"/> arritmico                                                                            | Mallampati: <u>(1)</u> (2) (3) (4)      |                                                                 |
| 1. Respiratório                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:                                                  |                                         |                                                                 |
| 2. Cardiovascular                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:                                                  |                                         |                                                                 |
| 3. Neurológico                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:                                                  |                                         |                                                                 |
| 4. Abdome                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:                                                  |                                         |                                                                 |
| 5. Vias aéreas                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Possível VAD                                                                               |                                         |                                                                 |
| 6. Extremidades                                                                                           | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterado: <u>fratura MIE</u>                               |                                         |                                                                 |
| <b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>                                                                              |                                                                                                                                |                                         |                                                                 |
| HB                                                                                                        | TP / RNI                                                                                                                       | Uréia                                   |                                                                 |
| HT                                                                                                        | TTPa                                                                                                                           | Creatinina                              |                                                                 |
| Plaquetas                                                                                                 | Glicemia                                                                                                                       |                                         |                                                                 |
| ECG:                                                                                                      | RX Tórax                                                                                                                       |                                         |                                                                 |
| ECO:                                                                                                      |                                                                                                                                |                                         |                                                                 |
| <u>Paciente ass-1; cirurgia deixa risco - não necessita exames</u>                                        |                                                                                                                                |                                         |                                                                 |
| ASA: <u>1</u>                                                                                             | Anestesia proposta: <input type="checkbox"/> Geral <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Raqui anestesia + Sedação</u> |                                         |                                                                 |
| OBSERVAÇÃO DE CRPA:                                                                                       |                                                                                                                                |                                         |                                                                 |
|                                                                                                           |                                                                                                                                |                                         |                                                                 |
|                                                                                                           |                                                                                                                                |                                         |                                                                 |
|                                                                                                           |                                                                                                                                |                                         |                                                                 |
| Anestesiologista: <u>Daniela Lopes</u>                                                                    |                                                                                                                                |                                         |                                                                 |
| CRM:                                                                                                      |                                                                                                                                |                                         |                                                                 |

Daniela Lopes  
Anestesiologista  
CREME 17.74

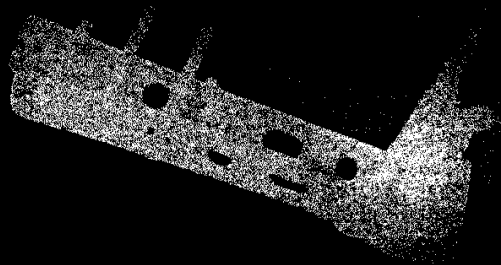
MOD-122



3



PERFIL





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

654 v. 1.0



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003716/2018-64**

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 23/10/2018 - 12:42

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARANHÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

17/08/2018 - 18:00

Bairro

MATINHA

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2055256SSPPI

Mãe: RAIMUNDA D SILVA SANTOS

Endereço: RUA FILIPINAS, Nº 4741

Bairro: SÃO JOAQUIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9439-2261

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

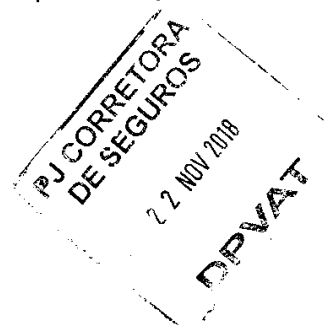
**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O NOTICIANTE/VITIMA, RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA, BROS ESD, COR PRETA, PLACA OEE-2113, ANO 2012/2012, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO-II MOTO, NÃO IDENTIFICADA, QUE EVADIU-SE DO LOCAL, COLIDIU NO VEÍCULO-I, QUE MOTIVOU O ACIDENTE. O NOTICIANTE/VITIMA, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº471539. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576  
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
22 NOV 2018  
DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antônio Honorato da Silva Santos  
DATA DO ACIDENTE 19.08.18 CPF DA VÍTIMA 89003993300  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua - Filadélfia  
Nº 4741 COMPLEMENTO Casa BAIRRO São Joangim  
CIDADE TEJUPÁ UF PA CEP 64088390  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (86) 99953-9581

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ ATUA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00  
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22.11.18  
IDENTIDADE Z. 055.258  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL POR RECEBER NA SEGURADORA DE SEGUROS

DATA \_\_\_\_\_  
NOME 22.11.2018  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

Antônio Honorato da Silva Santos DPVAT

ÁGUAS DE  
**TERESINA**

CNPJ 27157474000106 - I.E 195955574  
Av. Odilon Araújo, 1095, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.37  
28181826183826

12161179-5

FATURA Nº 153188247  
MÊS / ANO 10/2018

NOME / ENDEREÇO  
MORADOR RAIMUNDA DA SILVA SANTOS  
PROPRIETÁRIO: ANTONIA CLEUDIMAR SILVA SANTOS  
RUA FILIPINAS, 4741 - SÃO JOAQUIM - TERESINA - PI - CEP: 64008340

LOCALIZAÇÃO 017-00063-002785 GRUPO 017 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A14N298340

| HISTÓRICO DE CONSUMO | LIDO | FATURADO | ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA |
|----------------------|------|----------|--------------------------------------|
| 09/2018 Lido         | 11   | 11       | 1 Residencial - Normal               |
| 08/2018 Mínimo       | 09   | 09       |                                      |
| 07/2018 Lido         | 15   | 15       |                                      |
| 06/2018 Lido         | 14   | 14       |                                      |
| 05/2018 Lido         | 14   | 14       |                                      |
| 04/2018 Lido         | 14   | 14       |                                      |

DATA 24/09/2018 LEITURA 375  
ANTERIOR  
ATUAL 26/10/2018 384  
CONSUMO MÊS M3 14 LIT 18746008  
PIS. MSEP 27,47x1,65% = 0,45  
COPINS 27,47x7,68% = 2,08

| TABELA DE TARIFAS                           | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA                                                                                                       |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RESIDENCIAL<br>FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (%) | VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51<br>> Residencial - Normal 10,0 m3 26,51<br>JUROS POR ATRASO 08/2018 0,43<br>MULTA POR ATRASO 08/2018 0,53 |

| NÃO RESIDENCIAL<br>FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (%) | VALOR |
|-------------------------------------------------|-------|
|                                                 |       |

VENCIMENTO 07/11/2018 TOTAL A PAGAR 27,47

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM  
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

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 8.987/95, Art. 6º, §5º, inciso II

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

| PARÂMETROS  | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO  |
|-------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|------------------|
| CLORO LIVRE | 3.120               | 3.114                    | 6                           | 1,37        | 0,20-5,00 mg/L   |
| OPACIDADE   | 3.072               | 3.032                    | 40                          | 5,94        | Inferior a 15,00 |
| PH          | 3.096               | 3.039                    | 57                          | 6,87        | 6,00-9,50        |
| TURBIDEZ    | 3.122               | 3.096                    | 26                          | 1,04        | Inferior a 5,00  |

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

22 NOV 2010

DPVAT



**Rua Eletricista Guilherme, nº 954, Bairro Fátima, Teresina – PI.**

**Rua Eletricista Guilherme, nº 954, Bairro Fátima, Teresina – PI.**

Antônio Honório da Silva Santos  
Brazileira, RG 2055256, SSQE, CPF 390.032.43-3  
Capitão e domiciliado na Rua Filipinas 4341, 6º Andar  
Joaquim

constitui como seu bastanteprocureador, **Dr. Tiago Luiz Teixeira**, advogado, com registro na OAB/PI nº 7560, com escritório profissional sito à Rua Eletricista Guilherme, nº 954, Bairro Fátima. Nesta Cidade, onde recebe as intimações de estilo, concedendo amplos e ilimitados poderes com as cláusulas **ad judicium e extra** para foro em geral, para representá-lo em qualquer instância ou Tribunal, em qualquer ação em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou réu(s) ou de qualquer forma interessado(s), em conjunto ou separadamente, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, habilitar e retificar, ceder e prometer e em especial Ação DPAT receber e dar quitação, delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até a final, podendo para tanto acordar, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimento, documentos necessários, produzir provas, justificações, requerer falência ou concordata, transigir, firmar compromissos, renunciar, passar recibos, pagar taxas, receber e dar quitação, assinar termo de inventariante, finalmente tudo o que for preciso para o fiel cumprimento deste mandato.

Teresina, PI, 29 de Março, 2019.

\*Antoni Hanto S Vato Vales