

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface. The main window displays a Microsoft Word document titled "Microsoft Word - 2735574\_CONTESTACAO". The document header includes the case number "2735574-C3/2020-02607/ INVALIDEZ" and the law firm logo "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The body of the document reads "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". The left sidebar shows a hierarchical list of documents under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO", including items like "10888246 - CONTESTAÇÃO (2735574 CONTESTACAO 01)", "10888252 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)", and "10888253 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)". The bottom of the screen shows a taskbar with various icons and a system tray indicating the date and time as 22/07/2020 09:35.



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	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO





EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI  
CNPJ 04.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SERAZ 06/98

CONTA MES  
DEZEMBRO/2019

VENCIMENTO  
31/12/2019

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.

CONSUMO (kWh) 127 TOTAL A PAGAR (R\$) 117,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL  
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO  
CPF: 00059007125328  
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 Médio: 127 Emissão: 23/12/2019  
Consumo Faturado: 127 FCAM Apresentação: 24/12/2019  
Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: 29  
Dias de Consumo:

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Pnt.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	154
Mês/ano consumo					
NOV/19	143	CONSUMO 127 A R\$ 0,847425 = 107,62			
OUT/19	177	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP) 9,65			
SET/19	162	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,40			
AGO/19	158	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,90			
JUL/19	151				
JUN/19	154				
MAI/19	140				
ABR/19	143				
MAR/19	153				
FEV/19	204				
TARIFA SEM TRIBUTOS:	8 A 127 - 0,533612				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$  
11/2019 149,73

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de  
energia elétrica a partir de 06/01/2020. O não pagamento, por  
exemplo, também é inclusão do nome do consumidor na  
SENSA. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar.




**PRAÇA RAUL DA SILVA COSTA, SIN - CENTRO**  
 CNPJ: 64799000/0001-29  
 FONE: 9.9566-9714  
 CEP: 84.138-000 - LAGOA ALEGRE - PI

**BOLETIM DE ATENDIMENTO**

**CARTÃO DO SUS Nº** \_\_\_\_\_  
**NOME:** Thierry Fernandes da Costa  
**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** ( ) **Nasc.:** 13 / 10 / 56  
**Pai:** \_\_\_\_\_  
**Filiação**  
**Mãe:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** R 66 L 03 C A, Piemonte - Tocantins  
**Município:** Piçarras **Estado:** \_\_\_\_\_

**DADOS SOBRE O ATENDIMENTO**

**Data do Atendimento:** 05/08/2010 **Hora:** 18:49  
**PA:** 100 **GC:** 234 **TAX:** \_\_\_\_\_ **P:** 90 **Sp02:** 99

**Motivo do Atendimento e descrição médica**  
Paciente seixal de ferido, acidente de trânsito (corte de  
capacete de moto) ferido - 1h. Sintoma de trauma - ferido  
luso - 1m 70 - Olhos vermelhos, 2 dias.  
após exame médico no hospital - medicação  
após atend - dispensa - PMS.

**EXAMES COMPLEMENTARES**

Exames complementares: levar contabilizar PMS /  
exames complementares: exames de rotina  
exames complementares: exames de rotina

**DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico: lesão de face - contusão - contusão -  
referência: ferido +  
paciente: UPA Piemonte - hospital de dia - ferido.  
Paciente realizou complementar: referência: ferido -



**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  
CONCORDO COM O ORIGINAL  
FERNANDA NUNES DE CASTRO

Imp: 02/11/2019 10:15:29  
(User: FERNANDA NUNES)  
(Estação: CONSULTORIO001)

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

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

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

<b>SSVV:</b>	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: 98 bmp	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 fronte

<b>Diagnóstico Inicial:</b> ?	<b>CID:</b>
----------------------------------	-------------

<b>Exames Complementares:</b> rx do ombro e braço esquerdo	→ Fratura de dípina do úmero esquerdo
---	---------------------------------------

<b>Prescrição Médica:</b>
Colicato respondeu por ortopedista

<b>Motivo da Alta/Encerramento:</b> Encaminhado para Exames	<b>DATA:</b> / /	<b>HORA:</b> FERNANDA NUNES DE CASTRO Coloproctologia Urgia Geral CRM-PI 4195
--	------------------	--

<b>Assinatura Paciente ou Responsável</b>	FERNANDA NUNES DE CASTRO CRM PI 4195 Em: 02/11/2019 10:15:28
---	---



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

Data/Hora

02/11/2019 - 05:00

DP DE MIGUEL ALVES

Tipo Local

OUTROS

Bairro

Município

NÃO INFORMADO

MIGUEL ALVES

Endereço

ESTRADA ENTRE MIGUEL ALVES, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

575854

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

Nome: JAIME MARTINS DE SANTANA

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO

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

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: JAIMES MARTINS DE SANTANA

Cidade: TERESINA UF: PI Bairro:

Proprietário: JAIMES MARTINS DE SANTANA

Cidade: TERESINA UF: Bairro: ESPLANADA

RELATO DA OCORRÊNCIA

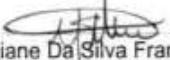
QUE NO DIA 02/11/2019 AS 5 HORAS DA MANHÃ O CARRO DESCONTROLOU EM CIMA DE UMA PONTE; QUE EU ESTAVA ME DESLOCANDO PARA O MUNICÍPIO DE MIGUEL ALVES; QUE TIVE FRATURAS NO BRAÇO; QUE PASSEI PRC PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS; QUE LEVEI PANCADA NA CABEÇA E PERDI MUITO SANGUE; QUE EU ERA PASSAGEIRO; QUE QUEM ESTAVA DIRIGINDO O VEÍCULO 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 GERÊNCIA O PRONTUÁRIO DE NÚMERO 527629 EXPEDIDO PELO HUT

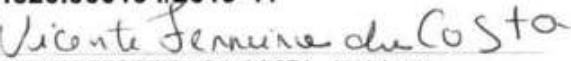


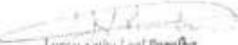
**Governo do Estado do Piauí**  
**Secretaria de Segurança Pública**  
**Delegacia Geral de Polícia Civil**  
**SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência**

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 Ferreira da Costa  
Delegado de Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.333-7



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. 6

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 646.111.203.53 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 N° 445/2012

5 - Nome completo: Vicente Ferreira da Costa 6 - CPF: 646.111.203-53  
 7 - Profissão: 8 - Endereço: Vicente Ferreira da Costa S/N 9 - Número: 10 - Complemento: 111.000-000  
 11 - Bairro: 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000  
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 994129591

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3987 CONTA: 304721 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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.

PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina - Piauí 03.02.2020  
 x Vicente Ferreira da Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS	Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
	2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Vincente Ferreira da Costa</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012					
5 - Nome completo:	<i>Vincente Ferreira da Costa</i>		6 - CPF: <i>646.711.203-53</i>	7 - Profissão: <i>Vendedora</i>	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número: <i>601</i>	10 - Complemento: <i>lote 03</i>	11 - Bairro: <i>Flamboyant</i>	12 - Cidade: <i>Teresina - PI</i>
13 - Estado: <i>PI</i>	14 - CEP: <i>64.000.000</i>	15 - E-mail: <i>(86) 994729591</i>	16 - Tel.(DDD): <i>(86) 994729591</i>	17 - Nome completo do Representante Legal:	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR					
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:		Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00					
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)					
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
AGÊNCIA: <i>3987 08</i>	CONTA: <i>304721</i>	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)			
Autorizo a Seguradora Lider 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					
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul> 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 Lider 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.					
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nasceu)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - Representante digital da vítima ou beneficiário declarante					
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 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____					
39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____					
40 - Local e Data, <i>Teresina - Piauí 03.02.2020</i>					
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>Vincente Ferreira da Costa</i>					
43 - Assinatura do Procurador (se houver) <i>Willy Nelly de Mello da Costa</i>					
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

**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  
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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDA



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. 9



PRAÇA RAUL DA SILVA COSTA, S/N - CENTRO  
CNPJ: 64799000/0001-29  
FONE: 9 8566-9714  
CEP: 64.136-000 - LAGOAALEGRE-PI

## BOLETIM DE ATENDIMENTO

CARTÃO DO SUS N°

NOME: Monte Fenniça da Costa

Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Nasc: 13/10/56

Pai: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: 866 L 03 CA, Paracuru - Paraíba

Município: Paracuru Estado: \_\_\_\_\_

## DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

Data do Atendimento: 05/08/2019 Hora: 18:59

PA: 100 GC: 234 TAX: \_\_\_\_\_ P: 90 SpO2: 99

### Motivo do Atendimento e descrição médica

Paciente queixa de dor refletida no lado esquerdo da face, no olho, no maxilar, levemente, de 1h. Durece de tempos em tempos, uso de analg. Doloroso (aperto contínuo), 2 vezs.  
Uma vez que a dor é de longa duração - uso de analg. -  
após alívio - desaparece, MAS.

## EXAMES COMPLEMENTARES

Exames: exame geral / LOTO / Conveniente, levar convite ao Pernold /  
ACEP: Fisiológico - Nada anormal. exame de coleta de material

## DIAGNÓSTICO

Exame da face - encontro de dor, alívio  
reflexos tendinosos.  
Paciente presente na UPA Paracuru, hospital da saude, residencia  
para avaliação complementar intensiva. possivel encontro 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

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

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

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

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

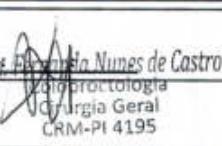
<b>Código:</b> 496213	<b>Entrada:</b> 02/11/2019 10:04:39	<b>Convênio:</b> S U S	<b>Proced:</b> 0301060061
<b>Motivo da Procura</b> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO/TRANSPORTE OUTROS VEÍCULOS			
<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

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

<b>SSVV:</b> (Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup> Pulso: 98 bmp Pressão: 150X99 mmHg
<b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b> paciente com relato de acidente de carro com capotamento há 5 horas, em Miguel Alves Foi atendido em Lagoa alegre, onde foi suturado na fronte
<b>Diagnóstico Inicial:</b> 592.3
<b>Exames Complementares:</b> rx do ombro e braço esquerdo → Fratura de diófise do úmero esquerdo

<b>Prescrição Médica:</b> Felicito hospitalar por ortopedista
--

<b>Motivo da Alta/Encerramento:</b> Encaminhado para Exames	<b>DATA:</b> / / .	<b>HORA:</b> / / .
 Fernanda Nunes de Castro Ortopedia Cirurgia Geral 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 lot

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 527629

**SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".







## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULACAO

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

### DADOS CLÍNICOS

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

<b>DATA:</b> 02/11/2019 11:17:29
<i>Dra. Fernanda Nunes de Castro Coloproctologia Cirurgia Geral CRM-PI 4195</i>

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

*Kusia Jannys Pimentel Cavalcante  
Matrícula: 69904  
SAME - HUT  
Confere com Original*

*Kusia Jannys Pimentel Cavalcante  
Matrícula: 69904  
SAME - HUT  
Confere com Original*





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

258072

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

FRATURA DE ÚMERO E

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 úmido

24-CID Princ:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S423

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

Tempo SU

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

02 01 CPF 787.098.575-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

RICARDO SOARES VALENÇA

02/11/2019

35-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

EDNAN SOARES VALENÇA (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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



**SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME** 2293

CNPJ 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte  
Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

E-mail: spinemedical@spinemedical.com  
**Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM** 118

(Assinatura e Câmbio) \_\_\_\_\_





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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>250912</b>

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408020393</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO</b>
31-Cod.Procedimento Especial <b>0702030902</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)</b>
Quant. Solicidada: <b>1</b>	

38-Profissional Responsável: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	40-Tp. Documento: CPF	41-No.Doc. Med. Solic.: <b>787.098.575-91</b>	42-Data Sol. CRM: <b>06/11/2019</b>	43-Data Sol. CRM: <b>06/11/2019</b>
39-Data Solicitação: <b>06/11/2019</b>				

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*(Assinatura) / RICARDO SOARES VALENÇA, no dia 06/11/2019*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
50-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
51-Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	52-Data Autorização:	53-CNS/CPF:

*Assinatura: RICARDO SOARES VALENÇA / Data: 06/11/2019 / CRM: 787.098.575-91 / Matrícula: 69304 / HUT / Ceará / Controle*

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

*(Assinatura) / ANTONIO EURIVAN*



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

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



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

08/07/2020

17:09:20

PRESCRIÇÃO MÉDICA N.º.: 73621 - Em: (02/11/2019)

Atendimento	Prontuário	Paciente:	Dr. Nasc.	Clinicas:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
250112	527629	VICENTE FERREIRA DA COSTA	13/10/1956	POSTO 2	ENFERMARIA 104	LEITO 06	RICARDO SOARES VALLENCA

Evolução:

Horas:

ANÉRGICO  
DIPIRONA

Alergias:

Diagnóstico/Comorbidades:

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons.:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
	ORAL Tipo DM Evelyn M. Alencar Nutricionista CRN6 2600								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FÍSIOTÓGICO) 500ML SIST. FECHADO MANTER ACESSO	1,00	Frasco	EV	24/24h				
2	DESISSA - SÉPTICA 500MG/ML INJ. 2ML	1,00	Ampola	EV	6/6h				
3	TRONOXICAM 20MG/ML DORSAL	1,00	Ampola	EV	12/12h				
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL SE DOR REFRATÁRIA	1,00	Ampola	EV	12/12h				
5	BROMOPRIDA 5MG/ML INJ. 2ML. SE NAUSÉAS OU VOMITOS	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

301 - 350: 8 UI

> 351: 10 UI

Matrícula: 69904  
SAME: 69904  
Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG: 69904

Conselho: 69904  
CCCG:



## 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: <i>Vivente Ferreira da Costa</i>		PRONTUÁRIO Nº: 527629
DIAGNÓSTICO:	<i>Pratina Unâncio</i>	CIRURGIA: <i>7470, Unâncio</i>
ANESTESIA:	<i>Alvejante + sedação</i>	Nº DA SALA: 05
CIRURGÃO:	<i>Dr. Joel</i>	CPF Nº:
AUXILIAR:	<i>Cátia</i>	CPF Nº:
ANESTESIA:	<i>Dr. Denise</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	<i>Ausa Glaydes</i>	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7/218.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7/01012	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.	—		<i>Bracolles</i>	—	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <i>elétricos</i> <i>brancos</i> <i>vermelhos</i>	—	05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG					—	02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 3.0	—	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 0	—	0		CIRCULANTE: <i>José Luis Gonçalves</i>			
PROLENE							

DR. JOSÉ LUIZ GONÇALVES NETO  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PI 1930 CPF: 386.881.313-88  
Matrícula: 69904  
Salvo com Originais  
Assinado Pessoalmente



## FOLHA DE ANESTESIA



## UNIDADE DE SAÚDE.

UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO																																																																																																																																																		
NOME DO PACIENTE <i>Vicente Pereira da Costa</i>																																																																																																																																																							
DATA: <i>06-11-19</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																																																																																																	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA																																																																																																																																																	
EXAMES DE URINA																																																																																																																																																							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>ASA II (M A ST DM)</i>																																																																																																																																																							
SISTEMA CRICULATÓRIO <i>Alergia cloridrato de amiodarona</i>					ELETROCARDIOGRAMA																																																																																																																																																		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>remediane</i>					ASMA	BRONQUITE																																																																																																																																																	
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO																																																																																																																																																				
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS																																																																																																																																																	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fx de úmoro (e)</i>			FÍSICOS																																																																																																																																																				
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADO AS		EFEITOS																																																																																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th rowspan="2">OXIGÉNIO</th> <th colspan="2">11:20</th> <th colspan="2">12:15</th> <th rowspan="2">TOTAL DE DÓSES</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">LÍQUIDOS</td> <td>SO-UTO 500</td> <td>500</td> <td>500</td> <td>500</td> <td>500</td> <td>0 Cefazolina 1/2</td> </tr> <tr> <td>400</td> <td>500</td> <td>500</td> <td>500</td> <td>500</td> <td>0 Dicometase</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">TEMPERATURA T</td> <td>260</td> <td>260</td> <td>260</td> <td>260</td> <td>260</td> <td>4 mg</td> </tr> <tr> <td>240</td> <td>240</td> <td>240</td> <td>240</td> <td>240</td> <td>0 Bextre 1/4</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P. ARTERIAL V O PULSO</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>0 Quindantra</td> </tr> <tr> <td>180</td> <td>180</td> <td>180</td> <td>180</td> <td>180</td> <td>4 mg</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">INÍCIO E FIM ANESTESIA X</td> <td>160</td> <td>160</td> <td>160</td> <td>160</td> <td>160</td> <td>SEQUÊNCIA</td> </tr> <tr> <td>140</td> <td>140</td> <td>140</td> <td>140</td> <td>140</td> <td>1 Scolar 400</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</td> <td>120</td> <td>120</td> <td>120</td> <td>120</td> <td>120</td> <td>2 Fentanil 75</td> </tr> <tr> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>3 midazolam</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">RESPIRAÇÃO O</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>4 Bloqueio</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>5 intubação</td> </tr> <tr> <td colspan="7"> </td> </tr> <tr> <td colspan="7">SÍMBOLOS</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TÉCNICAS <i>Seção c/ + bloqueio</i></td> <td colspan="4">INCIDENTE - ACIDENTE <i>entimuloplex 1/5</i></td> </tr> <tr> <td colspan="3">OPERAÇÕES</td> <td colspan="4">lidocaina 1,5%</td> </tr> <tr> <td colspan="3">CIRURGIÕES</td> <td colspan="4">ropivacaína 0,7%</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ANESTESISTAS <i>Dr. Antônio Cesar</i></td> <td colspan="4">0,020</td> </tr> <tr> <td colspan="7">CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS</td> </tr> <tr> <td colspan="7">PARTICULARIDADES</td> </tr> </tbody> </table>							AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	11:20		12:15		TOTAL DE DÓSES	1	2	3	4	LÍQUIDOS	SO-UTO 500	500	500	500	500	0 Cefazolina 1/2	400	500	500	500	500	0 Dicometase	TEMPERATURA T	260	260	260	260	260	4 mg	240	240	240	240	240	0 Bextre 1/4	P. ARTERIAL V O PULSO	200	200	200	200	200	0 Quindantra	180	180	180	180	180	4 mg	INÍCIO E FIM ANESTESIA X	160	160	160	160	160	SEQUÊNCIA	140	140	140	140	140	1 Scolar 400	INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	120	120	120	120	120	2 Fentanil 75	100	100	100	100	100	3 midazolam	RESPIRAÇÃO O	80	80	80	80	80	4 Bloqueio	60	60	60	60	60	5 intubação								SÍMBOLOS							TÉCNICAS <i>Seção c/ + bloqueio</i>			INCIDENTE - ACIDENTE <i>entimuloplex 1/5</i>				OPERAÇÕES			lidocaina 1,5%				CIRURGIÕES			ropivacaína 0,7%				ANESTESISTAS <i>Dr. Antônio Cesar</i>			0,020				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							PARTICULARIDADES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	11:20		12:15		TOTAL DE DÓSES																																																																																																																																																	
		1	2	3	4																																																																																																																																																		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	500	500	500	500	0 Cefazolina 1/2																																																																																																																																																	
	400	500	500	500	500	0 Dicometase																																																																																																																																																	
TEMPERATURA T	260	260	260	260	260	4 mg																																																																																																																																																	
	240	240	240	240	240	0 Bextre 1/4																																																																																																																																																	
P. ARTERIAL V O PULSO	200	200	200	200	200	0 Quindantra																																																																																																																																																	
	180	180	180	180	180	4 mg																																																																																																																																																	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	160	160	160	160	160	SEQUÊNCIA																																																																																																																																																	
	140	140	140	140	140	1 Scolar 400																																																																																																																																																	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	120	120	120	120	120	2 Fentanil 75																																																																																																																																																	
	100	100	100	100	100	3 midazolam																																																																																																																																																	
RESPIRAÇÃO O	80	80	80	80	80	4 Bloqueio																																																																																																																																																	
	60	60	60	60	60	5 intubação																																																																																																																																																	
SÍMBOLOS																																																																																																																																																							
TÉCNICAS <i>Seção c/ + bloqueio</i>			INCIDENTE - ACIDENTE <i>entimuloplex 1/5</i>																																																																																																																																																				
OPERAÇÕES			lidocaina 1,5%																																																																																																																																																				
CIRURGIÕES			ropivacaína 0,7%																																																																																																																																																				
ANESTESISTAS <i>Dr. Antônio Cesar</i>			0,020																																																																																																																																																				
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																																																																																																																																							
PARTICULARIDADES																																																																																																																																																							

76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40  
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209343940800000010324150>  
Número do documento: 20072209343940800000010324150

Núm. 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007220934394080000010324150>  
Número do documento: 2007220934394080000010324150

Num. 10888252 - Pág. 21

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA  
RG: 2086 082 Orgão Emissor: SSP-PI  
CPF: 646.717.203-53 Nacionalidade: BRASILEIRO  
Est. Civil: CASADO Profissão: PEDREIRO  
Endereço: C. Raimundo Portela s/nº 66 lotº 03 C A  
Bairro: Promoveu Cep: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: TERESINA - PI  
Telefone: (66) 93807-7870 ( )

### OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira  
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros  
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro N° 554, Bairro: Centro norte  
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí  
Telefone: (66) 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)

**Cartório Themistocles Sampaio**  
Rua Luizinho Magalhães, 1223 - Centro - CEP: 64006-200 - Teresina-PI - Fone: (66) 3221-6128 - E-mail: [edilene@cartoriothemistocles.com.br](mailto:edilene@cartoriothemistocles.com.br)

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE **VICENTE FERREIRA DA COSTA**,  
DOU FE EM TESTE DA VERDADE.  
Teresina-PI, 28/11/2019 Selo: AAM65198-BN8K  
[www.tjpi.jus.br/pontaextra](http://tjpi.jus.br/pontaextra)

KELLY DE ABREU VALVERDE - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
Email: 3.85 IJ: 0.77 EMMF: PI 10.10 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

Página 1 de 1



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. 23



**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



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

Página 1 d

Num. 10888252 - Pág. 24

18/11/2019  
15:39:20

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

3Y M LA246423  
ASC: 13/10/1956  
BRAÇO  
UP\_EXM  
Im: 1 / 2  
2140 X 880

E

BRAÇO  
UP\_EXM  
Im: 2 / 2  
2140 X 880

E

W: 1023 L: 511

44.29% W: 1023 L: 511

44.29%

VICENTE, FERREIRA DA COSTA

063Y M 78364HP

Nasc: 13/10/1956

UMERO,FRN

UP\_EXM

4280 X 3520

ESQ

HOSPITAL DO PROMORAR

14/01/2020

08:59:17



44.29



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. 26

## 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:**

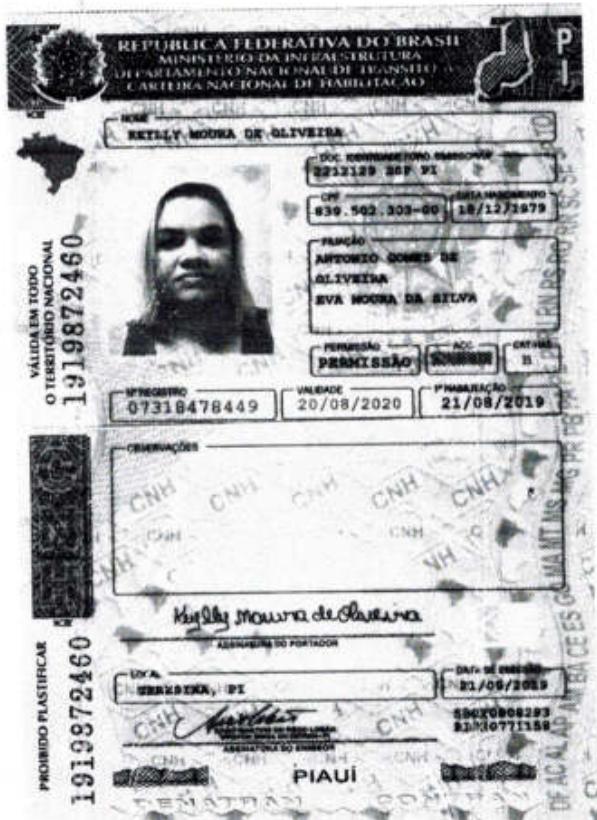
**Observações:** P5/11\_CIRURGIA

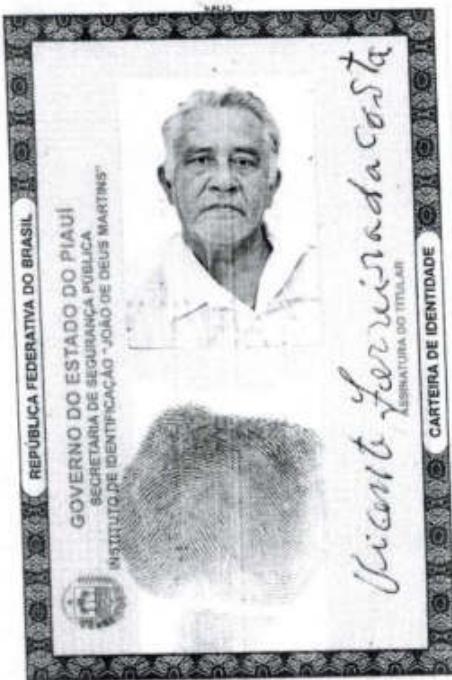
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>









Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

029744529

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.845.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de ingressos autorizada pela SEFAZ 06/98

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

CONTA MENSAL NOVEMBRO/2019 VENCIMENTO 15-11-2019

CONSUMO (kWh) 395 TOTAL A PAGAR (R\$) 413,52

RAIMUNDO SOUSA DA COSTA  
CJ: RAIMUNDO PORTELA S/N Q 66 LT 03 C A PROHORAR  
CPF: 00045065489300

DADOS DA LEITURA

Atual: 13985  
Anterior: 13590  
Constante de Multiplicação: 1,000  
Consumo Medido: 395  
Consumo Faturado:

Atual: 08/11/2019  
Anterior: 09-10-2019  
Próxima Leitura: 10-12-2019  
Emissão: 07-11-2019  
Apresentação: 08-11-2019  
Dias de Consumo: 08-11-2019

Forma de Faturamento: 395 de Regular FAM

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA 30

Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Ponto Código Faz. Média 12 meses

REGISTRO DE VENDAS MONO A1800681 DESCRIÇÃO DA CONTA 1.1.1 374

REGISTRO DE VENDAS	MONO	A1800681 DESCRIÇÃO DA CONTA 1.1.1	374
Mês/ano consumo			
OUT/19	347	CONSUMO 395 A R\$ 0,948080 = 374,49	30,21
SET/19	389	CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (COSIP) 0,53	0,53
AGO/19	361	MULTA POR ATRASO DE 1/10/19-00 0,11	0,11
JUL/19	414	JUROS DE MORA ATRASO 10/19-00 6,73	6,73
JUN/19	369	MULTA POR ATRASO 10/19-00 1,45	1,45
MAI/19	344	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,33	4,33
ABR/19	325	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 4,38	4,38
MAR/19	433		
FEV/19	341		
JAN/19	347		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
		8 A 395 - 0,537427	

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 07-11-2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar para datas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
575E.8936.7612.DF&F 2385.8013.2204.9603	0,00
Distribuição:	
Energia: 73,63	Alíquota ICMS: 374,49
Transmissão: 142,31	Valor do ICMS: 273,37
Encargos: 24,07	Valor do PIS: 27,00%
	Valor do COFINS: 101,11

11.78 INDICADORES DE CONTINUIDADE	1.40%	3,85
12,067%	0,00	6,49% <sub>ICMS</sub> 17,60%

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	------------	-------	--------	--------

Límite								
--------	--	--	--	--	--	--	--	--

Realizado								
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

Conjunto	5,00	10,15	20,30	3,43	6,00	13,70	2,86	137,74
----------	------	-------	-------	------	------	-------	------	--------

	0,00			0,00			0,00	
--	------	--	--	------	--	--	------	--

TERESINA 09/2019 TOTAL A PAGAR - R\$ 137,74

SEU CÓDIGO 0043420-5

MÊS FATURADO 11/2019

15-11-2019

VENCIMENTO 413,52

029744529 FAM

83690000004 0 13520017000 3 00000000043 0 42051119008 4



SEQ.: 00147 UC: 0043420-5 DT.LEIT.: 08/11/2019 T.ENTR.: 09  
LEITURA: 13985 NORMAL TOTAL: 413,52 CARGA: 003  
DT.VENC.: 15-11-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2341



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40  
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007220934394080000010324150  
Número do documento: 2007220934394080000010324150

Num. 10888252 - Pág. 30



Para contato  
contato, informe  
seu NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

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

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

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

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

ROT: 17.001.31.11.020100

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

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo	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 10/08/19-00		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:					

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Você pode agitar este bilhete no vencimento de suas faturas entre 1,5/10,15,20 ou 25 para que entre em contato com a sua Unidade Consumidora.

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	18,14	Valor do ICMS:	32,58
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	1,62
		6,49%	7,48

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		OMIC		DIOB	
	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	anual

Límite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
--------	------	-------	-------	------	------	-------	------

Realizado	0,00			0,00			0,00
-----------	------	--	--	------	--	--	------

Conjunto	TERESINA-MACALUBA	Período de Atenção:	07/2019	EUS:	53,46
----------	-------------------	---------------------	---------	------	-------

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

0051867-0

TOTAL A PAGAR - R\$

164,27

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

01/10/2019

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=2007220934394080000010324150  
Número do documento: 2007220934394080000010324150

Num. 10888252 - Pág. 31



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keyilly Moller de Oliveira  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Luizente Ferreira da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.717.203-53  
do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Luizente Ferreira da Costa  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.414.203-53 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>054</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Tuvinha</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	<u>(86) 99472 9591</u>			

Local e Data:

Tuvinha - Piauí 03.02.2020

Assinatura do Declarante

001 V001/2017



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. 32

# 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:  
 646.117.203.53 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

6 - CPF:

646.117.203-53

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

 10 - Complemento:  
 Vicente da Costa

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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: 3987 08

CONTA: 104721

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasцturo (vai nascer)?

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

 Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, *Termino - Pern 03.02.2020*

 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Francisco Ferreira da Costa*

 43 - Assinatura do Procurador (se houver) *Kelly Ferreira da Costa*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1010

TESTEMUNHAS



# 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:  
 646.117.203.53 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

6 - CPF:

646.117.203-53

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

17 - Tel.:

## 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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

 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)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3987 08

CONTA:

10421

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasцturo (vai nascer)?

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

 Não

pais/avós vivos?

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

34

 Impressão  
digital da  
Vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

CPF:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

Bairro

Endereço

ESTRADA ENTRE MIGUEL ALVES, Nº:

NÃO INFORMADO

Complemento

Ponto de Referência

575854

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

Nome: JAIME MARTINS DE SANTANA

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO

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

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: 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 VEÍCULO 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 GERÊNCIA O PRONTUÁRIO DE NUMERO 527629 EXPEDIDO PELO HUT



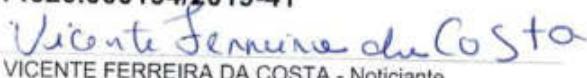


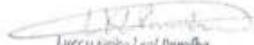
Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

959 v. 1.1

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000194/2019-41**

  
Yuziane Da Silva Franco - Mat.  
- AGENTE DE POL'

  
VICENTE FERREIRA DA COSTA - Noticiante  
Responsável pela Informação

  
Luccy Ferreira Leal Paroiba  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.335-7

Ocorrência emitido em: 28/11/2019 10:28 - SisBO/02011-2010 ATI

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. 36

# 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:  
 646.117.203.53 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

6 - CPF:

646.117.203-53

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

186 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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

 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)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

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

AGÊNCIA: 3987 08

CONTA: 104721

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasцturo (vai nascer)?

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

Impressionado digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1010





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

B22 00231/002322 2272 08 INV/AL IDEZ

00070116

Carta n° 15587061



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007220934394080000010324150>  
Número do documento: 2007220934394080000010324150

Núm. 10888252 - Pág. 39



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01091/01092 - carta\_01 - INVALIDEZ



00040546

Carta nº 15513055



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209343940800000010324150>  
Número do documento: 20072209343940800000010324150

Num. 10888252 - Pág. 40

# 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



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. 41

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### **OUTORGANTE:**

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA  
RG: 2086.082 Orgão Emissor: SSP-PI  
CPF: 646.717.203-53 Nacionalidade: BRASILEIRO  
Est. Civil: CASADO Profissão: PEDREIRO  
Endereço: Cj. Raimundo Portela A. 66 Lote 03 C A  
Bairro: Riomar Cep: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: TERESINA-PI  
Telefone: (86) 93807-7870 ( )

### **OUTORGADO:**

Nome: keylly moura de oliveira  
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros  
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro 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, afim, 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**  
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Lázaro Nogueira, 123 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 321-0129 - E-mail: [autenticador@autenticador.com.br](mailto:autenticador@autenticador.com.br)  
Titular: Antônio Geraldo de Sampaio Pereira

RECOHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE VICENTE FERREIRA DA COSTA, DOU FE. EM TESTE DA VERDADE.  
Teresina-PI, 28/11/2019. Selo: AANG65198-BBPK

KELLY DE ABREU VALVERDE ESCRIVENTE AUTORIZADA  
Em: 13:55 TJ: 0.77 FIDIP/21:00.10 Selo: 0.26 Total: 4.98 - OP: 191  
DURAÇÃO 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**



## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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



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. 43

## RECEBIMENTO 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 médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

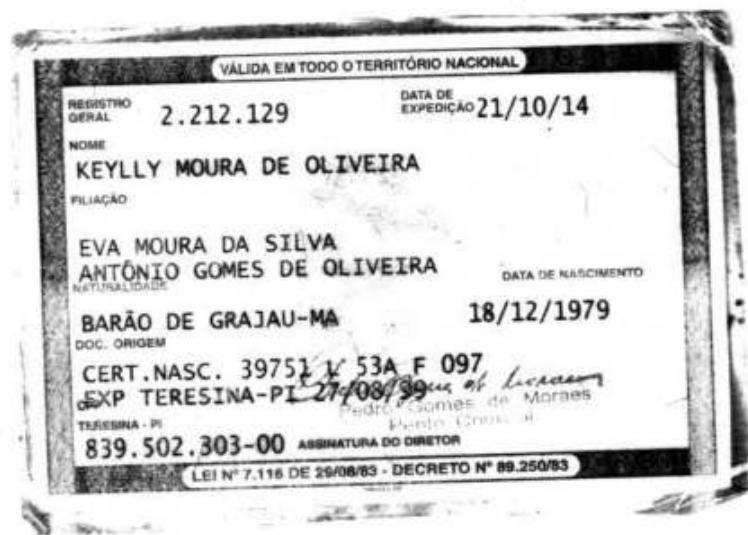
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior



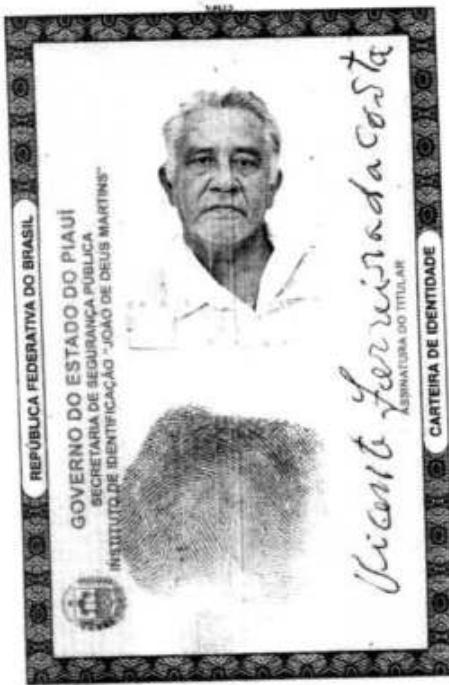
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:34:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007220934394080000010324150>  
Número do documento: 2007220934394080000010324150

Num. 10888252 - Pág. 44



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. 45



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. 46



PRAÇA RAUL DA SILVA COSTA, SIN - CENTRO  
CNPJ: 84799000/0001-29  
FONE: 9 9566-9714  
CEP: 54.130-000 - LAGOA ALEGRE - PR

## BOLETIM DE ATENDIMENTO

**CARTÃO DO SUS N°**

NOME: Viviane Faria da Costa

Profissão: Analista de Conta - Série: AN - N.º: 15

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

#### Efiliação

**Mācāu**

Mae: \_\_\_\_\_

Endereço: R. 66 L 03 C A, ~~Posto 1~~ - Taubaté

## **DADOS SOBRE O ATENDIMENTO**

Data do Atestamento: 05/11/19 Hora: 18:51

PA: 100 mm Hg GC: 33% TAX: P 70mm SpO2: 99%

PA \_\_\_\_\_ GO. 224 TAN. \_\_\_\_\_

Motivo do Aendimento e descrição médica  
Paciente queixou de dor torácica de origem crônica com perda de  
apetite e peso de 10 kg. Duração da queixa é de 1 mês.  
HST - 4 mês de dores torácicas e respiratórias.  
Reflexo queixas associadas à tosse seca e dor torácica.  
Reflexo alterado - fígado, 188 cm.

## EXAMES COMPLEMENTAIRES

EXAMEN COMPLEMENTAIRE  
Les fonctions Sigmoid / LOGIT / Complémentaire, leurs courbes en Picard /  
Nelz /  $\Phi(x) = \frac{1}{1+e^{-x}}$   $\Rightarrow$   $\Phi(-x) = 1 - \Phi(x)$   $\Rightarrow$   $\Phi(x) = \frac{e^x}{1+e^x}$   $\Rightarrow$   $\Phi'(x) = \frac{e^x}{(1+e^x)^2}$

## DIAGNÓSTICO



**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

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

26/11/2019  
CONFIRME COM O ORIGINAL  
HOSPITAL GERAL DO PROMORAR

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

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

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

<u>SSVV:</u>	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: 98 bmp	Pressão: 150X99 mmHg

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> 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	
--	--

<u>Diagnóstico Inicial:</u> ? 592.3	<u>CID:</u>
--	-------------

<u>Exames Complementares:</u> rx do ombro e braço esquerdo	Fratura de clavícula com luxação
---	----------------------------------

<u>Prescrição Médica:</u> Rx de clavícula com luxação por ortopedia
--

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u> Encaminhado para Exames	<u>DATA:</u> / / .	<u>HORA:</u> 02/11/2019 10:15:29
--	--------------------	----------------------------------

<u>Assinatura Paciente ou Responsável</u>	<u>FERNANDA NUNES DE CASTRO</u> CRM-PI 4195
---	--

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





NOME DO PACIENTE: Vicente Ferreira da lot

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 527629

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



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

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

- ~~OK~~ **OK**  
- **OKTOPEDIA** **OK**  
- **CIR. GERAL**

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

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> AGRESSÃO	<u>Classificação:</u> Dor moderada	<u>Cor:</u> Amarelo
<u>Breve História Clas. Risco:</u> VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, CORTE EM FRONTE SUTURADO, REFERE DOR, EDEMA NO MBS		
JULIA FERNANDA DOS SANTOS SENE COREN 276415 Em: 02/11/2019 12:39:23		

<u>SSVV:</u> (Hora: ____ : ____)		
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup> Pulso: bmp Pressão: mmHg		
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO) AVINDO DA UPA DO PROMORAR, RELATA DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, E EM OMBRO ESQUERDO A) VIAS AERAS PERTIVAS, FASICA 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 ISOCORICAS FOTORREAGENTE E) ESCORIAÇÃO EM FACE		
<b>TOPOGRAFIA REALIZADA</b> DATA: 02/11/19 HORA: 13:01 EX: RAYO X TECNOLOGO: <u>Rayo</u>		
<u>Diagnóstico Inicial:</u> ?		
<u>Exames Complementares:</u> (1350923) - T.C. DE CRANIO (1350924) - PELVE (1350925) - COXA DIREITA		
<u>Prescrição Médica:</u>		
<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>		
Observação (Adulto)	<u>DATA:</u> / /	<u>DR. Fábio Brito</u> MÉDICA CRM-PI 6957

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

Assinatura, Paciente ou Responsável

## FOLHA DE ANESTESIA



## UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Vicente Pereira da Costa</i>					Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>06-11-19</i>		P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. UREIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>ASA II (CHAST DM)</i>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO		SISTEMA RESPIRATÓRIO			ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO		<i>Alergia clípionave, AAS, bronquite</i>			ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO					
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO		<i>Fx de úmoro (E)</i>			FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS 1 2 3  LÍQUIDOS SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100  TEMPERATURA T 260 240 38  P. ARTERIAL V O PULSO  INÍCIO E FIM ANESTESIA X  INÍCIO E FIM OPERAÇÃO  RESPIRAÇÃO O	<i>11:20</i> <i>12:15</i> <i>3L/min</i>						TOTAL DE DOSES
							<i>o Cefazolino 1g</i> <i>o Doximetetra</i>  <i>4mg</i> <i>o Bextre 1Frz</i> <i>o Quindanetren</i> <i>4mg</i>
							SEQUÊNCIA
							<i>1 Sedac 400</i> <i>2 Fentanil 75µ</i> <i>3 midazolam</i> <i>4 Bloqueio</i> <i>5 intercostal</i> <i>6 + supraspin</i> <i>7 pulm cl US</i> <i>8 -</i>
							DURAÇÃO agulha d
							INCIDENTE - ACIDENTE
							<i>estimuloplex A-57</i> <i>lidocaina 1,5%</i> <i>rafiso caine 0,75%</i> <i>20 m</i>
							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS <i>Sedac 400 + bloqueio</i>							
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
 <i>Matrícula: 69904</i> <i>Same - HUT</i> <i>Confira com o paciente</i>							
PARITICULARIDADES							

16 - 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. 51

Atafofio : 15:30  
rode de 4 mts B  
protofobos  
ultra

Neuromurgia  
TCG após captaamento.

Glasgow 15

TC de crânio: sem probórias neuromurgicas

CD: Sem conduta neuromurgica

alta de NCI

midador clínico?

tel: (86) 9888-2570  
CRM-PI 5084  
Dr. Ricardo  
Cirurgião-Dentista

Dr. Edmílio Barroso de Oliveira  
Neurocirurgião  
CRM-PI 5084 RQE 3144

Kosso Júnior  
Matrícula: 89904  
SAME - HUT  
Confere com Original



**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULACAO**

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

**DADOS CLÍNICOS**

**HISTÓRIA CLÍNICA:**

02/11/2019 10:39:28

**PROVAS DIAGNÓSTICAS:**

**EXAMES SOLICITADOS:**

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

**COMORBIDADE:**

<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> 120x70(mmHg)	<b>FREQ. CARDÍACA:</b> 87bpm	<b>SATURAÇÃO:</b> 97%	<b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b> 20rpm
<b>GLICEMIA:</b>	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> 15	<b>USO DE O2:</b>	

**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**

Assis Junes Pimentel Coutinho  
Matrícula: 69904  
SAME - HUT  
Conselho Com. Osteom.

Karen Junes Pimentel Cavalcante  
Matrícula: 69904  
SAME - HUT  
Conselho Com. Osteom.







**SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME** 2293  
CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte  
Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI  
Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2  
E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

## Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

118

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME <i>Vicente Ferreira da Costa</i>		
Nº AIH <i>250912</i>	Nº PRONTUÁRIO <i>527629</i>	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:		
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE <i>0702030902</i>		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME <i>Dr. Joel</i>	CRM Nº	
CRM Nº		CPF Nº
DATA INTERNAÇÃO <i>_____</i>		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL <i>06, 11, 2019</i>
MATERIAL UTILIZADO		
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)
	<i>04</i>	<i>Placa DCP Estreita 4,5</i>
	<i>06</i>	<i>Parafusos corticais</i>
DADOS DO FORNECEDOR		
EMPRESA: <i>Spine medical</i>	CNPJ Nº <i>89.004-546-0001-01</i>	
ENDEREÇO: <i>_____</i>	Justa Irmãos Parque Industrial Matrícula: 89.004-546-0001-01 SAME - HUT Confecção de próteses	
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM <i>06/11/2019</i> <i>DR. JOEL CANTARELLO</i> Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 15332-C Juscelino Kubitschek, 175	EM <i>_____</i>	<i>Wenceslau</i> Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)
Médico Responsável (Assinatura e carimbo)		

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor; 3ª via - Processo de pagamento.





**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>250912</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

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

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408020393</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO</b>	Quant. Soli- cida: <b>1</b>
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030902</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)</b>	
Fornecedor da OPM: <b>SPINE</b>		
38-Profissional Responsável: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>06/11/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>787.098.575-91</b>	41-Stamp: CRM-PI

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*(Assinatura) / RICARDO SOARES VALENÇA, MÉDICO*

**AUTORIZAÇÃO**

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

(ANTONIO EURIVAN)







## 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: <i>Vivente Ferreira da Costa</i>		PRONTUÁRIO Nº: 527629
DIAGNÓSTICO:	<i>Pratika</i>	CIRURGIA: <i>7.670, Umeno</i>
ANESTESIA:	<i>bloqueio + sedação</i>	Nº DA SALA: 05
CIRURGÃO:	<i>Dr. José</i>	CPF Nº:
AUXILIAR:	<i>G. M. G.</i>	CPF Nº:
ANESTESIA:	<i>Dr. Denise</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	<i>Ana Glayde</i>	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 72218.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0/042	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 N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 90ml	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—		<i>Bracolax</i>	—	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <i>Olhos vermelhos</i>	—	05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG					—	02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON nº 3.0	—	05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL nº 0	—	0		CIRCULANTE: <i>José Gomes</i>			
PROLENE							

Dr. JOSÉ GOMES NETO  
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PI 1930 CPF: 366.881.315-88  
Matrícula: 69304  
SAME - HUT  
Confere com Orçamento





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keyilly Menezes 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 646.717.203.53

do sinistro de DPVAT cobertura

Incidente

da Vítima

Vicente Ferreira de Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.414.203.53 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 Lider-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>Tucuruí</u>	Estado: <u>PA</u> CEP: <u>64.000.902</u>
E-mail:				Tel. (DDD): <u>(86) 99472 9591</u>

Local e Data: Tucuruí - Pará 03.02.2020

Keyilly Menezes de Oliveira

Assinatura do Declarante

