

Consulta x 0811494 x Controle x Audiência x Merge PD x WhatsApp x Tribunal x Sistema x Portal do x Caixa de x

tpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=231173&ca=31ef9046c18d1d444162622bda586a11e0...

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

PJE ProceComCiv 0811494-52.2019.8.18.0140
FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS ...

10905747 - CONTESTAÇÃO (2735352 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 22/07/2020 11:12:56

22 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10905492 - CONTESTAÇÃO
 - 10905747 - CONTESTAÇÃO (2735352 CONTESTACAO 01)
 - 10905757 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10905759 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10905760 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10905761 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

2735352- CS/ 2020-02585/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROT+Pç.pdf pç.pdf prot+pç.pdf pç.pdf prot+pç.pdf Exibir todos x

PT 11:13 22/07/2020



Número: **0811494-52.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA (AUTOR)		ARTHUR LENNON ALVES MENESES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10905757	22/07/2020 11:12	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Francisco Rodrigues da Silva
RG nº 791.613, data de expedição 05/07/17
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 536.047.923-04
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Lamas, nº 8250,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Enhebeo Edson Cunha da Silva, cujo o condutor era
marcos paulo martins.
Veículo: Moto Modelo: Honda CG 125 FANES Ano: 2011
Placa: ODZ-8779 Chassi: 9C2 564120 RR 70 94 35
Data do Acidente: 27/12/18

Local e Data:

Teresina - 02/04/2019

Francisco Rodrigues da Silva

Assinatura do Declarante

marcos paulo martins

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Coronel Riquelme, 1027 - Centro - CEP: 64003-200 - Teresina-PI - Fone: (067) 3221-0100 - E-mail: atendimento@teresiananotario.com.br
Tribunal: União dos Juizes de Teresina

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 02/04/2019. Selo: AAB88163-NE72
www.tjpi.jus.br/portalexta

Jose Hamilton Alves Cardoso-Escritor Autorizado
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMSF/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 292
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Jose Hamilton A. Cardoso
Escritor Autorizado



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 41, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Edison Cunha da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.677.953 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Francisco Edison Cunha da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.677.953 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>	Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP	<u>64000-235</u>
		Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-6965</u>		

Teresina de 05 de Abril de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

01/2017



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 41, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Edison Cunha da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.677.953 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Francisco Edison Cunha da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.677.953 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>	Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>64000-235</u>
					<u>(86) 99534-6965</u>

Teresina 05 de Abril de 2019

Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

01/2017





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Par: contato
conosco, informe
esse JMEROI

SEU CÓDIGO

01-4

Nº da Nota Fiscal 019181534

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2019	25-03-2019	375	326,56

MARIA APARECIDA C CUNHA
R. CANAA 8250 S/C
CPF: 00070590125320
CEP: 64.067-110 - TERESINA

TABAJARAS

ROT: 11.001.42.47.043100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	24111	Atual:	18/03/2019
Anterior:	23736	Anterior:	15-02-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	15-04-2019
Consumo Medido:	375	Emissão:	15-03-2019
Consumo Faturador:	375	Apresentação:	18-03-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Duração Consumo:	31

Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESID. B.X. RENDA	MONO	A596799		1.4.1.1	420
HISTÓRICO DE CONSUMO					
Mês/ano consumo	CONSUMO	30 A R\$ 0,313223 =	9,39		
FEV/19		70 A R\$ 0,536967 =	37,58		
JAN/19		120 A R\$ 0,805452 =	96,65		
DEZ/18		155 A R\$ 0,894961 =	138,71		
NOV/18			22,77		
OUT/18			65,52		
SET/18			44,06		
AGO/18					
JUL/18					
JUN/18					
MAI/18					
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
0 A 30					
31 A 70					
71 A 100					
101 A 150					
151 A 200					
201 A 250					
251 A 300					
301 A 375					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ 02/2019 402,43

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/04/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão da nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda que a reavização das contas reavizadas no valor de R\$ 11.172,49 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 0484.1077.7E8F.6751.0FDE.00C5.3A82.AFD3		IMPOSTOS/TRIBUTOS R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Distribuição:	67,49	Base de Cálculo:	347,85 253,93
Energia:	130,41	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	22,07	Valor do ICMS:	93,91
Encargos:	13,91	Valor do PIS:	3,58
Tributos:	113,97	Valor do COFINS:	16,48
FINANÇAMENTO DE CONTINGUÂNCIA			
	TAC	FIC	DNIC
	Parcela	Parcela	Parcela
Entrada:	0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00	0,00 0,00
Resposta:	0,00	0,00	0,00
Quota:		Parcela de amortização:	02/2019 0,00

ROT: 11.001.42.47.043100



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0350191-4

TOTAL A PAGAR - R\$

326,56

MÊS FATURADO

03/2019

VENCIMENTO

25-03-2019

Nº da Nota Fiscal: 019181534 FCAM

83660000003 5 26560017000 4 00000000350 9 19140319008 2



SEQ.: 00287 UC: 0350191-4 DT. LEIT.: 18/03/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 24111 NORMAL TOTAL: 326,56 CARGA: 047
DT. VENC.: 25-03-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 9301



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007221125501900000010340446

Número do documento: 2007221125501900000010340446



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.768/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
com o SAC, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

051869-7

Nº da Nota Fiscal 018211785

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

CONTAS EM VENCIMENTO	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	297	314,47

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

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DADOS DA LEITURA	DATA
Atual:	19725	Atual:	22/02/2019
Anterior:	19428	Anterior:	23/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/03/2019
Consumo Medido:	297	Emissão:	21/02/2019
Consumo Faturado:	297	Apresentação:	22/02/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de Irregularidade:	FCAM		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	195

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
Mês/ano consumo		
JAN/19 365	CONSUMO 297 A R\$ 0,957855 =	284,48
DEZ/18 57	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	22,22
NOV/18 0	MULTA POR ATRASO 01/19-00	6,76
OUT/18 96	JUROS POR ATRASO 01/19-00	1,01
SET/18 299		
AGO/18 232		
JUL/18 184		
JUN/18 208		
MAI/18 211		
ABR/18 159		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 297 - 0,000000

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

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F2C6.737A.1AE0.8044.75D1.5023.D972.48B8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 53,46	Base de Cálculo: 284,48
Energia: 103,28	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 17,48	Valor do ICMS: 76,80
Encargos: 11,02	Valor do PIS: 4,01
Tributos: 99,24	Valor do COFINS: 18,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	DICM
	Atual	Anterior	Anterior	Atual	Anterior	Anterior	Atual	Anterior
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Resíduo	0,00			0,00			0,00	
Composto	TERESINA-MACAUJÁ			Período de operação:			12/2018	19,43



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	633.677.953-05	Francisco Edson Cunha de Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Francisco Edson Cunha de Silva	633.677.953-05	
Profissão:	Endereço:	Número:
Estudante	R. Canas	8250
Bairro:	Cidade:	Estado:
Taboara	Terresina	PI
E-mail:	CEP:	Complemento:
	64067-110	Casa
	Tel. (DDD):	
	(86) 99534-6565	

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itai (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2004 <input type="checkbox"/> CONTA: 93440 <input type="checkbox"/> 1	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	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.

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Terresina - Piauí 05/04/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Edson Cunha de Silva

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)

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

**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

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Imp: 27/12/2018 20:41:33

(User: HERBERT ALENCAR)

(Estação: RECEPCAO01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA		Prontuário: 175777	
Mãe: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA		Pai: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA	
End.Resid.: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 21/10/1996	Idade: 22a2m6d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: CARLA	CNS: 200578217090007		
Profissão: ESTUDANTE	CPF: * RG: -		
Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Solteiro(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 700251	Data: 27/12/2018 20:00:46	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES	Convênio: S U S	
Cid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
CID Secundário:		

DADOS CLÍNICOS:

A _____ X _____ mmHg				Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____	CID: _____
Diagnóstico Inicial:							

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coutinho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Conduta Médica:	
Exames Complementares:	

Patrícia Viana Sales Leão
Matrícula: 027499
SAME - HUT
CONTERE COMO ORIGINAL

ALTA:	() Melhorado	() Administrativa	() Retornar à Unid. Origem:
	() Curado	() Por Indisciplina	() Transferência:
	() Inalterado	() Por Evasão	DATA SAÍDA: / /
	() A Pedido		HORA: : .
ÓBITO:	DESTINO:		() Internação na Unidade
	() Até 24 Hs	() Família	Proced. Solicitado:
	() De 24 a 48 Hs	() IML	CID Compatível:
	() Após 48 Hs	() Anat. Patol.	Prof. Solicitante
			Internação:

Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007221125501900000010340446>

Número do documento: 2007221125501900000010340446

Num. 10905757 - Pág. 7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 633.677.953-05 Nome completo da vítima: Francisco Edison Cunha de Silva

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

Nome completo: Francisco Edison Cunha de Silva CPF: 633.677.953-05
Profissão: Estudante Endereço: R. Camar Número: 8250 Complemento: Casa
Bairro: Taboaras Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64067-110
E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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: 2006 CONTA: 93440 1
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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.

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Terresina - Piauí 05/04/19
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Francisco Edison Cunha de Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

091-674153583-0

01/ABR/2019 HORA DE 12:51:11

LOT: 16.015651-3 TERM: 026232
LOCALIDADE: TERESINA
AG. VINCULADA: 3808 CONTROLE: 224200531

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2004 013 00093440-1

FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

VALOR : ~~20.00~~

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

091-674153583-0

1ª VIA





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000291/2019-07

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 02/04/2019 - 12:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. VEREADOR JOEL LOUREIRO, Nº:

Complemento

Data/Hora

27/12/2018 - 19:00

Bairro

PEDRA MOLE

Ponto de Referência

COMERCIAL CARVALHO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCOS PAULO MARTINS

RG: 2861115 SSP PI

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO MARTINS

Endereço: RUA CANAÃ, Nº 8250

Complemento: CONJUNTO ANITA FERRAZ

Bairro: CONJUNTO ANITA FERRAZ

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9687-5075 86-9494-4513

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Mãe: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA

Pai: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Endereço: RUA CANAÃ, Nº 8250

Bairro: CONJUNTO ANITA FERRAZ

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA NA AV. VEREADOR JOEL LOUREIRO, SENTIDO NORTE SUL, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO 2011/2011, COR VERMELHA, PLACA ODZ-8779 TERESINA PI, RENAVAM 00361054173, PROPRIEDADE DE FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA, CONDUZINDO A VÍTIMA ACIMA RELACIONADO, MOMENTO EM QUE UM VEÍCULO, DE MARCA, PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, COLIDIU NA PARTE TRASEIRA DA MOTOCICLETA, PERDEU O CONTROLE E VEIO À CAIR; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS E CONDUZIDO PARA HUT "HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº175777. FOI ARROLADO COMO TESTEMUNHA, MARIANO DA CONCEIÇÃO, RUA CANAÃ, 8094, CONJUNTO ANITA FERRAZ, TERESINA PI.

Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150
AGENTE DE POLÍCIA

FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000291/2019-07

Delegado de Polícia





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, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190265848

Vítima: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Data do Acidente: 27/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000093440-1**

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, retorne 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





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 Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190265848

Vítima: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Data do Acidente: 27/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO EDSON CUNHA 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

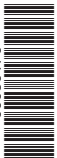
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14164745

Pag. 00339/00340 - carta_01 - INVALIDEZ

00030170



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:	16/04/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000093440-1

Nr. da Autenticação E5619DCF1EB4BC1B



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120154/19

Vítima: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

CPF: 633.677.953-05

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EDSON
CUNHA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA : 633.677.953-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/04/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa



PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: <u>Francisco Edson Cunha Da Silva</u>			
RG: <u>3.343.547</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPI/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO:	
CPF: <u>633.677.953-05</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>Estudante</u>	
ENDEREÇO: <u>R. Lamas</u>		Nº: <u>8250</u>	
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>	BAIRRO: <u>Taboas</u>		
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64067-110</u>	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: <u>Nelle Rose Soares Marques</u>			
RG: <u>4.119.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPI/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>2316914</u>	
CPF: <u>840.173.173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>Recurso</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Nº: <u>544</u>	
BAIRRO: <u>Centro</u>	CIDADE: <u>Teresina</u>	UF: <u>PI</u>	CEP: <u>64000-235</u>

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

Francisco Edson Cunha Da Silva

Data do acidente de trânsito: 27/12/2018

Cobertura da vitima: Invalidez

LOCAL / DATA: TERESINA 29/03/2019

X Fº Edson Cunha da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS	
Reconheço por autenticidade a firma de FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA. DOU PÉ. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 29/03/2019. Selo: AAB80822-SYTV	
www.tjpi.jus.br/portalextra.	
Jose Hamilton Alves Cardoso-Escritor Autorizado	
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 123	

CONSULTE O SELO DIGITAL

Cartório Telematocês Sampa
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jose Hamilton A. Cardoso
Escritor Autorizado





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francisco Edson Cunha da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 175 777



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 - Fone: 86 3218 5445

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

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

DOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA		Prontuário: 175777	
Mãe: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA		Pai: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA	
End. Resid.: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 21/10/1996	Idade: 22a2m6d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: CARLA	CNS: 200578217090007		
Profissão: ESTUDANTE	CPF: * RG: -		
Instrução: Fundamental Completo		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -			

DOS DO ATENDIMENTO:

Código: 700251	Data: 27/12/2018 20:00:46	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
CID Secundário:		

DADOS CLÍNICOS:

A _____ X _____ mmHg		Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:				

CONDOTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ALTA:		() Retornar à Unid. Origem:	
() Melhorado		() Transferência:	
() Curado			
() Inalterado			
() A Pedido			
DESTINO:		DATA SAÍDA: / /	
() Até 24 Hs		HORA: : .	
() De 24 a 48 Hs		() Internação na Unidade	
() Após 48 Hs		Proced. Solicitado:	
		CID Compatível:	
		Prof. Solicitante	
		Internação:	

Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007221125501900000010340446>

Número do documento: 2007221125501900000010340446

Num. 10905757 - Pág. 18

**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

**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA		Prontuário: 175777
Mãe: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA	Pai: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA	
End.Resid.: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 21/10/1996	Idade: 22a2m6d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: CARLA	CNS: 200578217090007	
Profissão: ESTUDANTE	CPF: * RG: -	
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

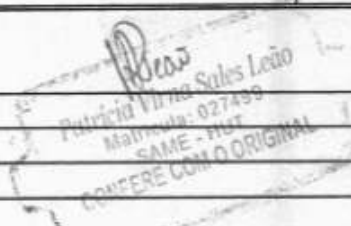
DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 700251	Data: 27/12/2018 20:00:46	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Típico: Não CID Secundário:

DADOS CLÍNICOS:

A _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:



ALTA: () Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido () Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: _____ () Transferência: _____
	DATA SAÍDA: / / HORA: : .
MÓBITO: () Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs () Família () IML () Anat. Patol.	() Internação na Unidade Proced. Solicitado: _____ CID Compatível: _____ Prof. Solicitante _____ Internação: _____

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

229856

163019

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

229856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

6 - Prontuário: 175777

7-CNS: 200578217090007

8-Nascimento: 21/10/1996

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA

12-Fone: - -

13-Resp: CARLA

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - 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:

POS OP TARDIO (6 ANOS) FRAT TIBIA DIREITA

EVOLUI COM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTE E SINAIS FLOGÍSTICOS

21 - Condições que justificam a internação:

NECESSITA TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

EX CLÍNICO

23-Diagnóstico Inicial:

Afeções da pele e do tecido subcutâneo, não especificados

24-CID Prim:

L989

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0413040178

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

Tempo SUS
3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

CPF 746.635.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

27/12/2018

35-Ass.Carimbo Méd.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

100119
Marcondes Martins S. Moura
Médico Autor - FMS - Teresina
Município: 2200 - CNES 47026395120004

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (LAO TSE)
Consulta Local: 700251
Consulta SUS:
Impressão: 27/12/2018 20:36:17



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 163018
	AIH: 2218102660213
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 200578217090007	NOME DO PACIENTE FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA	NASCIMENTO 21/10/1996	SEXO M	PRONTUÁRIO 175777
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 86995214180	NOME DA MÃE MARIA APARECIDA CHAVES DA CUNHA	RESPONSÁVEL CARLA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA CANAA		NUMERO / LOTE 8250	
BAIRRO TABAJARAS	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

POS OP TARDIO(06) FRATURA TIBIA DIREITA, EVOLUI COM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTE E SINAIS FLOGÍSTICOS

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSITA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EX CLÍNICO, RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

L989 - AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO NAO ESPECIFICADOS

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
CPF: 74663993372

CRM

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

27/12/2018

DATA ADMISSÃO

27/12/2018 20:00

DATA ALTA

30/12/2018 09:15

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

ERICA PATRICIA CHAVES
CPF: 89671341349

CRM:

DATA ANALISE 27/12/2018 21:01:12

NOME DO PROFISSIONAL / PARÊCER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N°
Proc. N°
Rubrica

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 28/12/2018

NOME DO PACIENTE: <u>Francisco Edson Cunha da Silva</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>777.777</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Infecção pós-operatória</u>	CIRURGIA: <u>Revisão de plástica</u>
ANESTESIA: <u>Raquel</u>	N° DA SALA: <u>+ Leu (Painel)</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Wladimir Costa</u>	CPF N°:
AUXILIAR:	CPF N°:
ANESTESISTA: <u>Dr. Milena</u>	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: <u>Conceição</u>	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	01		LUVA N° 2.0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.			LUVA N° 3.5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCOS	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	-		Cateter 02		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				Eletródios 05 unid.			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				Escovas 03 unid.			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				Spreng. 02 unid.			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.				Fio de sutura 01			
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0		01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Solange Martinho</u>			
PROLENE							

Patricia Virna Sales Leão
Matrícula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco Edson Cruz de Jesus		
Diagnóstico pré-operatório	Infarto agudo do miocárdio		
Operação - Tipo	Reparo de pleurotomia + LMC Pericardio		
Cirurgião	1º Assistente		
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Dr. Wilamildo L. Costa CRM-PA 5740/CRM-MA 6663 TELEF: 3063	Anestesia	Raque
Anestésico(a)	Dr. Milene		
Data da Operação	Início	Fim	
98.12.2018	08:30		
Diagnóstico Pós-operatório	O normal		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Não tem

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

1	Reparo de pleurotomia
2	Reparo de pleurotomia + LMC Pericardio
3	Reparo de pleurotomia + LMC Pericardio
4	Reparo de pleurotomia + LMC Pericardio
5	Reparo de pleurotomia + LMC Pericardio
6	Reparo de pleurotomia + LMC Pericardio
7	Reparo de pleurotomia + LMC Pericardio
8	Reparo de pleurotomia + LMC Pericardio
9	Reparo de pleurotomia + LMC Pericardio
10	Reparo de pleurotomia + LMC Pericardio

Patricia Viana Sales Lino
Matricula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Wilamildo L. Costa
CRM-PA 5740/CRM-MA 6663
TELEF: 3063

Mod. 76 HUT



Nome: Francisco Edson Cunha de Sil	Sala: 01	Alergia:	Data: 28.12.2018
Procedimento: Ve	Cirurgião:	Observações:	
LMC			

[illegible]

Acesso Vascular

- Periférico _____
Cat. Venoso nº __ G
- Dificuldade acce. venoso
Gastos __ cateteres
- Central _____

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal

Monitorização:

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

Unesthesia:

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

Decúbito: _____

SPO2 (%)	99	90	93	OK
ETCO2 (mmHg)				
Aces. Venoso				
Aces. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				


 Patricia Lima Sales
 Matrícula: 027432
 SANE - HUT
 CONFERE COMO ORIGINAL

Descrição da Anestesia: Bloqueio Subaracnóideo de mocaína 0,5%, perida
12mg + morfina 8mg. Líquido claro.

Dr. Milena R. Goyara
2746
Anestesiologista



PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC		IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
CISCO EDSON CUNHA DA SILVA		175777		21/10/1996		22	Ortopédica	232	235	
PRESCRIÇÃO MÉDICA								HORÁRIOS		
INFECÇÃO PERNA D										
30/12/18										
1 Dieta oral livre										
2 Jeico salinizado										
3 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs										
4 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs										
5 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h										
6 Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N										
7 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN										
8 Cuidados gerais e sinais vitais										
<div style="text-align: center;"> <p>Paciente: <i>[Signature]</i> Matrícula: 027450 NOME: HUT COPIAR COM O ORIGINAL</p> </div>								<i>[Signature]</i> 09-13- Paciente de alto risco hospitalar.		
Dr. Gloriano Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Pedro H. L. Pessoa Filho										
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia										
CRM3415-TEOT0029 / CRM12308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367										

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
08 ABR 2019
SEGUROADORA S.A.
Rio de Janeiro, 465 Lapa C
Telefone CEE: 64.002-679
Belo Horizonte-P1

TERESINA - HUT PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE	XISCO EDSON CUNHA DA SILVA		PRONTUÁRIO	175777	DATA NASC	31/10/1996	IDADE	22	CLÍNICA	232	ENF. OU AP	235	MÉDICO ASSISTENTE
ATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA												
:27/12/2018	INFECÇÃO PERNA D												
29/12/18	Visto e assinado por: Ednana Soares Coutinho 3718												
1	Dieta oral livre												
2	Jelco salinizado												
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs												
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs												
5	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h												
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N												
7	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN												
8	Cuidados gerais e sinais vitais												
<p>Dr. Yuri Inagó Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</p> <p>Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM3415-TEOT10029 / CRM12308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367</p>													

10h. Realizado curativo
na FO + notificação
do dreno de HIO (perda)
conforme prescrição na
dieta.

10h. Realizado curativo
na FO + notificação
do dreno de HIO (perda)
conforme prescrição na
dieta.

10h. Realizado curativo
na FO + notificação
do dreno de HIO (perda)
conforme prescrição na
dieta.

10h. Realizado curativo
na FO + notificação
do dreno de HIO (perda)
conforme prescrição na
dieta.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

OME Francisco Edson Cunha de Siqueira IDADE _____ anos DATA 08/12/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 9 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>104x80</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>64</u>	<u>62</u>
SATURACÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>96%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Paula</u>	<u>Dayana</u>

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

SCALA DE DOR (0-10)	09
SCALA DE DOR (0-10)	10

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

09:30 Admitido no SRPA com POF de 10kg e 1,60m para paciente tuba O₂ submetido a cirurgia. Consciente, calmo, eupneico, respirando a.c. m.

11:08 Alter da SRPA

Alta SRPA

Alcântara L.

Horário

Alcântara L.

Alcântara L.

Alcântara L.

Alcântara L.

Alcântara L.





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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 24087 - Em: (27/12/2018)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Naso.	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
229856	175777	FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA	21/10/1996	POSTO 2	ANEXO	EXTRA 05	LAO TSE PROTEIENS DA SILVA FEITOSA		
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora:		OSTEOMIELITE TIBIA DIREITA							
		Alergias:							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL TIPO LIVRE, Engline Moratin Alentejo NUTRICIONISTA CDM-B-2600								<i>21.10. Admitida e passou</i>
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "BOMO GLICERADO"	1,00	Frasco	EV	12/12h				<i>22.10. 08.00. Infusões em fluxo livre</i>
2	CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		<i>22.10. 08.00. Infusões em fluxo livre</i>
3	DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		<i>22.10. 08.00. Infusões em fluxo livre</i>
4	TEROXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h		AD		<i>22.10. 08.00. Infusões em fluxo livre</i>
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL Em 100ML de SFO, 5%	1,00	Ampola	EV	12/12h		SF 0,9%		<i>22.10. 08.00. Infusões em fluxo livre</i>
6	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	Ampola	EV	12/12h				<i>22.10. 08.00. Infusões em fluxo livre</i>

Observações Gerais: SINAIS VITAIS DE 6/6H

SINAIAS VITAIS DE 6/6H
CIRURGIA AMANHA DR WILANILDO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
08 ABR 2019
INTE SEGURADORA S.A.
Cooheio de Resende, 455 Loja C
Pra-Norte CEP: 64.012-470
Teresina-PI

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

Patricia Viana Sales Leão
Matricula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O 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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA** (Prontuário: 175777)
Endereço: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 21/10/1996 Idade: 15a8m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 49932
Requisição: 196250 Solicitação: 16/01/2012 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 252103 Convênio: S U S OBSERVAÇÃO UNICA (TRANSF.) LEITO ÚNICO

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 16/01/2012

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura alinhada em consolidação no terço distal da diáfise da tibia, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(ANTONIO

TERESINA - PI 15/07/2012

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072211125501900000010340446>

Número do documento: 20072211125501900000010340446

Num. 10905757 - Pág. 30



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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA** (Prontuário: 175777)
Endereço: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 21/10/1996 Idade: 22a3m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700251
Requisição: 905496 Solicitação: 27/12/2018 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1125935 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 27/12/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Fratura na tíbia distal.
- Partes moles sem particularidades.

CONCLUSÃO: Fratura na tíbia distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA** (Prontuário: 175777)
Endereço: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 21/10/1996 Idade: 22a3m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700251
Requisição: 905496 Solicitação: 27/12/2018 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1125936 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 27/12/2018

PERNA DIREITA

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

- Fratura na tibia distal.
- Partes moles sem particularidades.

CONCLUSÃO: Fratura na tibia distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190265848 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA **Data do acidente:** 27/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE DOUTOR MARTINS

Francisco Edson Cunha da Silva

21/10/1996

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.343.547

DATA DE EMISSÃO 28/03/19

Nome FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

NASCIMENTO MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA

FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

NATURALIDADE TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO 21/10/1996

CERT. NASC. 2803 L A-04 F-51

EXP. TERESINA-PI 20/05/00

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03 - DECRETO Nº 89.250/93

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

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

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 633.677.953-05

Nome FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Nascimento 21/10/1996

CÓDIGO DE CONTROLE 7910.2379.2C07.C757

QR CODE

Emittido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:12:26 do dia 29/03/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES		
FILIAÇÃO	CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTÔNIO SOARES JUCUNDE		
NATURALIDADE	CRATEUS-CE	DATA DE NASCIMENTO	22/05/1971
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 529 L A1/F 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78		
TERESINA - PI	840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR		

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

