

Consulta processo: x 0813723-48.2020.8 x Caixa de entrada x Controle de docum x Audiências x Merge PDF files on x WhatsApp x +

Não seguro | tjpj.pjeus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=523522&ca=0a73b8cb7d8dac9b416262... ☆

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

PJE ProceComCiv 0813723-48.2020.8.18.0140 VICENTE FERREIRA DA COSTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

10888249 - CONTESTAÇÃO (2735574 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 22/07/2020 09:34:41


22 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10888246 - CONTESTAÇÃO
 - 10888249 - CONTESTAÇÃO (2735574 CONTESTACAO 01)
 - 10888252 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10888253 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10888254 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10888256 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Microsoft Word - 2735574_CONTESTACAO 1 / 9

2735574- CS/ 2020-02607/ INVALIDEZ



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

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf Exibir todos x

PT 09:35 22/07/2020



22/07/2020

Número: **0813723-48.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **21/06/2020**

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

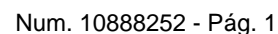
Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VICENTE FERREIRA DA COSTA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10888 252	22/07/2020 09:34	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



equatorial
ENERGIA

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/96

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 031895626

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

CONTA MÊS
DEZEMBRO/2019

VENCIMENTO
31/12/2019

CONSUMO (kWh)
127

TOTAL A PAGAR (R\$)
117,27

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

ROT: 17.001.30.14.045000

Atual:	14139	Atual:	24/12/2019
Anterior:	14012	Anterior:	25/11/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	23/01/2020
Consumo Medido:	127	Emissão:	23/12/2019
Consumo Faturado:	127	Apresentação:	24/12/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:			

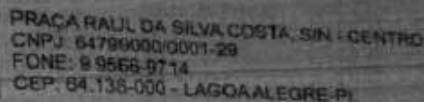
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	154

Mês/ano consumo	CONSUMO	127 A R\$ 0,847425 =	107,62
NOV/19	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		9,65
OUT/19	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,40	
SET/19	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,90	
AGO/19			
JUL/19			
JUN/19			
MAI/19			
ABR/19			
MAR/19			
FEV/19			
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
W A 127 - 0,530612			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/01/2020. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta mensagem.
11/2019	149,73	





CARTÃO DO SUS Nº

NOME: Walter Ferrniz de Cante

Profissão: _____ Sexo: () Nasc.: 13 / 10 / 56

Pai:

Filiação

Mãe:

Endereço: R. 66 L 03 CA, Parnaíba - Teresina

Município: Guarânia Estado: _____

Data do Atendimento: 05.03.19 Hora: 18h01
PA: 180x110mm GC: 234 TAX.: P: 90mm Sp02: 99%

PA: 100 x 110 mm. 2.5. Motivo do Atendimento e descrição médico

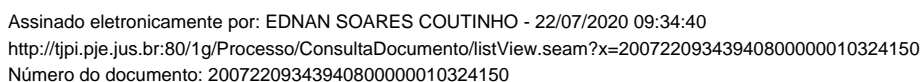
Motivo do Atendimento e descrição médica

Paciente chegou ao dia 14/12, vítima de lesão no pé direito da
espécie do tipo de lesão - 1º. Presença de trauma - 1º.
lesão - 1º. Diagnóstico - 1º. 2º. 3º.
lesão - 1º. 2º. 3º. 4º. 5º. 6º. 7º. 8º. 9º. 10º. 11º. 12º. 13º. 14º. 15º. 16º. 17º. 18º. 19º. 20º. 21º. 22º. 23º. 24º. 25º. 26º. 27º. 28º. 29º. 30º. 31º. 32º. 33º. 34º. 35º. 36º. 37º. 38º. 39º. 40º. 41º. 42º. 43º. 44º. 45º. 46º. 47º. 48º. 49º. 50º. 51º. 52º. 53º. 54º. 55º. 56º. 57º. 58º. 59º. 60º. 61º. 62º. 63º. 64º. 65º. 66º. 67º. 68º. 69º. 70º. 71º. 72º. 73º. 74º. 75º. 76º. 77º. 78º. 79º. 80º. 81º. 82º. 83º. 84º. 85º. 86º. 87º. 88º. 89º. 90º. 91º. 92º. 93º. 94º. 95º. 96º. 97º. 98º. 99º. 100º. 101º. 102º. 103º. 104º. 105º. 106º. 107º. 108º. 109º. 110º. 111º. 112º. 113º. 114º. 115º. 116º. 117º. 118º. 119º. 120º. 121º. 122º. 123º. 124º. 125º. 126º. 127º. 128º. 129º. 130º. 131º. 132º. 133º. 134º. 135º. 136º. 137º. 138º. 139º. 140º. 141º. 142º. 143º. 144º. 145º. 146º. 147º. 148º. 149º. 150º. 151º. 152º. 153º. 154º. 155º. 156º. 157º. 158º. 159º. 160º. 161º. 162º. 163º. 164º. 165º. 166º. 167º. 168º. 169º. 170º. 171º. 172º. 173º. 174º. 175º. 176º. 177º. 178º. 179º. 180º. 181º. 182º. 183º. 184º. 185º. 186º. 187º. 188º. 189º. 190º. 191º. 192º. 193º. 194º. 195º. 196º. 197º. 198º. 199º. 200º. 201º. 202º. 203º. 204º. 205º. 206º. 207º. 208º. 209º. 210º. 211º. 212º. 213º. 214º. 215º. 216º. 217º. 218º. 219º. 220º. 221º. 222º. 223º. 224º. 225º. 226º. 227º. 228º. 229º. 230º. 231º. 232º. 233º. 234º. 235º. 236º. 237º. 238º. 239º. 240º. 241º. 242º. 243º. 244º. 245º. 246º. 247º. 248º. 249º. 250º. 251º. 252º. 253º. 254º. 255º. 256º. 257º. 258º. 259º. 260º. 261º. 262º. 263º. 264º. 265º. 266º. 267º. 268º. 269º. 270º. 271º. 272º. 273º. 274º. 275º. 276º. 277º. 278º. 279º. 280º. 281º. 282º. 283º. 284º. 285º. 286º. 287º. 288º. 289º. 290º. 291º. 292º. 293º. 294º. 295º. 296º. 297º. 298º. 299º. 300º. 301º. 302º. 303º. 304º. 305º. 306º. 307º. 308º. 309º. 310º. 311º. 312º. 313º. 314º. 315º. 316º. 317º. 318º. 319º. 320º. 321º. 322º. 323º. 324º. 325º. 326º. 327º. 328º. 329º. 330º. 331º. 332º. 333º. 334º. 335º. 336º. 337º. 338º. 339º. 340º. 341º. 342º. 343º. 344º. 345º. 346º. 347º. 348º. 349º. 350º. 351º. 352º. 353º. 354º. 355º. 356º. 357º. 358º. 359º. 360º. 361º. 362º. 363º. 364º. 365º. 366º. 367º. 368º. 369º. 370º. 371º. 372º. 373º. 374º. 375º. 376º. 377º. 378º. 379º. 380º. 381º. 382º. 383º. 384º. 385º. 386º. 387º. 388º. 389º. 390º. 391º. 392º. 393º. 394º. 395º. 396º. 397º. 398º. 399º. 400º. 401º. 402º. 403º. 404º. 405º. 406º. 407º. 408º. 409º. 410º. 411º. 412º. 413º. 414º. 415º. 416º. 417º. 418º. 419º. 420º. 421º. 422º. 423º. 424º. 425º. 426º. 427º. 428º. 429º. 430º. 431º. 432º. 433º. 434º. 435º. 436º. 437º. 438º. 439º. 440º. 441º. 442º. 443º. 444º. 445º. 446º. 447º. 448º. 449º. 450º. 451º. 452º. 453º. 454º. 455º. 456º. 457º. 458º. 459º. 460º. 461º. 462º. 463º. 464º. 465º. 466º. 467º. 468º. 469º. 470º. 471º. 472º. 473º. 474º. 475º. 476º. 477º. 478º. 479º. 480º. 481º. 482º. 483º. 484º. 485º. 486º. 487º. 488º. 489º. 490º. 491º. 492º. 493º. 494º. 495º. 496º. 497º. 498º. 499º. 500º. 501º. 502º. 503º. 504º. 505º. 506º. 507º. 508º. 509º. 510º. 511º. 512º. 513º. 514º. 515º. 516º. 517º. 518º. 519º. 520º. 521º. 522º. 523º. 524º. 525º. 526º. 527º. 528º. 529º. 530º. 531º. 532º. 533º. 534º. 535º. 536º. 537º. 538º. 539º. 540º. 541º. 542º. 543º. 544º. 545º. 546º. 547º. 548º. 549º. 550º. 551º. 552º. 553º. 554º. 555º. 556º. 557º. 558º. 559º. 560º. 561º. 562º. 563º. 564º. 565º. 566º. 567º. 568º. 569º. 570º. 571º. 572º. 573º. 574º. 575º. 576º. 577º. 578º. 579º. 580º. 581º. 582º. 583º. 584º. 585º. 586º. 587º. 588º. 589º. 590º. 591º. 592º. 593º. 594º. 595º. 596º. 597º. 598º. 599º. 600º. 601º. 602º. 603º. 604º. 605º. 606º. 607º. 608º. 609º. 610º. 611º. 612º. 613º. 614º. 615º. 616º. 617º. 618º. 619º. 620º. 621º. 622º. 623º. 624º. 625º. 626º. 627º. 628º. 629º. 630º. 631º. 632º. 633º. 634º. 635º. 636º. 637º. 638º. 639º. 640º. 641º. 642º. 643º. 644º. 645º. 646º. 647º. 648º. 649º. 650º. 651º. 652º. 653º. 654º. 655º. 656º. 657º. 658º. 659º. 660º. 661º. 662º. 663º. 664º. 665º. 666º. 667º. 668º. 669º. 670º. 671º. 672º. 673º. 674º. 675º. 676º. 677º. 678º. 679º. 680º. 681º. 682º. 683º. 684º. 685º. 686º. 68

EXAMES COMPLEMENTARES

[illegible]

DIAGNÓSTICO

[illegible]

**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153
TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

26/11/2019
CONFERE COM O ORIGINAL
LIMA PROMORAR

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA		Prontuário: 133817
Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO	Pai:	
End.Resid.: QD 66 LOTE 10 CASA A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 13/10/1956	Idade: 63a0m20d	Sexo: Masculino Fone: 86-99401-763
Responsável: O MESMO	CNS: 898002934955496	
Profissão:	Documento: CPF: 646.717.203-53	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 496213	Entrada: 02/11/2019 10:04:39	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO/TRANSPORTE OUTROS VEÍCULOS			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM MEMBROS	Classificação: DOR MODERADA	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: REFERE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO). APRESENTA LESÃO EM FRONTE COM CURATIVO OCLUSIVO, E DOR EM MIE COM MEMBRO IMOBILIZADO. ALERGIAS: DIPIRONA E AAS. DFE: HAS, DM, GC 157 MG/DL		PAULA RODRIGUES LIMA COREN 494034 Em: 02/11/2019 10:10:10

SSVV:

(Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: 98 bpm Pressão: 150X99 mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

paciente com relato de acidente de carro com capotamento há 5 horas, em Miguel Alves
Foi atendido em Lagoa alegre, onde foi suturado na frente

Diagnóstico Inicial:
?

CID:

Exames Complementares:

rx do ombro e braço esquerdo

→ Fratura do corpo do úmero esquerdo

Prescrição Médica:

folha de regulação por ortopedista

Motivo da Alta/Encerramento:

Encaminhado para Exames

DATA: / /

HORA: 10:15:28
FERNANDA NUNES DE CASTRO
CRM-PI 4195

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDA NUNES DE CASTRO
CRM PI 4195 Em: 02/11/2019 10:15:28



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209343940800000010324150>

Número do documento: 20072209343940800000010324150

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000194/2019-41

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Resp. pelo Registro: Yuziane Da Silva Franco

Data/Hora: 28/11/2019 - 11:28

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE MIGUEL ALVES

Tipo Local

OUTROS

Município

MIGUEL ALVES

Endereço

ESTRADA ENTRE MIGUEL ALVES, Nº:

Complemento

Data/Hora

02/11/2019 - 05:00

Bairro

NÃO INFORMADO

Ponto de Referência

575854

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA

RG: 2086082

Mãe: MARIA DAS DORES CARRVALHO

Pai: ZACARIAS FERREIRA DA COSTA

Endereço: CONJUNTO PROMORAR QUADRA 66 LOTE 3 CASA A, Nº

Bairro: PROMORAR

Cidade: TERESINA - CEP: 64027-150

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: JAIME MARTINS DE SANTANA

RG: 1183395 SSP PI

Mãe: ANA DE SOUSA MARTINS

Pai: FRANCISCO ROMAO DE SANTANA

Endereço: RUA APOLO TADEU, Nº 4574

Complemento: SETOR DA PALITOLÂNDIA

Bairro: VILA IRMÃ DULCE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEICULO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - FORD.	Ranger Cab. Dupla	2001	LVN6621	BAFERI13D11J189780	00750713151	Cinza

Condutor: JAIME MARTINS DE SANTANA
Cidade: TERESINA UF: PI Bairro:
Proprietário: JAIME MARTINS DE SANTANA
Cidade: TERESINA UF: Bairro: ESPLANADA

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE NO DIA 02/11/2019 AS 5 HORAS DA MANHA O CARRO DESCONTROLOU EM CIMA DE UMA PONTE; QUE EU ESTAVA ME DESLOCANDO PARA O MUNICÍPIO DE MIGUEL ALVES; QUE TIVE FRATURAS NO BRAÇO ; QUE PASSEI PRO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS; QUE LEVEI PANCADA NA CABEÇA E PERDI MUITO SANGUE; QUE EU ERA PASSAGEIRO; QUE QUEM ESTAVA DIRIGINDO O VEICULO ERA "PASSARINHO DO ACORDEON"; QUE DEPOIS DO ACIDENTE FUI SOCORRIDO EM MIGUEL ALVES E DEPOIS TRANSFERIDO PARA TERESINA; QUE O CARRO FOI QUASE PERDA TOTAL; QUE AO FINAL O NOTICIANTE APRESENTOU NESSA GERENCIA O PRONTUARIO DE NUMERO 527629 EXPEDIDO PELO HUT




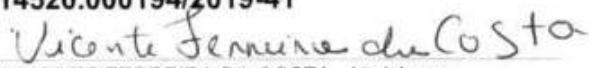



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

959 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000194/2019-41


Yuziane Da Silva Franco - Mat.
- AGENTE DE POLÍCIA


VICENTE FERREIRA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação


Luccy Azeiteiro Leal Pantoja
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.933-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 087003 CONTA: 10721 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057336/20

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

CPF: 646.717.203-53

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: VICENTE FERREIRA DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

VICENTE FERREIRA DA COSTA : 646.717.203-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/02/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: PAOLA LARISSA BREDÁ
CPF: 071.930.319-29

PAOLA LARISSA BREDÁ



BOLETIM DE ATENDIMENTO

CARTÃO DO SUS Nº _____

NOME: Manoel Ferreira da Costa

Profissão: _____ Sexo: () Nasc.: 13/10/56

Pai: _____

Filiação _____

Mãe: _____

Endereço: 866 L.O. 3 CA. P. 1ª - P. 1ª - T. 1ª - T. 1ª

Município: Genorina Estado _____

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

Data do Atendimento: 05.03.19 Hora: 38:01

PA: 100 GC: 234 TAX.: _____ P: 90 Sp02: 99%

Motivo do Atendimento e descrição médica

Paciente queixa de dor aguda no lado direito da cabeça, com perda de
consciência por alguns minutos, após trauma na face,
causado por queda de 10 metros de altura.
Após atendimento em UPA, encaminhado para hospital.
Após atendimento em hospital, encaminhado para hospital.
Após atendimento em hospital, encaminhado para hospital.

EXAMES COMPLEMENTARES

Exames complementares: Rastreamento de câncer de colo do útero, teste de triagem para
doença de Alzheimer, teste de triagem para doença de Parkinson, teste de triagem para
doença de Huntington, teste de triagem para doença de Huntington.

DIAGNÓSTICO

Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Doença de Huntington.
Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Doença de Huntington.
Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Doença de Huntington.
Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Doença de Huntington.



**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153
TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

Em: 26/11/2019
CONFERE COM O ORIGINAL
UPA Promorar

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 02/11/2019 10:15:29
(User: FERNANDA NUNES)
(Estação: CONSULTORIO01)

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA		Prontuário: 133817
Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO	Pai:	
End.Resid.: QD 66 LOTE 10 CASA A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 13/10/1956	Idade: 63a0m20d	Sexo: Masculino Fone: 86-99401-763
Responsável: O MESMO		CNS: 898002934955496
Profissão:		Documento: CPF: 646.717.203-53
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 496213	Entrada: 02/11/2019 10:04:39	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO/TRANSPORTE OUTROS VEÍCULOS			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM MEMBROS	Classificação: DOR MODERADA	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: REFERE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO), APRESENTA LESÃO EM FRONTE COM CURATIVO OCLUSIVO, E DOR EM MIE COM MEMBRO IMOBILIZADO. ALERGIAS: DÍPIRONA E AAS. DPE: HAS, DM. GC 157 MG/DL		PAULA RODRIGUES LIMA COREN 494034 Em: 02/11/2019 16:10:10

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 98 bpm	Pressão: 150X99 mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: paciente com relato de acidente de carro com capotamento há 5 horas, em Miguel Alves Foi atendido em Lagoa alegre, onde foi suturado na frente		
Diagnóstico Inicial: ?	542.3	CID:

Exames Complementares: rx do ombro e braço esquerdo	→ Fratura do corpo do úmero esquerdo
---	--------------------------------------

Prescrição Médica: Solicito repulção por ortopedista
--

Motivo da Alta/Encerramento: Encaminhado para Exames	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____:____
--	-----------------------------	-----------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDA NUNES DE CASTRO
CRM-PI 4195

FERNANDA NUNES DE CASTRO
CRM PI 4195 Em: 02/11/2019 10:15:28





NOME DO PACIENTE: Vicente Ferreira da Cost -

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 527629

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".





Num. 10888252 - Pág. 13



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 819991945	Nº REGULAÇÃO: 98828	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: VICENTE FERREIRA DA COSTA		NASCIMENTO: 13/10/1956

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: 02/11/2019 10:39:28			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA DIAFISE DO UMEROS			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 120x70(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 87bpm	SATURAÇÃO: 97%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 20rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 02/11/2019 11:17:29
<p><i>Dr. Fernando Nunes de Castro</i> Coloproctologia Cirurgia Geral CRM-PI 4195</p> <p>MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO</p>

Kassia Janyne Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Confere com Original

Kassia Janyne Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Confere com Original





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

258072

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

250912

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA

6 - Prontuário: 527629

7-CNS: 898002934955496

8-Nascimento: 13/10/1956

9-Sexo: Masculino

CPF: 646.717.203-53

11-Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO

12-Fone: 86-99401-763

13-Resp: MARIA

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: QD 66 LT 03 CS A - PROMORAR - 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:

FRATURA DE UMEROS

21 - Condições que justificam a internação:

RX

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do úmero

24-CID Prim:

S423

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408020393

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO UMEROS

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF 787.098.575-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

RICARDO SOARES VALENÇA

34-Data Solicitação:

02/11/2019

35-Ass. de Enfermagem (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No. Bilhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (VALDENICE MENDE)

Consulta Local: 749717

Consulta SUS:

Impressão: 02/11/2019 17:10:03



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209343940800000010324150

Número do documento: 20072209343940800000010324150



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	250912

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA	6 - Prontuário: 527629		
7-CNS: 898002934955496	8-Nascimento: 13/10/1956	9-Sexo: Masculino	CPF: 646.717.203-53
11-Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO	12-Fone: 86-99401-763		
13-Resp: MARIA	14-Fone: 86-99401-763		
15-Ender: QD 66 LT 03 CS A - PROMORAR - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408020393	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: SPINE		

38-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 06/11/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 787.098.575-91
41-Assinatura Med. Sol. (CRM): DR. JOEL CAMPOS NETO	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Lesão / fratura hum, no ant. m. d. -

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):	

(ANTONIO EURIIVAN)





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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 73621 - Em: (02/11/2019)

Atendimento	250912	Prontuário	527629	Paciente	VICENTE FERREIRA DA COSTA	Dt. Nasc.	13/10/1956	Clinica	POSTO 2	Enfermaria	ENFERMARIA 104	Leito	LEITO 06	Médico Assistente	RICARDO SOARES VALENÇA	
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:														
Hora:		Alergias:														
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:				Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
Dietas	ORAL Tipo DM, Nutricionista															
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO				1,00	Frasco	EV	24/24h								
2	MANTER ACESSO				1,00	Ampola	EV	6/6h								
3	TRAMADOL 20MG/ML INJETÁVEL				1,00	Ampola	EV	12/12h								
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL				1,00	Ampola	EV	12/12h								
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.				1,00	Ampola	EV	8/8h								

Observações Gerais:

- GLICEMIA CAPILAR 6/6h
- INSULINA REGULAR CONFORME GLICEMIA CAPILAR:
- 181 - 200: 2 UI
- 201 - 250: 4 UI
- 251 - 300: 6 UI
- 301 - 350: 8 UI
- > 351: 10 UI
- GLICOSE 50% 4 AMP EV SE GLIC CAPILAR < 70 MG/DL
- CCGG

Assinatura Eletrônica
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Confere com Original

populacional 500y w 6/6h
leptotene 50y w 7/11/23

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3768 - TEO: 11.005
Tel: (86) 98294-0561

(RICARDO VALENÇA)

02/11/2019 17:09:20

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/11/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Vicente Ferreira da Costa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>527629</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Parto Normal</u>	CIRURGIA: <u>Parto Normal</u>
ANESTESIA: <u>bloqueio + sedação</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Joel</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Citara</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Denise</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Ana Gláucia</u>	SRF Nº: _____

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 1930 CPF: 386.881.315-88

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI n°24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7½/8.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0/6½	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	—	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		basconas	—	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA	—	05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletródos	—	02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepom			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº-3.0	—	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL Nº-0	—	0		CIRCULANTE: <u>Leidys Gonçalves</u>			
PROLENE							

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 1930 CPF: 386.881.315-88

João Paulo Parente Cavalcante
Matrícula: 69904
SANE - HUT
Confira com Original



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209343940800000010324150

Número do documento: 20072209343940800000010324150

Num. 10888252 - Pág. 19

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Vicente Pereira da Costa</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>06.11.19</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>ASA II (HAST + DM)</u>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u>Alergia dipirona, AAS</u>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>sem titulação</u>					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fx de úmero (e)</u>					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES				
1	2	o Cefazolin 1g				
3	3	o Diclofenaco				
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	4mg				
	400	o Bextra 1Fr				
	300	o Ondansetron				
	200	4mg				
	100	SEQUÊNCIA				
TEMPERATURA	Cº	1 Seclap				
T	260	2 fentanil 75µ				
	240	3 midazolam				
	2	4 Bloqueio				
P. ARTERIAL	38	5 intercostal				
V	200	6 + supracostal				
O	180	7 pulso c/ U.S.				
PULSO	160	8				
	140	9				
	120	10				
INÍCIO E FIM ANESTESIA	100	11				
X	80	12				
	60	13				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	40	14				
	20	15				
RESPIRAÇÃO	10	DURAÇÃO				
O		agulha d				
SÍMBOLOS		INCIDENTE - ACIDENTE				
TÉCNICAS <u>Seclap + bloqueio</u>		artimuloplex A-5t				
OPERAÇÕES		hido coime 1,5% 10				
CIRURGIÕES		rofixo coime 0,75				
ANESTESISTAS		20 m				
		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO				
		IMEDIATAS				
PARITICULARIDADES						

76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209343940800000010324150>

Número do documento: 20072209343940800000010324150

Num. 10888252 - Pág. 20

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057336/20

Número do Sinistro: 3200070550

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

CPF: 646.717.203-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: VICENTE FERREIRA DA COSTA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/03/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO
CPF: 749.689.716-72

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA
RG: 2086082 Órgão Emissor: SSP-PI
CPF: 646.717.203-53 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: CASADO Profissão: PEDEIRO
Endereço: Q. Raimundo Portela A. 66 Lot. N° 03 C. A
Bairro: Promove Cap: _____ Cidade/UF: TERESINA-PI
Telefone: (66) 93807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro N° 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

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

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA
CPF: 646.717.203-53 Data do Acidente: 02/11/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidade Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 28 NOVEMBRO 2019
Local e data

Vicente Ferreira da Costa
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO
Themistocles
Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Manoel Nogueira, 123 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0102 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br
Título: Anúncio Genérico de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE VICENTE FERREIRA DA COSTA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 28/11/2019. Selo: AAN65198-BUSK
www.tjpi.jus.br/portalexta

KELLY DE ABREU VALVERDE - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 SMDP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 191
PROCURAÇÃO PARTICULAR

3º OFÍCIO DE NOTAS

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kelly de Abreu Valverde
Escrivente Autorizada
Teresina - PI





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Data do exame: 18/11/2019

Id Paciente: LA246423

Data do laudo: 20-11-2019

Raio X de Braço Esquerdo

Fratura no terço médio do úmero fixada com placa e parafusos metálicos.

Espaços articulares preservados.

Aumento do volume da densidade de partes moles.

DR. IVAN FONTENELE GOMES
CRM-PI 2426





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: Hospital ProMorar

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Data do exame: 14/01/2020

Id Paciente: 78364HP

Data do laudo: 15-01-2020

Raio X de Úmero Esquerdo

Osteossíntese do úmero com placa e parafusos de fixação.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373



FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019
15:39:20

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA VICENTE, FERREIRA DA COSTA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956

CENTE, FERREIRA DA COSTA
33Y M LA246423
Nasc: 13/10/1956

BRACO, LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

BRACO
UP_EXM
Im: 1 / 2
2140 X 880

E

E

44.29%

44.29% W: 1023 L: 511

W: 1023 L: 511



VICENTE, FERREIRA DA COSTA
063Y M 78364HP
Nasc: 13/10/1956
UMERO, FRN
UP_EXM
4280 X 3520

W: 1023 L: 511



ESQ

HOSPITAL DO PROMORAR
14/01/2020
08:59:17

44.29



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200070550 **Cidade:** Miguel Alves **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P5/11_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **KEITLY MOURA DE OLIVEIRA**

DOC. IDENTIFICATÓRIO: **2212129 SSP PI**

CPF: **839.502.303-00** DATA NASCIMENTO: **18/12/1979**

FUNÇÃO: **ANTONIO JONES DE OLIVEIRA**
EVA MOURA DA SILVA

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CAT: **3**

REGISTRO: **07318478449** VALIDADE: **20/08/2020** FIM DA VALIDADE: **21/08/2019**

OBSERVAÇÕES:

Keitly Moura de Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO: **21/09/2019**

SERIAL: **55070806293**
82/10771158

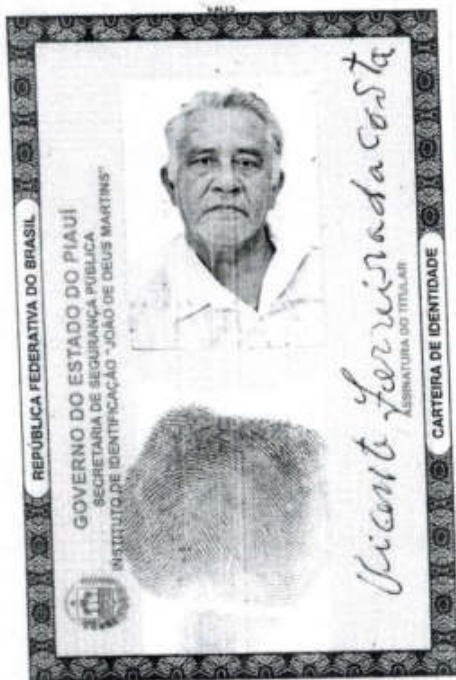
ASSINATURA DO EMISSOR

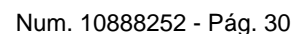
PIAUI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR
1919872460









COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

CONTA MÊS
SETEMBRO/2019

VENCIMENTO
01/10/2019

CONSUMO (kWh)
162

TOTAL A PAGAR (R\$)
164,27

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

ROT: 17.001.31.11.020100

LEP: 04.000-902 - FERESINA		R01: 17.001.31.11.020100	
DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	13692	Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 162 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,50
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,62
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	7,48
IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC			
	Normal	Trimestral	Anual
Limite	5,31	10,63	21,25
Realizado	0,00		
FIC			
	Normal	Trimestral	Anual
Limite	3,11	6,23	12,45
Realizado	0,00		
DMIC			
	Normal	Trimestral	Anual
Limite	3,03		
Realizado	0,00		
Composto	TERESINA-MACALIBA	Período de apuração:	07/2019
		EURO:	53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM	

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209343940800000010324150

Número do documento: 20072209343940800000010324150



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Moura de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Vicente Ferreira da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.417.203.53
do sinistro de DPVAT cobertura Imunidade da Vítima Vicente Ferreira da Costa
inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.417.203.53 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: 24 de Janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Turino</u>	Estado: <u>PJ</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99472 9591</u>

Local e Data: Turino - Piauí 03.02.2020

Keylly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante

001 V001/2017





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

646.717.203-53

4 - Nome completo da vítima:

Vicente Ferreira da Costa

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

5 - Nome completo:

Vicente Ferreira da Costa

7 - Profissão:

Recebeiro g. Remuneração Total SIN

8 - Endereço:

Quilombo 511

11 - Bairro:

Quilombo

12 - Cidade:

Terreiros

6 - CPF:

646.717.203-53

9 - Número:

C.A.

10 - Complemento:

64.661+03

15 - E-mail:

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.000

16 - Tel.(DDD):

(86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

22 - DADOS BANCÁRIOS (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

338701

CONTA:

10781

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 03.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

14180



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209343940800000010324150

Número do documento: 20072209343940800000010324150



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

646.717.203-53

4 - Nome completo da vítima:

Vicente Ferreira da Costa

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

5 - Nome completo:

Vicente Ferreira da Costa

7 - Profissão:

Recebeiro g. Remuneração Portão SIN

8 - Endereço:

11 - Bairro:

Guomour

12 - Cidade:

Termino. r

6 - CPF:

646.717.203-53

9 - Número:

C.A

10 - Complemento:

64.661+03

15 - E-mail:

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.000

16 - Tel.(DDD):

(86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

338703

CONTA:

10781

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurador Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Termino. Pium 03.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1414



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209343940800000010324150

Número do documento: 20072209343940800000010324150



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000194/2019-41

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Resp. pelo Registro: Yuziane Da Silva Franco

Data/Hora: 28/11/2019 - 11:28

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE MIGUEL ALVES

Tipo Local

OUTROS

Município

MIGUEL ALVES

Endereço

ESTRADA ENTRE MIGUEL ALVES, Nº:

Complemento

Data/Hora

02/11/2019 - 05:00

Bairro

NÃO INFORMADO

Ponto de Referência

575854

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA

RG: 2086082

Mãe: MARIA DAS DORES CARRVALHO

Pai: ZACARIAS FERREIRA DA COSTA

Endereço: CONJUNTO PROMORAR QUADRA 66 LOTE 3 CASA A, Nº

Bairro: PROMORAR

Cidade: TERESINA - CEP: 64027-150

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: JAIME MARTINS DE SANTANA

RG: 1183395 SSP PI

Mãe: ANA DE SOUSA MARTINS

Pai: FRANCISCO ROMAO DE SANTANA

Endereço: RUA APOLO TADEU, Nº 4574

Complemento: SETOR DA PALITOLÂNDIA

Bairro: VILA IRMÃ DULCE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEICULO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - FORD. Ranger Cab. Dupla

2001 LVN6621 BAFERH13D11J189780

00750713151

Cinza

Condutor: JAIMES MARTINS DE SANTANA

Cidade: TERESINA UF: PI Bairro:

Proprietário: JAIMES MARTINS DE SANTANA

Cidade: TERESINA UF: Bairro: ESPLANADA

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE NO DIA 02/11/2019 AS 5 HORAS DA MANHA O CARRO DESCONTROLOU EM CIMA DE UMA PONTE; QUE EU ESTAVA ME DESLOCANDO PARA O MUNICÍPIO DE MIGUEL ALVES; QUE TIVE FRATURAS NO BRAÇO ; QUE PASSEI PRO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS; QUE LEVEI PANCADA NA CABEÇA E PERDI MUITO SANGUE; QUE EU ERA PASSAGEIRO; QUE QUEM ESTAVA DIRIGINDO O VEICULO ERA "PASSARINHO DO ACORDEON";QUE DEPOIS DO ACIDENTE FUI SOCORRIDO EM MIGUEL ALVES E DEPOIS TRANSFERIDO PARA TERESINA; QUE O CARRO FOI QUASE PERDA TOTAL; QUE AO FINAL O NOTICIANTE APRESENTOU NESSA GERENCIA O PRONTUARIO DE NUMERO 527629 EXPEDIDO PELO HUT




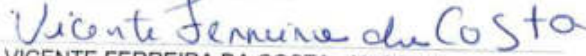


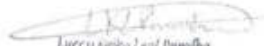
Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

959 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000194/2019-41


Yuziane Da Silva Franco - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA


VICENTE FERREIRA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação


Luccy Henrique Leal Parafina
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat. 196.335-7

Ocorrência emitida em: 28/11/2019 10:28 - SisBO@2011-2019 AT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

646.717.203-53

4 - Nome completo da vítima:

Vicente Ferreira da Costa

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

5 - Nome completo:

Vicente Ferreira da Costa

7 - Profissão:

Recebeiro g. Remuneração Portão SIN

8 - Endereço:

11 - Bairro:

Quomour

12 - Cidade:

Termino. r

6 - CPF:

646.717.203-53

9 - Número:

C.A

10 - Complemento:

64.661+03

15 - E-mail:

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.000

16 - Tel.(DDD):

(86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

22 - CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

23 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

338703

CONTA:

10781

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

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.

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

☒

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Termino. Pium 03.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1/1/10



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209343940800000010324150

Número do documento: 20072209343940800000010324150

Num. 10888252 - Pág. 37



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, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200070550

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VICENTE FERREIRA DA COSTA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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: **VICENTE FERREIRA DA COSTA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001987**

Conta: **0000010721-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200070550

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICENTE FERREIRA DA COSTA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 06/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00231/00232 - carta_09 - INVALIDEZ

00070116



Carta nº 15587061





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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200070550

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICENTE FERREIRA DA COSTA

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,

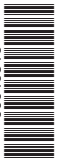
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15513055

Pag. 01091/01092 - carta_01 - INVALIDEZ

00040546



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:	21/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICENTE FERREIRA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000010721-4

Nr. da Autenticação DDDF1A50CCAB59D5



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA
RG: 2086082 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 646.717.203-53 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: CADADO Profissão: PEDEIRO
Endereço: R. Raimundo Portela A. 66 Lot. N° 03 C A
Bairro: Promove Cap: _____ Cidade/UF: TERESINA-PI
Telefone: (86) 93807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro N° 554 Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

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

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA
CPF: 646.717.203-53 Data do Acidente: 02/11/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 28 NOVEMBRO 2019
Local e data

Vicente Ferreira da Costa
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Liberdade N° 100 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 321-4128 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br
Titular: Anastácia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE VICENTE FERREIRA DA COSTA DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 28/11/2019. Selo: AAN65198-BB8F
www.tjpi.jus.br/portalejra

KELLY DE ABREU VALVERDE - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Empl: 3.85 TJ: 0.77 FIDP: 0.10 Selo: 0.26 Total: 4.98 - OP: 191
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kelly de Abreu Valverde
Escrivente Autorizada
Teresina - PI



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045524/20

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

CPF: 646.717.203-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: VICENTE FERREIRA DA COSTA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

VICENTE FERREIRA DA COSTA : 646.717.203-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/02/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045524/20

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

CPF: 646.717.203-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: VICENTE FERREIRA DA
COSTA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

VICENTE FERREIRA DA COSTA : 646.717.203-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/02/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

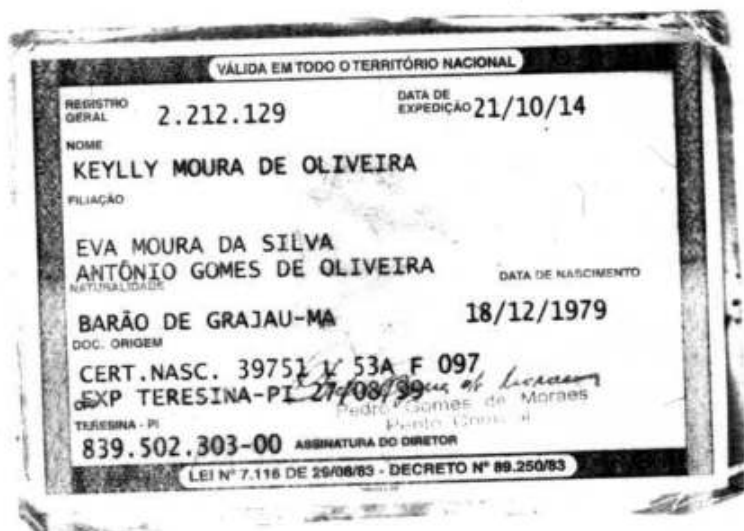
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

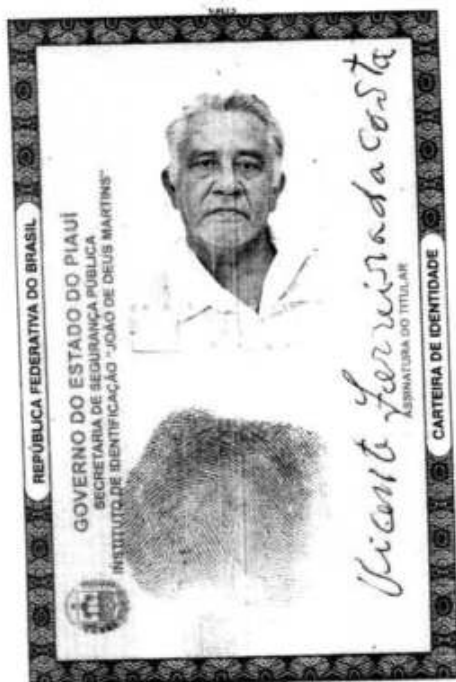
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior







PRACA RAUL DA SILVA COSTA, SIN - CENTRO
CNPJ: 04795000/0001-29
FONE: 9 9566-9714
CEP: 84.138-000 - LAGOA ALEGRE-PI

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CARTÃO DO SUS Nº

NOME: Vicente Ferreira da Costa

Profissão:

Sexo: () Nasc: 13/10/56

Pal:

Filiação

Mãe:

Endereço: 866 L03 CA, Pasadena - Tassinari

Municipio: Gerena

Estado

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

Data do Atendimento: 05.11.19 Hora: 13h21

PA: 160-1142 GC: 234 TAX.: P. 90 Sp02: 99

Motivo do Atendimento e descrição médico

[illegible]

450 2 in 10. plomex copolymers, 2 veyn.

Refers to the 1st of the 1950s, and the 1950s

after sleep - 10:00 AM, 10:00 AM

EXAMES COMPLEMENTARES

Les 100000 francs / 100000 / 100000, 100000 francs de l'année /

Região Este de São Paulo / 2016

Definición: Defina el concepto de "Definición".

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO *Depressão*
Depressão de fase - mista com características de mania

no paper. but kept

reflexos indirectos :
 Em este paciente, a UFA promoveu o espasmo de massa condutiva
 para orelhas complementares interessando paraflexia em ventral de



**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153
TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

26/11/2019
CONFERE COM O ORIGINAL
LPA Promorar

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 02/11/2019 10:15:29

(User: FERNANDA NUNES)

(Estação: CONSULTOR1001)

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA		Prontuário: 133817
Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO	Pai:	
End.Resid.: QD 66 LOTE 10 CASA A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 13/10/1956	Idade: 63a0m20d	Sexo: Masculino Fone: 86-99401-763
Responsável: O MESMO	CNS: 898002934955496	
Profissão:	Documento: CPF: 646.717.203-53	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 496213	Entrada: 02/11/2019 10:04:39	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO/TRANSPORTE OUTROS VEÍCULOS			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM MEMBROS	Classificação: DOR MODERADA	Cor: Amarelo
Breve História Cias. Risco: REFERE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), APRESENTA LESÃO EM FRONTE COM CURATIVO OCLUSIVO, E DOR EM MIE COM MEMBRO IMOBILIZADO. ALERGIAS: DIFIRONA E AAS. DPE: NAS, CM. GC 157 MG/DL		PAULA RODRIGUES LIMA COREN 494034 Em: 02/11/2019 10:10:10

SSVV: (Hora: ____:____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 98 bpm	Pressão: 150X99 mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: paciente com relato de acidente de carro com capotamento há 5 horas, em Miguel Alves Foi atendido em Lagoa alegre, onde foi suturado na frente
--

Diagnóstico Inicial: ?	542.3	CID:
----------------------------------	-------	-------------

Exames Complementares: rx do ombro e braço esquerdo	→ Fratura de topo do úmero esquerdo
---	-------------------------------------

Prescrição Médica: solicito regulação por ortopedista

Motivo da Alta/Encerramento: Encaminhado para Exames	DATA: / /	HORA: 10:15:28 FERNANDA NUNES DE CASTRO CRM-PI 4195
--	------------------	--

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDA NUNES DE CASTRO
CRM PI 4195 Em: 02/11/2019 10:15:28



NOME DO PACIENTE: Vicente Ferreira da Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 527629

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

- ~~NEURO~~ (OK)
- OKTOPODIA OK
- CIR. GERAL

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 02/11/2019 12:50:23

(User: GILBERTO)

(Estação: CONSULTA03)

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA		Prontuário: 527629
Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO	Pai:	
End.Resid/: QD 66 LT 03 CS A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 13/10/1956	Idade: 63a0m20d	Sexo: Masculino Fone: 86-99401-763
Responsável: MARIA		CNS: 898002934955496
Profissão: COMERCIANTE		Documento: CPF: 646.717.203-53
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 749717	Entrada: 02/11/2019 12:33:06	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: AGRESSÃO	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, CORTE EM FRENTE SUTURADO, REFERE DOR, EDEMA NO MSE		Cor: Amarelo
		JULIA FERNANDA DOS SANTOS SENE COREN 276415 Em: 02/11/2019 12:39:23

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:	
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO) AVINDO DA UPA DO PROMORAR, RELATA DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, E EM OMBRO ESQUERDO	
A) VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICA SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA	
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 99.BPM, SAT 02:100%	
C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.	
D) PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE	
E) ESCORIAÇÃO EM FACE	
Diagnóstico Icial: ?	CID:

Exames Complementares:
(1350923) - T.C. DE CRÂNIO
(1350924) - PÉLVIS
(1350925) - COXA DIREITA

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

Dra. Fatima Brito

MÉDICA
CRM-PI 6957

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 02/11/2019 12:50:22

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209343940800000010324150>

Número do documento: 20072209343940800000010324150

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Vicente Pereira do Costa</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>06-11-19</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>ASA II (HA+DM)</u>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u>Alergia clonidine, AAS</u>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>roncospina</u>					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fx de úmero (E)</u>					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES				
1	2	o Cefazolin 1g				
3	3	o Diclofenaco				
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	4mg				
	400	o Bextra 1Fr				
	SANGUE 300	o Ondansetron				
	200	4mg				
	OUTROS 100	SEQUÊNCIA				
TEMPERATURA T	C°	1 Sedação				
P. ARTERIAL V O PULSO	38	2 fentanyl 7.5µg				
	200	3 midazolam				
	180	4 Bloqueio				
	160	5 intubação				
	140	6 + sução				
	120	7 pulso CIUS				
	100	8				
	80	9				
	60	10				
	40	11				
	20	12				
	10	13				
		14				
		15				
SÍMBOLOS		DURAÇÃO agulha de				
TÉCNICAS <u>Sedação + bloqueio</u>		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES		estímulo plex A5C				
CIRURGIÕES		do do coime 1.5/ 10				
ANESTESISTAS		rofix coime 0.75/ 20 ml				
		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
PARITICULARIDADES						

16 - HUT



Atestado : 15:30

por de 4 anos B
interior
ultra

Neurocirurgia

TCE após captação,

Glasgow 15

Tc de crânio: sem patologias neurocirúrgicas

CD: Sem condut. neurocirúrgica

alta de NCR

unidade clínica.

Dr. Ricardo
Otopédia - Trau.
CRM: 3768 - Tel.
1111 (06) 9888-8888

Dr. Esmael Barros de Oliveira
Neurocirurgião
CRM-PI 5084 RCE 2144

Rosângela Pinheiro Gonçalves
Matrícula: 89904
SAME - HUT
Confira com Original



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 819991945	Nº REGULAÇÃO: 98828	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: VICENTE FERREIRA DA COSTA		NASCIMENTO: 13/10/1956

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: 02/11/2019 10:39:28			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA DIAFÍSE DO UMEROS			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 120x70(mmHg)		FREQ. CARDÍACA: 87bpm	SATURAÇÃO: 97%
GLICEMIA:		NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	FREQ. RESPIRATÓRIA: 20rpm
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 02/11/2019 11:17:29

Dra. Fernanda Nunes de Castro
Coloproctologia
Cirurgia Geral
CRM-PI 4195

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Kassio Juarez Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Confirmação Orçamentária

Kassio Juarez Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Confirmação Orçamentária





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

258072

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	250912

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA	6 - Prontuário: 527629			
7-CNS: 898002934955496	8-Nascimento: 13/10/1956	9-Sexo: Masculino	CPF: 646.717.203-53	
11-Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO	12-Fone: 86-99401-763			
13-Resp: MARIA	14-Cor: Sem Informação			
15-End: QD 66 LT 03 CS A - PROMORAR - 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: FRATURA DE UMEROS			
21 - Condições que justificam a internação: RX			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): RX			
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da diáfise do úmero	24-CID Prim: S423	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020393	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO UMEROS	Tempo SUS 2	
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 02/11/2019	35-Assinatura do Profissional Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA	36-Assinatura do Profissional Autorizador: EDNAN SOARES COUTINHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:				Usuário: (VALDENICE MENDES) Consulta Local: 749717 Consulta SUS: Impressão: 02/11/2019 17:10:03





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	250912

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA			6 - Prontuário: 527629
7-CNS: 898002934955496	8-Nascimento: 13/10/1956	9-Sexo: Masculino	CPF: 646.717.203-53
11-Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO	12-Fone: 86-99401-763		
13-Resp: MARIA	14-Fone: 86-99401-763		
15-Ender: QD 66 LT 03 CS A - PROMORAR - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408020393		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- data:
0702030902	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)		1
Fornecedor da OPM: SPINE			

38-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 06/11/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 787.098.575-91

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Caro(a) / Sr(a) Usm, no a ltr do

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

(ANTONIO EURIVAN)





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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 73621 - Em: (02/11/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt. Naso.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
250912	527629	VICENTE FERREIRA DA COSTA	13/10/1956	POSTO 2	ENFERMARIA 104	LEITO 06			
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora:		Alergias:							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo DM, Nutricionista CRN6 2600								
1	CLORITO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO		1,00	Frasco	EV	24/24h			
2	MANTER ACESSO								
3	TRAMADOL 20MG/ML, INJ. 2ML		1,00	Ampola	EV	6/6h			
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL SE DOR REFRATÁRIA		1,00	Ampola	EV	12/12h			
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. SE NAUSEAS OU VÔMITOS		1,00	Ampola	EV	8/8h			

Observações Gerais:

- GLICEMIA CAPILAR 6/6H

- INSULINA REGULAR CONFORME GLICEMIA CAPILAR:

180 - 0 181 - 200: 2 UI 201 - 250: 4UI

261 - 300: 6 UI 301 - 350: 8 UI > 351: 10 UI

GLICOSE 30% 4 AMP EV SE GLIC CAPILAR < 70 MG/DL

COGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

CGGG

18 06h

18 06h

18 06h

prolactina 500y w 6/6h

leptire 50y w 7/7h

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia Traumatologia
CRM: 3746 - 45131 43105
Tel: (66) 7833-40561





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/11/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Vicente Ferreira da Costa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>527629</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Parto Normal</u>	CIRURGIA: <u>R&T, parto</u>
ANESTESIA: <u>bloqueio + sedação</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Joel</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>CRISTINA</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Denise</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Ana Gláucia</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI n.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 7.2/8.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0/6.2	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	-	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	300	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 30ml	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		basomax	-	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA	-	05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				obstrução	-	02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				vapores			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON n.º 3.0	-	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL n.º 0	-	0		CIRCULANTE: <u>Joelma Gonçalves</u>			
PROLENE							



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209343940800000010324150>

Número do documento: 20072209343940800000010324150

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Lorena de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Vicente Ferreira de Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.417.203.53
do sinistro de DPVAT cobertura Imunidade da Vítima Vicente Ferreira de Costa
inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.417.203.53 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: 24 de fevereiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Turina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99472 9591</u>

Local e Data: Turina - Piau 03.02.2020

Keylly Lorena de Oliveira
Assinatura do Declarante

