



Número: **0811016-10.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **10/05/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARINALDO FERREIRA DIAS (AUTOR)</b>	<b>JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11702 407	03/09/2020 10:01	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
11702 411	03/09/2020 10:01	<a href="#"><u>2745272_JUNTADA_DE_DOCS_02</u></a>	Petição
11702 414	03/09/2020 10:01	<a href="#"><u>ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11702 417	03/09/2020 10:01	<a href="#"><u>ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Segue em anexo juntada de documentos.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:06  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010713900000011080012>  
Número do documento: 20090310010713900000011080012

Num. 11702407 - Pág. 1



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

**Processo: 08110161020208180140**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARINALDO FERREIRA DIAS**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

TERESINA, 2 de setembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PI 10201**

**EDNAN SOARES COUTINHO**  
**1841 - OAB/PI**

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:07  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010726400000011080016>  
Número do documento: 20090310010726400000011080016

Num. 11702411 - Pág. 1



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, 02 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190007694**      **Vítima: MARINALDO FERREIRA DIAS**

**Data do Acidente: 07/06/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARINALDO FERREIRA DIAS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13772739

Pag. 01851/01852 - carta\_01 - INVALIDEZ



00010926



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:07  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010741200000011080019>  
Número do documento: 20090310010741200000011080019

Num. 11702414 - Pág. 1



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, 03 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190007694**

**Vítima: MARINALDO FERREIRA DIAS**

**Data do Acidente: 07/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARINALDO FERREIRA DIAS**

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

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00989/00990 - carta\_03 - INVALIDEZ



00040495

Carta nº 13778867



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:07  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010741200000011080019>  
Número do documento: 20090310010741200000011080019

Num. 11702414 - Pág. 2

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, 18 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190007694**      **Vítima: MARINALDO FERREIRA DIAS**

**Data do Acidente: 07/06/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARINALDO FERREIRA DIAS**

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

**Recebedor: MARINALDO FERREIRA DIAS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000060210-8**

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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:  CPF da vítima:  Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES DA VITIMA E PRAZO DE PREENCHIMENTO DA PESSOA FÍSICA (ANEXAR CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO): PRAZO: 145/2012

Nome completo:  CPF:

Profissão:  Número:  Complemento:

Endereço:  Bairro:  Cidade:  Estado:  CEP:

E-mail:  Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS PARA PREENCHIMENTO DA INDENIZAÇÃO: ASSINAR

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinar só uma opção):

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

AGÊNCIA:  CONTA:

(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.

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

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

Não há IML que 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação que permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a fórmula de cálculo da indenização.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CÁRTEIRA DE Morte

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:

Local e Data:  Nome:  CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

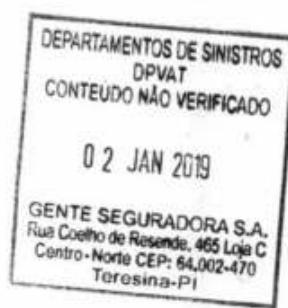
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004365/2018-09

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 19/12/2018 - 13:19

#### DADOS DA OCORRÊNCIA

##### Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

##### Data/Hora

07/06/2018 - 12:40

##### Tipo Local

VIA PÚBLICA

##### Bairro

Município

TERESINA

MATINHA

494921

##### Endereço

PONTE METALICA, Nº:

##### Ponto de Referência

Complemento

BARREIRA MILITAR

#### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1980861 PI

Mãe: LAIDE FERREIRA

Endereço: RUA 24, Nº 2376

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

REPRESENTANTE DE SINISTROS  
DPIVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

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

#### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

##### Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

#### RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/CG 150 TITAN ESD, PLACA PIB-1314-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 01010545962, E QUE TRAFEGAVA PELA PONTE METÁLICA, SENTIDO TIMON/TERESINA, QUANDO AO ATRAVESSAR A PONTE, DERRAPOU NOS TRILHOS E CAIU. DEPOIS UMA OUTRA MOTO ATROPELOU O MESMO. FOI SOCORRIDO POR FRANCILIO DA SILVA COSTA, BECO 02, Nº 767-CILA ANGELICA, TIMON-MA, E LEVADO PARA A UPA. (PRONT. 115840). DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT. (PRONT. 125658). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

MARINALDO FERREIRA DIAS - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:07

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010741200000011080019>

Número do documento: 20090310010741200000011080019

Página 1/1

Num. 11702414 - Pág. 6



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
006.537.083-00		Marinaldo Ferreira Alves	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FINAIS DE RENDA MENSAL DA PESSOA VÍTIMA (LIGA-SE AO CADASTRO DA PESSOA VÍTIMA) - TITULAR DO SEGURO DPVAT			
Nome completo:	CPF: 006.537.083-00		
Profissão: Pintor	Endereço: Rua 24	Número: 2316	Complemento:
Bairro: Parque Alvorada	Cidade: Timon	Estado: Maranhão	CEP: 65000-000
E-mail:	Tel.(DDD): (086) 99472-9591		

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

- |                                                     |                                                      |                                                      |                                                       |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DA PESSOA BENEFICIÁRIA DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR NA LINHA DE BAIXO** CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

AGÊNCIA: 0029 013 CONTA: 60250

(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.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou à 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONTRATO DE SINISTROS  
CONTRATO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

Rua Cel. Sérgio Seguradouro S.A.  
CEP 65000-000  
Tf: 086-982-4700

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Turiná - Piauí 20.12.18

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

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

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CÓDIGO E CARTEIRA DE PERTINÊNCIA DE TODOS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:07

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009031001074120000011080019

Número do documento: 2009031001074120000011080019

Num. 11702414 - Pág. 7

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS		Prontuário: 115840
Mãe: LAIDE FERREIRA	Pai: MANOEL SOUSA DIAS	
End. Resid.: ENG. MIGUEL FURTADO BACELAR , 3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 21/12/1979	Idade: 38a5m18d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão:	Documento: CPF: 006.537.083-00	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 260285	Entrada: 08/06/2018 16:43:06	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			

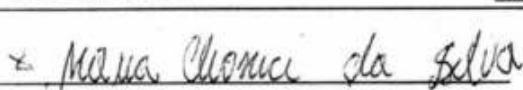
## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Edema	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Refere acidente de motocicleta ontem, refere dor e edema em pé E,		KARLA DANIELLA GOMES DE SOUSA E COREN/PI 276884 Em: 08/06/2018 16:56:20

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx : fratura do maleolo lateral com desvio cd: cirurgia					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           DEPARTAMENTOS DE SINISTROS            DPVAT            CONTEÚDO NÃO VERIFICADO              02 JAN 2019              GENTE SEGURADORA S.A.            Rua Coelho de Resende, 465 Loja C            Centro-Norte CEP: 64.002-470            Teresina-PI         </div>					

Diagnóstico Inicial: Fratura do maleolo lateral	CID: 5825
Exames Complementares:	CNPJ: 05.522.017/0035-14 UPA - RENASCENÇA Rua Rio Verde, nº 2810 Renascença III - CEP 64.082-110 Teresina - Piauí

Prescrição Médica: cetoprofeno 100mg-----1amp dipirona-----1amp soro fisiológico-----100ml ev	 Beane 14-45	Confere Com o Original 30.07.18
Motivo da Alta/Encerramento: Alta com Receita	DATA: / / .	HORA: : .

 Maria Clomira da Silva Assinatura Paciente ou Responsável	TERCIO DANTAS MOURA CRM PI 3824 Em: 08/06/2018 17:22:13
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------



## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS		Prontuário: 115840
Mãe: LAIDE FERREIRA	Pai: MANOEL SOUSA DIAS	
End. Resid.: ENG. MIGUEL FURTADO BACELAR , 3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 21/12/1979	Idade: 38a5m18d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão:	Documento: CPF: 006.537.083-00	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 260285	Entrada: 08/06/2018 16:43:06	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Edema	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Refere acidente de motocicleta ontem, refere dor e edema em pé E,		KARLA DANIELLA GOMES DE SOUSA E COREN/PI 276884 Em: 08/06/2018 16:56:20

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx : fratura do maleolo lateral com desvio cd: cirurgia					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           DEPARTAMENTOS DE SINISTROS            DPVAT            CONTEÚDO NÃO VERIFICADO              02 JAN 2019              GENTE SEGURADORA S.A.            Rua Coelho de Resende, 465 Loja C            Centro-Norte CEP: 64.002-470            Teresina-PI         </div>					

Diagnóstico Inicial: Fratura do maleolo lateral	CID: 5825
Exames Complementares:	CNPJ: 05.522.017/0035-14 UPA - RENASCENÇA Rua Rio Verde, nº 2810 Renascença III - CEP 64.082-110 Teresina - Piauí
Prescrição Médica: cetoprofeno 100mg-----1amp dipirona-----1amp soro fisiológico-----100ml ev	Confere Com o Original Assinatura: <i>Beane</i> <i>Beane</i> Data: 30.07.18
Motivo da Alta/Encerramento: Alta com Receita	DATA: / / . HORA: : .

Assinatura Paciente ou Responsável <i>Maria Clomia da Silva</i>		TERCIO DANTAS MOURA CRM PI 3824 Em: 08/06/2018 17:22:13
--------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------



# 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: 11/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINALDO FERREIRA DIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000060210-8

---

Nr. da Autenticação 7A2B29D1E97BD9E3



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:07  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010741200000011080019>  
Número do documento: 20090310010741200000011080019

Num. 11702414 - Pág. 10

AV. PRESIDENTE MEDICCI - 718 - PR. PIAUÍ  
CENTRO - CEP: 65631-030 - ÁGUAS DE TIMON-PI  
TELEFONE: 0800 595 6898  
CNPJ: 21.716.748/0001-65

MATRÍCULA: 1.36.269  
20181122145852 44685-8 FATURA N. 150595923  
PERÍODO: 11/2018

NOME/ENDERECO

MORADOR: MARIA CLEONICE DA SILVA

RUA 24, No. 2376 - PARQUE ALVORADA, TIMON-PI - CEP. 65633-530

LOCALIZAÇÃO

015-00004-020360

DATA APROX. PROX. LITURA 20/12/2018 GRUPO 015 NÚMERO DO HIDROMÉTRICO Y175153379

HISTÓRICO DO CONSUMO

MES-ANO TIPO LIDO FATURADO  
16-2018 Liso 23 23  
09-2018 Liso 23 23  
08-2018 Liso 23 23  
07-2018 Liso 24 24  
06-2018 Liso 26 26  
05-2018 Liso 26 25

ECONOMIA - CATEGORIAS - TIPO TARIFA  
1 Residencial - NormalDATA 22/10/2018 LITURA 392  
ANTERIOR 22/11/2018 414CONSUMO MÉD. m³ 22  
MÉDIA DIÁRIA (m³/dia) 1.274,2812  
MÉDIA E MÉDIA (m³) 82,5341,6554 1,26

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL  
DATA DE CONSUMO: 08-10-2018  
08 3.0500 00  
18 28 3.4960 00  
28 28 3.8850 00  
28 48 4.1650 00  
48 999999 4.4640 00

DESCRITIVO REF. VALOR  
> Residencial-Normal 22,0 m³ 80,68  
JUROS POR ATRASO 10/2018 0,12  
MULTA POR ATRASO 10/2018 1,73

NÃO RESIDENCIAL  
DATA DE CONSUMO: 08-10-2018

ÁGUAS DE  
TIMON

VENCIMENTO 10/12/2018 TOTAL A PAGAR 82,53

**AVISO:**  
BENEFICIARIOS DA TARIFA SOCIAL PROCURAR LOJA DE ATENDIMENTO  
PARA REALIZAR O RECADASTRAMENTO. O MESMO E OBRIGATORIO  
PARA NAO PERDER O BENEFICIO.

## \*\*\* NOTIFICAÇÃO \*\*\*

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará  
a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais n.º 11.445/2007  
, Art.40, inciso V e n.º 8.987/95, Art.6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914-2011 DO M.B. e Decreto nº5448)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM INFELIGIR/CONFORMIDADE	MÉDIA-MÉDIA	VALOR PERMITIDO
Claro Lítreo	431	431	0	0,48	0,28-5,00 mg/L
Cor Aparente	433	433	0	2,59	Inférior a 15,00
Ph	432	433	0	7,14	6,80-9,50
Turbidez	433	433	0	0,95	Inférior a 5,00
Coliformes Totais	432	432	0	Ausente	Ausente

PARÂMETROS	AMOSTRAS EM INFELIGIR/CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM INFELIGIR/CONFORMIDADE	MÉDIA-MÉDIA	VALOR PERMITIDO
Escherichia Coli	430	433	0	Ausente	Ausente

DATA EMISSÃO: 22/11/2018 HORA EMISSÃO: 14:58

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

MATRÍCULA 44685-8 1.36.269 20181122145852	FATURA N. 150595923 PERÍODO 11/2018 VENCIMENTO 10/12/2018 VALOR A PAGAR 82,53
----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------



82680000000-0 82531443000-0 602018150:9-5 59230100104-2





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kyllly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marinaldo Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.537.083-00, do sinistro de DPVAT cobertura Individuado da Vítima Marinaldo Ferreira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.537.083-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:



Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua: Vinte e Quatro de Janeiro</u>	Número	<u>554</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado - <u>Piauí</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(86) 99472-9591</u>

Ths, PI, 20 de 12 de 18  
Local e Data

Kyllly Moura de Oliveira.

Assinatura do Declarante

101/2017



## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS		Prontuário: 115840
Mãe: LAIDE FERREIRA	Pai: MANOEL SOUSA DIAS	
End. Resid.: ENG. MIGUEL FURTADO BACELAR , 3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 21/12/1979	Idade: 38a5m18d	Sexo: Masculino Fone: - - -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão:	Documento: CPF: 006.537.083-00	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 260285	Entrada: 08/06/2018 16:43:06	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Edema	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Refere acidente de motocicleta ontem, refere dor e edema em pé E,		KARLA DANIELLA GOMES DE SOUSA E COREN/PI 276884 Em: 08/06/2018 16:56:20

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx : fratura do maleolo lateral com desvio cd: cirurgia					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           DEPARTAMENTOS DE SINISTROS            DPVAT            CONTEÚDO NÃO VERIFICADO              02 JAN 2019              GENTE SEGURADORA S.A.            Rua Coelho de Resende, 465 Loja C            Centro-Norte CEP: 64.002-470            Teresina-PI         </div>					

Diagnóstico Inicial: Fratura do maleolo lateral	CID: 8826
Exames Complementares:	CRM: 05.522.0110015.14 UPA - RENASCENÇA Rua Rio Verde, nº 2810 Renascença III - CEP 64.082-110 Teresina - Piauí

Prescrição Médica: cetoprofeno 100mg-----1amp dipirona-----1amp soro fisiológico-----100ml ev	Confere Com o Original Assinatura: <i>Rebeca</i> <i>Rebeca</i> <i>Rebeca</i> Data: 30/07/18
Motivo da Alta/Encerramento: Alta com Receita	DATA: / / . HORA: : .

Assinatura Paciente ou Responsável <i>Maria Clonice da Silva</i>	
TERCIO DANTAS MOURA CRM PI 3824 Em: 08/06/2018 17:22:13	



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 251211894	Nº REGULAÇÃO: 29191	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: MARINALDO FERREIRA DIAS	NASCIMENTO: 21/12/1979	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:  
PCT TEVE ENTORSE DE TORNOZELO ESUQUERDO, APRESENTA FRATURA DO MALEOLO LATERAL COM DESVIO

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO MALEOLO LATERAL

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 08/06/2018 18:17:28

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

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

CNPJ: 05.522.917/0035-19  
UPA - RENASCENCA  
Rua Rio Verde, nº 2810  
Renascenta III - CEP 64.082-110  
Teresina - Piauí

Comprovante Com o Original

União  
30/07/18



**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

*SP26*

De: UPA	Para: <i>HUT</i>
<i>Marcelo Ferreira Quas</i>	
Registro:	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<p><i>Rascunho de embrião de 30cm esquedo e apresenta protrusão malformação lateral com desvio.</i></p>	
<p><i>Di. 08/06/18</i></p>	
TERESINA-PI <i>08/06/18</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

<b>FICHA DE RETORNO</b>	
De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
<p><b>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</b> DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p>	
<p><i>02 JAN 2019</i></p>	
<p><b>GENTE SEGURADORA S.A.</b> Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>	
<p><b>CNPJ: 05.522.917/0035-19</b> <b>UPA - RENASCENCA</b> Rua Rio Verde, n° 2810 Centro-Norte CEP 64.082-110</p>	
TERESINA-PI: <i>1/1</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

**Confere Com o Original**

*Marashibe*

*30.07.18*





NOME DO PACIENTE: Marinaldo Ferreira das

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 125658



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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:07  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010741200000011080019>  
Número do documento: 20090310010741200000011080019

Num. 11702414 - Pág. 17

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

2

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

Imp: 08/06/2018 19:56:17  
(DANYELLE VIEIRA)

**DADOS DO PACIENTE:**

<u>Nome:</u> MARINALDO FERREIRA DIAS		<u>Prontuário:</u> 125658
<u>Mãe:</u> LAIDE FERREIRA	<u>Pai:</u> MANOEL SOUSA DIAS	
<u>End. Resid.:</u> RUA ENGENHEIRO MIGUEL FURTADO BACELAR N°3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP:		
<u>Nascimento:</u> 21/12/1979	<u>Idade:</u> 38a5m18d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-98829-8194
<u>Responsável:</u> MARIA CLEONICE		<u>CNS:</u> 706702549658911
<u>Profissão:</u> PINTOR		<u>Documento:</u> RG: 1.980.861 - SSP-PI
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Completo		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 668924	<u>Data:</u> 08/06/2018 19:53:48	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

Data/Hora Solicitação: 1/1/18:00 ESPECIALISTA: Ortopedia - Pöt  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Reclama de acidente automobilístico do 27h  
envolvendo com braço esquerdo ferido, ferimento contuso  
em região cartilheira do pulso E. muscular somaltrâns, dor  
co. Rx ferrozelo E. - fratura maleolar lateral - 2+4+  
co. interxâni + ldo. gengivado

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/18:00 C/0: 582,6  
cod. proced. - 0408050578

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Parecer

02 JAN 2019

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

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/18:00

DATA: 07/06/2018  
Técnico: 20:31

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
COMPROVANTE DE REGULACAO

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 251211894	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 29191	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b>	7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b>	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
<b>LEITO:</b>	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
<b>PACIENTE:</b> MARINALDO FERREIRA DIAS		<b>NASCIMENTO:</b> 21/12/1979

DADOS CLÍNICOS

<b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b> PCT TEVE ENTORSE DE TORNOZELO ESUQUERDO, APRESENTA FRATURA DO MALEOLO LATERAL COM DESVIO			
<b>PROVAS DIAGNÓSTICAS:</b>			
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b>			
<b>DIAGNÓSTICO(CID):</b> FRATURA DO MALEOLO LATERAL			
<b>COMORBIDADE:</b>			
<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b>	<b>FREQ. CARDÍACA:</b>	<b>SATURAÇÃO:</b>	<b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b>
<b>GLICEMIA:</b>	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b>	<b>USO DE O2:</b>	
<b>USO DROGAS VASOATIVAS:</b>			
<b>USO ANTIBIÓTICOS:</b>			
<b>USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:</b>			

<b>DATA:</b> 08/06/2018 18:17:28	<b>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</b> OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
<b>MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO</b>	02 JAN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Loja C Centro-Norte CEP: 64002-470 Teresina-PI





**SUS**

Fundação Municipal de Saúde

17 577 205/0015-32  
UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde N° 2810  
Renascença III -  
CEP 64082-110  
Teresina-PI



**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

*582.6*

De: UPA	Para:	<i>HUT</i>
<i>Manoaldo Ferreira Araujo</i>		Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO		

*Racimbra hem embora d torque  
esquerdo e apresenta fratura do  
malhado lateral com desvio.*

Dr. Tércio Dentos Moura  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 11224  
*[Signature]*

TERESINA-PI <i>08106118</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo
--------------------------------	------------------------------------------------

FICHA DE RETORNO		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
De:	Para:	<i>02 JAN 2019</i>
DIAGNÓSTICO		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI <i>[Signature]</i>
TERESINA-PI: <i>_____</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	



## TERESINA UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
 TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 08/06/2018 17:22:15

(User: TERCIO DANTAS)

(Este é o seu: SALADEGESSO-PC)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS		Prontuário: 11584
Mãe: LAIDE FERREIRA	Pai: MANOEL SOUSA DIAS	
End. Resid.: ENG. MIGUEL FURTADO BACELAR , 3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 21/12/1979	Idade: 38a5m18d	Sexo: Masculino Fone: - - -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão:	Documento: CPF: 006.537.083-00	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 260285	Entrada: 08/06/2018 16:43:06	Convênio: S U S	Proced: 030106009
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Edema	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Refere acidente de motocicleta ontem, refere dor e edema em pé E,		KARLA DANIELLA GOMES DE SOUS COREN/PI 276884 Em: 08/06/2018 16:56:20

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: bpm	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

paciente teve entorse de tornozelo esquerdo  
 rx : fratura do maleolo lateral com desvio  
 cd: cirurgia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

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

CID: s826

Diagnóstico Inicial:  
 Fratura do maleolo lateral

## Exames Complementares:

## Prescrição Médica:

cetoprofeno 100mg-----lamp  
 dipirona-----lamp  
 soro fisiológico-----100ml ev

## Motivo da Alta/Encerramento:

Alta com Receita.

DATA: / / HORA: : :

TERCIO DANTAS MOURA  
 CRM PI 3824 Em: 08/06/2018 17:22:13

Assinatura Paciente ou Responsável

LÁUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 101022 AIH: 2218100335979	
----------------------------------------------------------------	----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
706702549658911	MARINALDO FERREIRA DIAS		21/12/1979	M	125658
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
1980861 SSP-PI	86988298194	LAIDE FERREIRA	MARIA CLEONICE		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
BUENOS AIRES			TERESINA	PI	

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

##### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM TRAUMA EM TORNOCOLO ESQUERDO.

##### CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

##### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X EXAME FÍSICO

##### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S826 - FRATURA DO MALLEOLO LATERAL	CID 10 SECUNDARIO	CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 040R050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOCOLO UNIMALEOLAR.		
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA CPF: 64435121387 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA		DATA SOLICITAÇÃO 08/06/2018
DATA ADMISSÃO 08/06/2018 19:53	DATA ALTA 10/06/2018 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO

02 JAN 2010

UPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

##### AUTORIZAÇÃO

##### JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))  JOSÉ DE RIBAMAR SANTOS FILHO CPF: 37320645300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO - AUDITORIA  DATA ANÁLISE: 05/06/2018 21:22:41 CPF CRM DATA ANÁLISE:
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

##### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

MARINHO FONSECA JAS.

Diagnóstico pré-operatório

fract. Molar do inferior

Operação - Tipo

RATI

Cirurgião

DR. LEO COUTINHO  
CRM 1031200  
CREF 0010049  
Sociedade Brasileira de  
Ortopedia e Traumatologia

Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

DR. LEO COUTINHO  
CRM 1031200  
CREF 0010049  
Sociedade Brasileira de  
Ortopedia e Traumatologia

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

09/06/18

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
02 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64002-470  
Teresina-PI

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Paciente em RATI, sob anestesia com N2O e gástricado.
- 2) Anéurisica + antiinflamatória com tamponar entre
- 3) Enxerto lateral + díssim + RATI com placa 1/3 tubo 6 furos.
- 4) Enx. com SSI, 5%. e sutura por placa est. pul.
- 5) Curativo local e retirada da graxa com BPS.
- 6) + SEPA

DR. LEO COUTINHO  
CRM 1031200  
CREF 0010049  
Sociedade Brasileira de  
Ortopedia e Traumatologia  
LEOT 12409

Mot. 7R. 4117





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 09/06/18

NOME DO PACIENTE:	<u>Marinaldo Ferreira</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>125658</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	
CIRURGÃO:	<u>Dr. Lescádio</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Plínio</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Neles</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	<u>02</u>
AGULHA 30X8	UNID.	<u>—</u>		LUVA Nº	<u>7.0</u>	PAR	<u>02</u>
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº	<u>7.5</u>	PAR	<u>02</u>
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	<u>03</u>
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE		ML	<u>100</u>
ALGODÃO	BOLA	<u>—</u>		PVPI TÓPICO		ML	<u>100</u>
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>—</u>		PVPI TINTURA		ML	<u>—</u>
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC		UNID.	<u>—</u>
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 10CC		UNID.	<u>01</u>
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC		UNID.	<u>02</u>
ESCALPE Nº	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 3CC		UNID.	<u>—</u>
FORMOL	ML	<u>—</u>		SORO FISIOLÓGICO		FRASCO	<u>03</u>
GASES	<u>5.0</u>	PAC.	<u>10</u>	SONDA URETRAL		UNID.	<u>—</u>
JELCO Nº	UNID.	<u>—</u>		<u>Cresce</u>		<u>unid</u>	<u>01</u>
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG					CONTEUDO NÃO VERIFICADO		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.					<u>02 JAN 2019</u>		
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	<u>unid</u>	<u>03</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0	<u>unid</u>	<u>01</u>		CIRCULANTE:	<u>Deumar + Reisvaldo</u>		
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
02 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA -

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE Alfredo F. D. PRONTUÁRIO 125658

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
02 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Chelio de Resende, 465 Uope C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Chico de Resende, 455 Loja C  
Centro - Norte CEP: 54.002-470  
Teresina - PI

CENTRE SECURISATION

GENIE SEGURA AURASA.

Centro-Norte CEP: 154.002-170

Tensiona PI

### ANSWER



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COLTINHO - 03/09/2020 10:03:07

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:07  
<http://tiny.pic.jus.br:80/1/g/Processo/ConsultaDocumentos/listView?campanha=2000003100107411200000011080012>

Número do documento: 20000210010741200000011080010

Núm. 11702414 - Pág. 26

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

11

NOME Mauro Lobo Ferreira Dias IDADE 38 anos DATA 09/06/2018  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA:  GERAL  RAQUE  BLOQUEIO  PERIDURAL  SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Fix. Tint. na lâmina biliar e I.O. CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITais	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>101 x 59</u>		<u>113 x 55</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>79</u>		<u>70</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100 %</u>		<u>98 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Elizangela</u>		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK			ADMISSÃO		SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>	<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	09/06/2018 11:37:25	10

<input type="checkbox"/> SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> DRENO DE SUCCÃO	<input type="checkbox"/> DRENO TORÁCICO	<input type="checkbox"/> DVE	<input type="checkbox"/> COLOSTOMIA	SONDA: <input type="checkbox"/> NASOG <input type="checkbox"/> NASOE
hs	ml	hs	ml	hs	ml
hs	ml	hs	ml	hs	ml

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 19:25 h: Admitido ♂ 38a em 201 de freguesia  
festas de sítio 17/01/2018 do m/ Eti Querido, sub e  
to de ressaca 17/01/2018 to seco vera

		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
		02 JAN 2019
		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coimbra de Resende, 455 Loja C Centro - Nogueira CEP: 64.002-470 Teresina-PI
PREScriÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA	21:40
		HORÁRIO
		ANESTESIOLOGI

ENCAMINHAMENTO  EXTERNO  SALA DE GESSO  IMAGENS E GRÁFICOS [ ] [ ] [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED  ORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] ME



**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

**ME**  
**Fundação Municipal de Saúde**

**NOME DO PACIENTE**  
*Maivaldo Ferreira*

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES  
*Fábio Henrique Tonozzo*

DATA: 08/06/2011 PRESCRIÇÃO MÉDICA: 01 HORAS: 15<sup>o</sup>

classical like zero a space

5%  $\text{Ca(OH)}_2$  +  $\text{AD-IV}$ ,  $6/16\text{h}$

Dyson - 200mg / ml - 2ml / 40. IV. 12/11/22

→ Bringspreide 10my + Ad: Al-  
ace wönnel

② Penicill 100mg + Home St. 0.9% N.

sphe re do regralacia  
0000 + 8888 *Alceste*

~~El Rancho Story + Ad. 1V~~ LUCOS: 8787  
CRM-17744

12

OBS: cirurgia menor (09/06/18)  
Dr. Bento Góes

ANEXO/CBM:

Mod: 007

MEDICO/CRM:





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

15

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARINALDO FERREIRA DIAS** (Prontuário: **125658**)  
Endereço: **RUA ENGENHEIRO MIGUEL FURTADO BACELAR N°3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
Nascimento: **21/12/1979** Idade: **38a7m28d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **216092**  
Requisição: **845340** Solicitação: **09/06/2018** Solicitante: **EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA**  
Controle: **1045475** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 231 LEITO 230

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 09/06/2018

#### TORNOZELO ESQUERDO

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

- Fratura na fibula distal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura na fibula distal com fixação metálica

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/08/2018

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395 685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:07  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010741200000011080019>  
Número do documento: 20090310010741200000011080019

Num. 11702414 - Pág. 29

À Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

C/C SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

C/C Ministério Público Federal



**ASSUNTO: IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR NOVOS DOCUMENTOS MÉDICOS – EXIGÊNCIA  
ABUSIVA – DESCUMPRIMENTO DE TAC ENTRE MPF E SEGURADORA LÍDER**

Sinistro 3190/007694 Vítima: Marinaldo Ferreira Dias - CPF 006.537.083-00

Procurador(a): Keylly Moura de Oliveira

Na qualidade de beneficiário/vítima, por meio de minha procuradora abaixo assinada, venho pela presente declaração informar que estou impossibilitado de cumprir a exigência "Documentação Médico-Hospitalar - Status: Não Conforme" de meu pedido de indenização, pelas razões a seguir:

**1ª Toda a documentação médica existente, necessária e suficiente, exigida pela Lei 6.194/74 já foi enviada e se encontra no processo;**

**2ª O serviço de saúde a qual passei por atendimento e tratamento médico NÃO FORNECE RELATÓRIOS MÉDICOS QUE APONTEM SEQUELA PERMANENTE PARA FINS SECURITÁRIOS, bem como não fornecem exames de imagem com Laudo;**

**3ª Os PROFISSIONAIS MÉDICOS SE RECUSAM A FORNECER E PREENCHER RELATÓRIOS MÉDICOS DE CARÁTER SECURITÁRIO, pois são proibidos pela Resolução do CFM nº 2003/2012, QUE DETERMINA QUE ESSA FUNÇÃO É RESTRITA A EXAME MÉDICO PERICIAL, bem como MÉDICO ASSISTENTE É PROIBIDO DE SER PERITO OU AUDITOR DE SEU PRÓPRIO PACIENTE, nos termos do Art. 93 do Código de Ética Médica;**

**4ª Os profissionais médicos somente se dispõem a preencher e fornecer tais relatórios se houver pagamento em caráter particular, com prévio agendamento em seus consultórios, sendo que ISSO OCORRENDO POR EXIGÊNCIA DA SEGURADORA LÍDER OU SUA CONSORCIADA É UM CERCEAMENTO DO MEU DIREITO A TER MEU PEDIDO ACATADO E INDENIZADO, já que tais consultas particulares possuem custos altíssimos, dos quais estou impossibilitado de arcar;**

**5ª Esta EXIGÊNCIA TAMBÉM VIOLA O QUE FOI DETERMINADO ENTRE O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E A SEGURADORA LÍDER DPVAT, ATRAVÉS DO TCAC nº 01/2012 e consequente divulgação da Circular PRESI 031/2012 de 06/09/2012, FICANDO DESDE ENTÃO “PROIBIDA A SOLICITAÇÃO OU EXIGÊNCIA, COMO CONDIÇÃO PARA REQUERIMENTO E/OU PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES DO SEGURO DPVAT, DE LAUDOS MÉDICOS, ESPECIALMENTE AQUELES EM QUE É SOLICITADO OU EXIGIDO O PREENCHIMENTO/ELABORAÇÃO PELO PROFISSIONAL MÉDICO QUE ATENDEU A VÍTIMA ACIDENTADA”**

**6ª A INSISTÊNCIA DESTA EXIGÊNCIA DOCUMENTAL, ainda conforme Circular PRESI 031/2012, E “O DESCUMPRIMENTO DAS MEDIDAS PREVISTAS NO TCAC E DESCritas NA PRESENTE CIRCULAR, PODERÃO ENSEJAR MULTAS DE UM SALÁRIO MÍNIMO POR EVENTO E SERÃO DE RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA QUE NÃO OBSERVOU AS DETERMINAÇÕES ORA**



TRANSMITIDAS, PODENDO HAVER AINDA, FISCALIZAÇÃO E COMUNAÇÃO DE MULTAS PELA SUSEP";

7º a DOCUMENTAÇÃO POLICIAL E MÉDICA ENVIADA É PERFEITAMENTE SUFFICIENTE PARA A COMPROVAÇÃO DO NEXO DE CAUSA E A LESÃO, EXIGIDOS NO ART. 5º DA LEI 6.174/94. Já o RESPECTIVO GRAU DE INVALIDEZ, SE NECESSÁRIO, PODERÁ SER APURADO MEDIANTE O AGENDAMENTO DE UMA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL AGENDADA POR ESTA SEGURADORA LÍDER, a qual reitero a concordância em realiza-la conforme concordei no formulário enviado Declaração de Inexistência do Laudo do IML, sem que haja prejuízo ao prazo regulamentar de análise e conclusão do processo que é de até 30 dias, conforme Resolução CNSP nº 332/2015;

8º – Meu acidente ocorreu em XX/XX/20xxxx, SENDO QUE NÃO ESTOU MAIS EM TRATAMENTO MÉDICO e toda a documentação necessária para esta seguradora avaliar minha sequela MEDIANTE A REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL JÁ ESTA NO MEU PROCESSO;

9º – CONFORME RESOLUÇÃO DA SUSEP Nº 332/2015, ESTA SEGURADORA TEM ATÉ 30 DIAS PARA RESOLVER MEU PROCESSO A PARTIR DO PROTOCOLO, SENDO QUE MEU PROCESSO SE ENCONTRA COM SINISTRO GERADO E CADASTRADO DESDE O DIA XX/XX/20XX, PORTANTO, HÁ MAIS DE XXX DIAS;

POR TANTO, TAL EXIGÊNCIA É ILEGAL, ARBITRÁRIA E ABUSIVA, UMA VEZ QUE ESTÃO ME PEDINDO DOCUMENTO MÉDICO QUE É PRATICAMENTE IMPOSSÍVEL DE OBTER, UMA VEZ QUE O SERVIÇO DE SAÚDE, NEM MEU MÉDICO FORNECE POR SEREM PROIBIDOS PELA LEGISLAÇÃO MÉDICA EM FORNECER, E TAMBÉM POR ESTA EXIGÊNCIA LESAR O MEU DIREITO LÍQUIDO E CERTO A INDENIZAÇÃO, POIS TENHO SEQUELAS PARCIAIS PERMANENTES DECORRENTE DA MINHA LESÃO DO ACIDENTE.

Sendo assim, REQUEIRO que esta Seguradora RECONSIDERE ESTA EXIGÊNCIA E A RETIRE DO SISTEMA PARA CONTINUIDADE NA ANÁLISE DE MINHAS SEQUELAS, MEDIANTE O AGENDAMENTO DE UMA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, UMA VEZ QUE PERÍCIA MÉDICA INDIRETA É VEDADA PELO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E DEZENAS DE RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL E REGIONAIS DE MEDICINA, sob pena de infração ética do médico que contrariar tais preceitos.

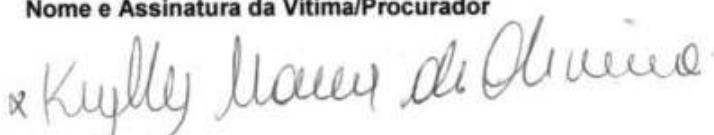
EM HAVENDO MANUTENÇÃO DESTA PENDÊNCIA ILEGAL, INFORMO QUE FAREI DENÚNCIA A SUSEP, AO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Nestes termos, pede-se deferimento.

Att.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Nome e Assinatura da Vítima/Procurador





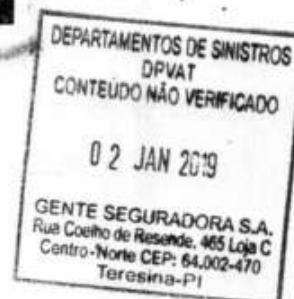


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:07  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010741200000011080019>  
Número do documento: 20090310010741200000011080019

Num. 11702414 - Pág. 32



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.212.129
	DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14
NOME	
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA	
FILIAÇÃO	
EVA MOURA DA SILVA ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA	
NATURALIDADE	
BARÃO DE GRAJAU-MA	
DOC. ORIGEM	DATA DE NASCIMENTO
18/12/1979	
CERT. NASC. 39751 N 53A F 097	
EXP TERESINA-PI 27/08/99	
TERESINA - PI	
839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83	



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

<b>PI Nº 013404353322 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>		
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b>		
<b><a href="http://www.seguradoraalider.com.br">www.seguradoraalider.com.br</a></b>		
<b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>		
<b>EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/05/2018</b>		
VIA	CPF / CNPJ 00653708300	
RENAVAM	PLACA PER-1314	
01410545962	MARCA / MODELO HONDA / CG 150 ELITAN ESD	
ANO FAB 2014	Nº CHASSI 9C2KC1650ER023423	
<b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b>		
PREÇO (R\$) 800,00	DEPARTAMENTO (R\$) 800,00	CUSTO DO SEGURO (R\$) 800,00
CUSTO DO BILHETE (R\$) 800,00	ICP (R\$) 809,00	VALOR SERVICO PRECO SEGURO (R\$) 185,50
<b>PAGAMENTO</b>		<b>DATA DE QUITAÇÃO</b> <input checked="" type="checkbox"/> COTA (UNICA) <input type="checkbox"/> PARCELADO <b>05/04/2018</b>
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> <b>CNPJ 09.248.668/0001-04</b>		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190007694      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARINALDO FERREIRA DIAS      **Data do acidente:** 07/06/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

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

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(PREENCHER COM LETRAS LEGIVEIS E SEM RASURAS)

OUTORGANTE:

Nome: Marinaldo Ferreira Díes

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 1980861

CPF: 006.537.083-00

Profissão: Pintor

Endereço: Rua: 24 N: 2316 B. Parque Alvorada

Cep: \_\_\_\_\_

Telefone: (86) 99472-9591

OUTORGADO:

Nome: Keylly moura de oliveira

Estado civil: Solteira

CPF: 839.502.303-00

Profissão: Corretor (A)

Endereço: R: vinte e quatro de janeiro n:554 bairro: Centro THE-PI

CEP: 64.018-650

Telefone: (86) 9. 9472-9591 / (86) 9. 8807-78' 0



Pelo presente instrumento particular da procura, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou transferir quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia e edica e solicitar reagendamento, podendo substanciar e praticar enfim, todos os atos de direito permitido para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

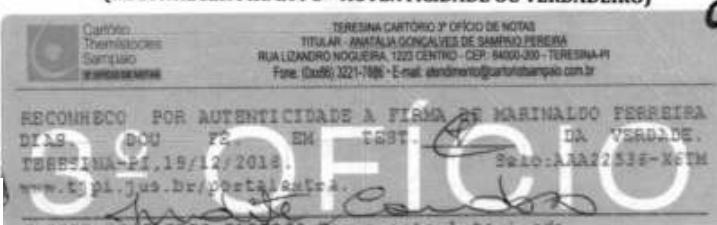
Vítima: Marinaldo Ferreira Díes  
Teresina - Pernambuco 19/12/2015

LOCAL: DATA

Marinaldo Ferreira Díes 

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA PÓDIUM AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:07  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010741200000011080019  
Número do documento: 20090310010741200000011080019

Num. 11702414 - Pág. 36

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000862/19

**Vítima:** MARINALDO FERREIRA DIAS

**CPF:** 006.537.083-00

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 07/06/2018

**Titular do CPF:** MARINALDO FERREIRA DIAS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

#### MARINALDO FERREIRA DIAS : 006.537.083-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:07  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010741200000011080019>  
Número do documento: 20090310010741200000011080019

Num. 11702414 - Pág. 37



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, 02 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190007694**      **Vítima: MARINALDO FERREIRA DIAS**

**Data do Acidente: 07/06/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARINALDO FERREIRA DIAS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13772739



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, 03 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190007694**

**Vítima: MARINALDO FERREIRA DIAS**

**Data do Acidente: 07/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARINALDO FERREIRA DIAS**

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

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00989/00990 - carta\_03 - INVALIDEZ



00040495

Carta nº 13778867



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:08  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010820600000011080021>  
Número do documento: 20090310010820600000011080021

Num. 11702417 - Pág. 2

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, 18 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190007694**      **Vítima: MARINALDO FERREIRA DIAS**

**Data do Acidente: 07/06/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARINALDO FERREIRA DIAS**

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

**Recebedor: MARINALDO FERREIRA DIAS**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000029**

**Conta: 0000060210-8**

**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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES DA VITIMA E PRAZO DE PREENCHIMENTO DA PESSOA FÍSICA (ARTIGO 465/2012)			
Nome completo:	Mauricélio Ferreira Alves		
Profissão:	CPF:	2316	Complemento:
Pintor	006.537.083-00		
Endereço:	Rua: 24	Estado:	Maranhão
Bairro:	Parque Alvorada	CEP:	65000-000
Cidade:	Timon	Tel.(DDD):	(86) 99472-9591
E-mail:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante a seguir (ANEXAR CÓPIA).			
RENDIMENTO MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS PARA PREENCHIMENTO DA INDENIZAÇÃO ASSISTENCIAL E PAGAMENTO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinar só uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO:	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0009	CONTA: 60250	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CÁRTEIRA DE INVALIDEZ PERMANENTE	
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que, (assinalar uma das opções):	
<input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou	
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou	
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.	
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação que permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a tese 402-470 da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	

02 JAN 2019

Rua das Seguradoras, 465 - Centro - São Luís - MA - CEP: 65000-000

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CÁRTEIRA DE Morte	
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima:	
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compaheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.	

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina - Piauí 20.12.18  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_  
2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Mauricélio Ferreira Alves

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Kelly Maia de Oliveira

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

1º beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

O ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TUTORES







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004365/2018-09

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 19/12/2018 - 13:19

#### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

07/06/2018 - 12:40

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Bairro**

Município

TERESINA

MATINHA

494921

**Endereço**

PONTE METALICA, Nº:

**Ponto de Referência**

Complemento

BARREIRA MILITAR

#### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1980861 PI

Noticiante

Mãe: LAIDE FERREIRA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPIVAT

Endereço: RUA 24, Nº 2376

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Complemento: PARQUE ALVORADA

02 JAN 2019

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

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

#### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

#### RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/CG 150 TITAN ESD, PLACA PIB-1314-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 01010545962, E QUE TRAFEGAVA PELA PONTE METÁLICA, SENTIDO TIMON/TERESINA, QUANDO AO ATRAVESSAR A PONTE, DERRAPOU NOS TRILHOS E CAIU. DEPOIS UMA OUTRA MOTO ATROPELOU O MESMO. FOI SOCORRIDO POR FRANCILIO DA SILVA COSTA, BECO 02, Nº 767-CILA ANGELICA, TIMON-MA, E LEVADO PARA A UPA. (PRONT. 115840). DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT. (PRONT. 125658). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

MARINALDO FERREIRA DIAS - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:08

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010820600000011080021

Número do documento: 20090310010820600000011080021

Página 1/1

Num. 11702417 - Pág. 6



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
006.537.083-00	Marinaldo Ferreira Alves		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FINAIS DE VÍTIMA / RENDA MENSAL DE PESSOAS RESIDENTES / INSCRIÇÃO DE VÍTIMA / TÍTULO DE PROPRIEDADE / TÍTULO DE SEGURO			
Nome completo: Marinaldo Ferreira Alves		CPF: 006.537.083-00	
Profissão: Pintor	Endereço: Rua 24	Número: 2316	Complemento:
Barro:	Cidade: Timon	Estado: Maranhão	CEP: 65000-000
E-mail:		Tel.(DDD): (086) 99472-9591	

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

### RENDIMENTO MENSAL:

- |                                                     |                                                      |                                                      |                                                       |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS PARA PREFERÊNCIA DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR

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

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

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0029 013 CONTA: 60250

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

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

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

CONTRATO DE SINISTROS  
LAUDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

- Não há IML que atenda a região do acidente ou à 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rua Costa Seguradora S.A.  
CEP 65000-000  
Fone: (086) 99472-9591

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data, Turin - Piauí 20.12.18  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\* Assinatura de quem assina A ROGO  
M. Ferreira Alves

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
M. Ferreira Alves

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CÓDIGO E CARTEIRA DE PERTINÊNCIA DE TODOS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:08  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010820600000011080021

Número do documento: 20090310010820600000011080021

Num. 11702417 - Pág. 7

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS		Prontuário: 115840
Mãe: LAIDE FERREIRA	Pai: MANOEL SOUSA DIAS	
End. Resid.: ENG. MIGUEL FURTADO BACELAR , 3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 21/12/1979	Idade: 38a5m18d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão:	Documento: CPF: 006.537.083-00	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 260285	Entrada: 08/06/2018 16:43:06	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Edema	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Refere acidente de motocicleta ontem, refere dor e edema em pé E,		KARLA DANIELLA GOMES DE SOUSA E COREN/PI 276884 Em: 08/06/2018 16:56:20

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx : fratura do maleolo lateral com desvio cd: cirurgia					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           DEPARTAMENTOS DE SINISTROS            DPVAT            CONTEÚDO NÃO VERIFICADO              02 JAN 2019              GENTE SEGURADORA S.A.            Rua Coelho de Resende, 465 Loja C            Centro-Norte CEP: 64.002-470            Teresina-PI         </div>					

Diagnóstico Inicial: Fratura do maleolo lateral	CID: 5825
Exames Complementares:	CNPJ: 05.522.017/0035-14 UPA - RENASCENÇA Rua Rio Verde, nº 2810 Renascença III - CEP 64.082-110 Teresina - Piauí

Prescrição Médica: cetoprofeno 100mg-----1amp dipirona-----1amp soro fisiológico-----100ml ev	 Beane 14-45	Confere Com o Original 30.07.18
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

Motivo da Alta/Encerramento: Alta com Receita	DATA: / / .	HORA: : .
--------------------------------------------------	-------------	-----------

Maia Clínica da Selva  
Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA  
CRM PI 3824 Em: 08/06/2018 17:22:13



## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS		Prontuário: 115840
Mãe: LAIDE FERREIRA	Pai: MANOEL SOUSA DIAS	
End. Resid.: ENG. MIGUEL FURTADO BACELAR , 3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 21/12/1979	Idade: 38a5m18d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão:	Documento: CPF: 006.537.083-00	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 260285	Entrada: 08/06/2018 16:43:06	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Edema	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Refere acidente de motocicleta ontem, refere dor e edema em pé E,		KARLA DANIELLA GOMES DE SOUSA E COREN/PI 276884 Em: 08/06/2018 16:56:20

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx : fratura do maleolo lateral com desvio cd: cirurgia					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           DEPARTAMENTOS DE SINISTROS            DPVAT            CONTEÚDO NÃO VERIFICADO              02 JAN 2019              GENTE SEGURADORA S.A.            Rua Coelho de Resende, 465 Loja C            Centro-Norte CEP: 64.002-470            Teresina-PI         </div>					

Diagnóstico Inicial: Fratura do maleolo lateral	CID: 5825
Exames Complementares:	CNPJ: 05.522.017/0035-14 UPA - RENASCENÇA Rua Rio Verde, nº 2810 Renascença III - CEP 64.082-110 Teresina - Piauí
Prescrição Médica: cetoprofeno 100mg-----1amp dipirona-----1amp soro fisiológico-----100ml ev	Confere Com o Original Assinatura: <i>Beane</i> <i>Beane</i> Data: 30.07.18
Motivo da Alta/Encerramento: Alta com Receita	DATA: / / . HORA: : .

Assinatura Paciente ou Responsável <i>Maria Clomia da Silva</i>		TERCIO DANTAS MOURA CRM PI 3824 Em: 08/06/2018 17:22:13
--------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------



# 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: 11/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINALDO FERREIRA DIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000060210-8

---

Nr. da Autenticação 7A2B29D1E97BD9E3



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:08  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010820600000011080021>  
Número do documento: 20090310010820600000011080021

Num. 11702417 - Pág. 10





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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.

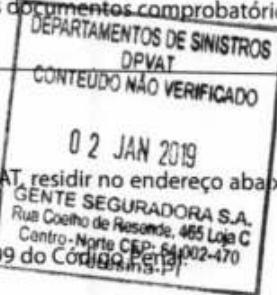
A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kyllly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marinaldo Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.537.083-00, do sinistro de DPVAT cobertura Individuado da Vítima Marinaldo Ferreira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.537.083-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:



Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua: Vinte e Quatro de Janeiro</u>	Número	<u>554</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado - <u>Piauí</u>
Email	Telefone comercial (DDD)			Telefone celular (DDD) <u>(86) 99472-9591</u>

Ths, Pi, 20 de 12 de 18  
Local e Data

Kyllly Moura de Oliveira.

Assinatura do Declarante

101/2017



## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS		Prontuário: 115840
Mãe: LAIDE FERREIRA	Pai: MANOEL SOUSA DIAS	
End. Resid.: ENG. MIGUEL FURTADO BACELAR , 3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 21/12/1979	Idade: 38a5m18d	Sexo: Masculino Fone: - - -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão:	Documento: CPF: 006.537.083-00	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 260285	Entrada: 08/06/2018 16:43:06	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Edema	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Refere acidente de motocicleta ontem, refere dor e edema em pé E,		KARLA DANIELLA GOMES DE SOUSA E COREN/PI 276884 Em: 08/06/2018 16:56:20

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx : fratura do maleolo lateral com desvio cd: cirurgia					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           DEPARTAMENTOS DE SINISTROS            DPVAT            CONTEÚDO NÃO VERIFICADO              02 JAN 2019              GENTE SEGURADORA S.A.            Rua Coelho de Resende, 465 Loja C            Centro-Norte CEP: 64.002-470            Teresina-PI         </div>					

Diagnóstico Inicial: Fratura do maleolo lateral	CID: 8826
Exames Complementares:	

Prescrição Médica: cetoprofeno 100mg-----1amp dipirona-----1amp soro fisiológico-----100ml ev	Confere Com o Original Assinatura: _____ Data: 30/07/18
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

Motivo da Alta/Encerramento: Alta com Receita	DATA: / / . HORA: : .
--------------------------------------------------	-----------------------

*2. Maua Clonice da Selva*

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA  
CRM PI 3824 Em: 08/06/2018 17:22:13



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 251211894	Nº REGULAÇÃO: 29191	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: MARINALDO FERREIRA DIAS	NASCIMENTO: 21/12/1979	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:  
PCT TEVE ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO, APRESENTA FRATURA DO MALEOLO LATERAL COM DESVIO

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO MALEOLO LATERAL

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 08/06/2018 18:17:28

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

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

CNPJ: 05.522.917/0035-19  
UPA - RENASCENCA  
Rua Rio Verde, nº 2810  
Renascenta III - CEP 64.082-110  
Teresina - Piauí

Comprovante Com o Original

União  
30/07/18



**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

*SP26*

De: UPA	Para: <i>HUT</i>
<i>Marcelo Ferreira Quas</i>	
Registro:	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<p><i>Rascunho de embrião de 30cm esquedo e apresenta protrusão malformação lateral com desvio.</i></p>	
<p><i>Di. 08/06/18</i></p>	
TERESINA-PI <i>08/06/18</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

<b>FICHA DE RETORNO</b>	
De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
<p><b>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</b> DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p>	
<p><i>02 JAN 2019</i></p>	
<p><b>GENTE SEGURADORA S.A.</b> Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>	
<p><b>CNPJ: 05.522.917/0035-19</b> <b>UPA - RENASCENCA</b> Rua Rio Verde, n° 2810 Centro - Norte CEP: 64.082-110</p>	
TERESINA-PI: <i>1/1</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

**Confere Com o Original**

*Marashibe*

*30.07.18*





NOME DO PACIENTE: Marinaldo Ferreira das

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 125658



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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

2

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**Imp: 08/06/2018 19:56:17  
(DANYELLE VIEIRA)**DADOS DO PACIENTE:**

<u>Nome:</u> MARINALDO FERREIRA DIAS		<u>Prontuário:</u> 125658
<u>Mãe:</u> LAIDE FERREIRA	<u>Pai:</u> MANOEL SOUSA DIAS	
<u>End. Resid.:</u> RUA ENGENHEIRO MIGUEL FURTADO BACELAR N°3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP:		
<u>Nascimento:</u> 21/12/1979	<u>Idade:</u> 38a5m18d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-98829-8194
<u>Responsável:</u> MARIA CLEONICE		<u>CNS:</u> 706702549658911
<u>Profissão:</u> PINTOR		<u>Documento:</u> RG: 1.980.861 - SSP-PI
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Completo		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 668924	<u>Data:</u> 08/06/2018 19:53:48	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

Data/Hora Solicitação: 1/1/18:00 ESPECIALISTA: Ortopedia - Pöt  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Reclama de acidente automobilístico do 27h  
envolvendo com braço esquerdo E. ferimento com ombro contuso  
em rayado cartilagem ~~pele~~ E. muscular somaltrâns, cefal  
co. Rx ferrozelo E. - fratura maleolar lateral 2+4+  
co. interraccia + ldo. gengivado

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/18:00 C/0 - 582,6  
cod. proced. - 0408050578

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Parecer
----------------------------------------------------------------	---------

02 JAN 2019

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

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/18:00

RAIO-X RENFRESCO
DATA: 07/06/2018
Técnico: 20:31

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
COMPROVANTE DE REGULACAO

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 251211894	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 29191	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b>	7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b>	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
<b>LEITO:</b>	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
<b>PACIENTE:</b> MARINALDO FERREIRA DIAS		<b>NASCIMENTO:</b> 21/12/1979

DADOS CLÍNICOS

<b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b> PCT TEVE ENTORSE DE TORNOZELO ESUQUERDO, APRESENTA FRATURA DO MALEOLO LATERAL COM DESVIO			
<b>PROVAS DIAGNÓSTICAS:</b>			
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b>			
<b>DIAGNÓSTICO(CID):</b> FRATURA DO MALEOLO LATERAL			
<b>COMORBIDADE:</b>			
<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b>	<b>FREQ. CARDÍACA:</b>	<b>SATURAÇÃO:</b>	<b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b>
<b>GLICEMIA:</b>	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b>	<b>USO DE O2:</b>	
<b>USO DROGAS VASOATIVAS:</b>			
<b>USO ANTIBIÓTICOS:</b>			
<b>USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:</b>			

<b>DATA:</b> 08/06/2018 18:17:28	<b>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</b> OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
<b>MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO</b>	02 JAN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Loja C Centro-Norte CEP: 64002-470 Teresina-PI





**SUS**

Fundação Municipal de Saúde

17 577 205/0015-32  
UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde N° 2810  
Renascença III -  
CEP 64082-110  
Teresina-PI



**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

582.6

De: UPA	Para:	HUT
Manoaldo Ferreira Araujo		Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO		

Racimbra tiver embora d tomoz  
esquedo e apresenta fratura do  
malhado lateral com desvio.

Dr. Tércio Dentos Moura  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 11224

TERESINA-PI 08106118	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo
-------------------------	------------------------------------------------

FICHA DE RETORNO		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
De:	Para:	02 JAN 2019
DIAGNÓSTICO		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
TERESINA-PI: ___/___/___	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	



## TERESINA UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
 TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS		Prontuário: 11584
Mãe: LAIDE FERREIRA	Pai: MANOEL SOUSA DIAS	
End. Resid.: ENG. MIGUEL FURTADO BACELAR , 3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 21/12/1979	Idade: 38a5m18d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão:	Documento: CPF: 006.537.083-00	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 260285	Entrada: 08/06/2018 16:43:06	Convênio: S U S	Proced: 030106009
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Edema	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Refere acidente de motocicleta ontem, refere dor e edema em pé E,		KARLA DANIELLA GOMES DE SOUS COREN/PI 276884 Em: 08/06/2018 16:56:20

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

paciente teve entorse de tornozelo esquerdo  
 rx : fratura do maleolo lateral com desvio  
 cd: cirurgia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

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

CID: s826

Diagnóstico Inicial:  
 Fratura do maleolo lateral

## Exames Complementares:

✓

## Prescrição Médica:

cetoprofeno 100mg-----lamp  
 dipirona-----lamp  
 soro fisiológico-----100ml ev

Beane  
 11-15

Dr. Tercio Dantas Moura  
 M.D. / M.B.B.S.  
 CRM PI 3824

## Motivo da Alta/Encerramento:

Alta com Receita.

DATA: / / HORA: : :

\* Maria Clonice da Silva

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA  
 CRM PI 3824 Em: 08/06/2018 17:22:13

LÁUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 101022 AIH: 2218100335979	
----------------------------------------------------------------	----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
706702549658911	MARINALDO FERREIRA DIAS		21/12/1979	M	125658
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
1980861 SSP-PI	86988298194	LAIDE FERREIRA	MARIA CLEONICE		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
BUENOS AIRES			TERESINA	PI	

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

##### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM TRAUMA EM TORNOCOLO ESQUERDO.

##### CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

##### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X EXAME FÍSICO

##### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL	CID 10 SECUNDARIO	CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 040R050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOCOLO UNIMALEOLAR.		
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA CPF: 64435121387 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA		DATA SOLICITAÇÃO 08/06/2018
DATA ADMISSÃO 08/06/2018 19:53	DATA ALTA 10/06/2018 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO

02 JAN 2010

UPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

##### AUTORIZAÇÃO

##### JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))  JOSÉ DE RIBAMAR SANTOS FILHO CPF: 37320645300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO - AUDITORIA  DATA ANÁLISE: 05/06/2018 21:22:41 CPF CRM DATA ANÁLISE:
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

##### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

MARINHO FONSECA JAS.

Diagnóstico pré-operatório

fract. Molar do inferior

Operação - Tipo

RATI

Cirurgião

DR. LEO COUTINHO  
CRM 10312409  
CREF 021004  
Sociedade Brasileira de  
Ortopedia e Traumatologia

Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

DR. LEO COUTINHO  
CRM 10312409  
CREF 021004  
Sociedade Brasileira de  
Ortopedia e Traumatologia

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

09/06/18

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
02 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64002-470  
Teresina-PI

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Paciente em RATI, sob anestesia com N2O e gástricado.
- 2) Anéurisica + antiinflamatória com tamponar entre
- 3) Enxerto lateral + díssim + RATI com placa 1/3 tubo 6 furos.
- 4) Enx. com SSI, 5%. e sutura por placa est. pul.
- 5) Curativo local e retirada da graxa com BPS.
- 6) + SEPA

DR. LEO COUTINHO  
CRM 10312409  
CREF 021004  
Sociedade Brasileira de  
Ortopedia e Traumatologia  
03/09/2020 12:40:09

Mot. 78.411T



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 09/06/18

NOME DO PACIENTE:	<u>Marinaldo Ferreira</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>125658</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	
CIRURGÃO:	<u>Dr. Lescádio</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Plínio</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Neles</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	<u>02</u>
AGULHA 30X8	UNID.	<u>—</u>		LUVA Nº	<u>7.0</u>	PAR	<u>02</u>
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº	<u>7.5</u>	PAR	<u>02</u>
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	<u>03</u>
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE		ML	<u>100</u>
ALGODÃO	BOLA	<u>—</u>		PVPI TÓPICO		ML	<u>100</u>
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>—</u>		PVPI TINTURA		ML	<u>—</u>
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC		UNID.	<u>—</u>
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 10CC		UNID.	<u>01</u>
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC		UNID.	<u>02</u>
ESCALPE Nº	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 3CC		UNID.	<u>—</u>
FORMOL	ML	<u>—</u>		SORO FISIOLÓGICO		FRASCO	<u>03</u>
GASES	<u>5.0</u>	PAC.	<u>10</u>	SONDA URETRAL		UNID.	<u>—</u>
JELCO Nº	UNID.	<u>—</u>		<u>Crema</u>		<u>unid</u>	<u>01</u>
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG					CONTEUDO NÃO VERIFICADO		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.					<u>02 JAN 2019</u>		
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	<u>unid</u>	<u>03</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0	<u>unid</u>	<u>01</u>		CIRCULANTE:	<u>Deumar &amp; Reis</u>		
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
02 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL DE  
REGIÃO DE TERESINA - HUT



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA ORTOPÉDIA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES
							CORREDORES	HORÁRIOS	
MARINALDO FERREIRA DIAS	125658	38							
DATA/HOR A CÓDIGO	DATA/HOR A CÓDIGO								
DI : 10/06/18	FRAT TNZ E								
1	Dieta oral livre								
2	Jelco salinizado								
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs								
4	Tilitatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 / 12hs								
5	Tramadol 100mg _ 01 amp + SF 0,9% 100ml EV 8 / 8hs SN								
6	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs								
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h								
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N								
9	Cuidados gerais e sinais vitais								
<b>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</b> <b>DPVAT</b> <b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b> <b>02 JAN 2019</b> <b>GENTE SEGURADORA S.A.</b> <b>Rua Colhão de Resende, 465 Lda C7</b> <b>Centro-Norte CEP: 65.002-070</b> <b>Teresina-PI</b>									
									Dr. Gerdanirio Croneimlinger / Dr. Yuri Magno Félix / Dr. Ricardo S. Valente / Dr. Paulo H. L. Peixoto Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM/PI 3415 / CRM/PI 2029 / CRM/PI 1108 / CRM/PI 1108 / CRM/PI 3415 / CRM/PI 2029 / CRM/PI 1108 / CRM/PI 1108



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO  
125658  
NOME DO PACIENTE  
Joaquim Henrique F. Doss

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		DATA/HORA	CÓDIGO	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	
Prescrição médica		Relatório de enfermagem		Horários		Observações			
09/06/18		1:05 - Achado de rux PDS da 125658		1:05 - Achado de rux PDS da 125658		1:05 - Achado de rux PDS da 125658			
1 Dieta oral livre e jejum após 23h		1 Dieta oral livre e jejum após 23h		1 Dieta oral livre e jejum após 23h		1 Dieta oral livre e jejum após 23h			
2 SG 5% 1000ml + SF 0,9% 1000 ml EV EM 24H		2 SG 5% 1000ml + SF 0,9% 1000 ml EV EM 24H		2 SG 5% 1000ml + SF 0,9% 1000 ml EV EM 24H		2 SG 5% 1000ml + SF 0,9% 1000 ml EV EM 24H			
4 Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h		4 Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h		4 Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h		4 Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h			
5 Tilitil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h		5 Tilitil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h		5 Tilitil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h		5 Tilitil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h			
6 Tramadol 50mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS		6 Tramadol 50mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS		6 Tramadol 50mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS		6 Tramadol 50mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS			
7 Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS		7 Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS		7 Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS		7 Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS			
8 CEFALOTINA 1G + AD. IV DE 6/6H		8 CEFALOTINA 1G + AD. IV DE 6/6H		8 CEFALOTINA 1G + AD. IV DE 6/6H		8 CEFALOTINA 1G + AD. IV DE 6/6H			
9									

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
02 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Chelito de Resende, 465 Uope C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Chico de Resende, 455 Loja C  
Centro - Norte CEP: 54.002-470  
Teresina - PI

GENTE SEGURO

Rua Olinto G. Ferreira, 45 - Centro

Centro-Norte CEP: 54.002-4

Terasina-PI

## ANSWER

111



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:08

<http://tjprj.pje.jus.br:80/Tg/Processo/ConsultaDocumento/listv>

Num. 11702417 Pág. 26

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

11

NOME Mauro Henrique Dias IDADE 39 anos DATA 09/10/2018  
HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 28 min TIPO DE ANESTESIA: (  ) GERAL (  ) RAQUE (  ) BLOQUEIO (  ) PERIDURAL (  ) SEDAÇÃO  
CIRURGIA REALIZADA Ex. Tnt. Mauro Henrique Dias CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		SAIDA
	ADMISSÃO	SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	101 x 59		113 x 55
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	79		70
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100 %		98 %
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Eliane A		

( ) SONDA VESICAL		( ) DRENO DE SUÇÃO		( ) DRENO TORÁCICO		( ) DVE		( ) COLOSTOMIA		SONDA: ( ) NASOG ( ) NASOE	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				

**Evolução de Enfermagem:** 19:25 h: Admitido a 38a em 201 de freguesia, festeiro de vestidos 1700 do mês de Querido, subido de regularidade, com 300 e secas. Vena

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
02 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coimbra de Resende, 455 Log. C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

**HORÁRIO** **ANESTESIOLOG**

ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:08  
<http://tpj1.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010820600000011080021>  
Número de documento: 20090310010820600000011080021

# PRESCRIÇÃO MÉDICA



Fundação Municipal de Saúde

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Nairinaldo Ferreira Reis						
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALÉGIAS Nigg alergicas nigro corsoxicada.		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE		
Frederico tornozele E (malleo lateral E)						
PRESCRIÇÃO MÉDICA: 21/05		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
DATA: 08/06/2019		HORA:		Visto Nutricionista Natalia CRB/PI 63320		
<p>① Dulacocel livre zero a garbo 250g.</p> <p>② SF 0,9% 500ml. iv. 12/12h</p> <p>③ Legalostra 1g + AD. iv. 6/6h</p> <p>④ Dypersol 500mg 1/ml - 2mls+AD. iv. 6/6h</p> <p>⑤ Tilitarol 20mg + AD. iv. 12/12h</p> <p>⑥ Bromopreto 10mg + AD. iv. no reaviso</p> <p>de reaviso</p> <p>⑦ Normacel 100mg + 100ml 30,09%. iv.</p> <p>8/8h se doze regratônia</p> <p>⑧ 0066 + 884</p> <p>⑨ Karamidol 50mg + AD. iv. 1/12h</p> <p>Lucas Aguiar Médico CRM-PI</p> <p>5 +</p> <p>OBS: cirurgia onenhat com Dr. Beloacado (09/06/19)</p>						

DEPARTAMENTOS DE  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIF  
02 JAN 2019  
GENIE SEGUROADORA  
Av. Coimbra de Resende, 485 L  
Centro - Pernambuco CEP: 54.002-000  
PE/2019-001

MÉDICO/CRM:

Mod: 007





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

15

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARINALDO FERREIRA DIAS** (Prontuário: **125658**)  
Endereço: **RUA ENGENHEIRO MIGUEL FURTADO BACELAR N°3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
Nascimento: **21/12/1979** Idade: **38a7m28d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **216092**  
Requisição: **845340** Solicitação: **09/06/2018** Solicitante: **EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA**  
Controle: **1045475** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 231 LEITO 230

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 09/06/2018

#### TORNOZELO ESQUERDO

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

- Fratura na fibula distal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura na fibula distal com fixação metálica

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/08/2018

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395 685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



À Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

C/C SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

C/C Ministério Público Federal



**ASSUNTO: IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR NOVOS DOCUMENTOS MÉDICOS – EXIGÊNCIA  
ABUSIVA – DESCUMPRIMENTO DE TAC ENTRE MPF E SEGURADORA LÍDER**

Sinistro 3190/007694 Vítima: Marinaldo Ferreira Dias - CPF 006.537.083-00

Procurador(a): Keylly Moura de Oliveira

Na qualidade de beneficiário/vítima, por meio de minha procuradora abaixo assinada, venho pela presente declaração informar que estou impossibilitado de cumprir a exigência "Documentação Médico-Hospitalar - Status: Não Conforme" de meu pedido de indenização, pelas razões a seguir:

**1ª Toda a documentação médica existente, necessária e suficiente, exigida pela Lei 6.194/74 já foi enviada e se encontra no processo;**

**2ª O serviço de saúde a qual passei por atendimento e tratamento médico NÃO FORNECE RELATÓRIOS MÉDICOS QUE APONTEM SEQUELA PERMANENTE PARA FINS SECURITÁRIOS, bem como não fornecem exames de imagem com Laudo;**

**3ª Os PROFISSIONAIS MÉDICOS SE RECUSAM A FORNECER E PREENCHER RELATÓRIOS MÉDICOS DE CARÁTER SECURITÁRIO, pois são proibidos pela Resolução do CFM nº 2003/2012, QUE DETERMINA QUE ESSA FUNÇÃO É RESTRITA A EXAME MÉDICO PERICIAL, bem como MÉDICO ASSISTENTE É PROIBIDO DE SER PERITO OU AUDITOR DE SEU PRÓPRIO PACIENTE, nos termos do Art. 93 do Código de Ética Médica;**

**4ª Os profissionais médicos somente se dispõem a preencher e fornecer tais relatórios se houver pagamento em caráter particular, com prévio agendamento em seus consultórios, sendo que ISSO OCORRENDO POR EXIGÊNCIA DA SEGURADORA LÍDER OU SUA CONSORCIADA É UM CERCEAMENTO DO MEU DIREITO A TER MEU PEDIDO ACATADO E INDENIZADO, já que tais consultas particulares possuem custos altíssimos, dos quais estou impossibilitado de arcar.**

**5ª Esta EXIGÊNCIA TAMBÉM VIOLA O QUE FOI DETERMINADO ENTRE O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E A SEGURADORA LÍDER DPVAT, ATRAVÉS DO TCAC nº 01/2012 e consequente divulgação da Circular PRESI 031/2012 de 06/09/2012, FICANDO DESDE ENTÃO “PROIBIDA A SOLICITAÇÃO OU EXIGÊNCIA, COMO CONDIÇÃO PARA REQUERIMENTO E/OU PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES DO SEGURO DPVAT, DE LAUDOS MÉDICOS, ESPECIALMENTE AQUELES EM QUE É SOLICITADO OU EXIGIDO O PREENCHIMENTO/ELABORAÇÃO PELO PROFISSIONAL MÉDICO QUE ATENDEU A VÍTIMA ACIDENTADA”**

**6ª A INSISTÊNCIA DESTA EXIGÊNCIA DOCUMENTAL, ainda conforme Circular PRESI 031/2012, E “O DESCUMPRIMENTO DAS MEDIDAS PREVISTAS NO TCAC E DESCritas NA PRESENTE CIRCULAR, PODERÃO ENSEJAR MULTAS DE UM SALÁRIO MÍNIMO POR EVENTO E SERÃO DE RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA QUE NÃO OBSERVOU AS DETERMINAÇÕES ORA**



TRANSMITIDAS, PODENDO HAVER AINDA, FISCALIZAÇÃO E COMUNAÇÃO DE MULTAS PELA SUSEP";

7º a DOCUMENTAÇÃO POLICIAL E MÉDICA ENVIADA É PERFEITAMENTE SUFFICIENTE PARA A COMPROVAÇÃO DO NEXO DE CAUSA E A LESÃO, EXIGIDOS NO ART. 5º DA LEI 6.174/94. Já o RESPECTIVO GRAU DE INVALIDEZ, SE NECESSÁRIO, PODERÁ SER APURADO MEDIANTE O AGENDAMENTO DE UMA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL AGENDADA POR ESTA SEGURADORA LÍDER, a qual reitero a concordância em realiza-la conforme concordei no formulário enviado Declaração de Inexistência do Laudo do IML, sem que haja prejuízo ao prazo regulamentar de análise e conclusão do processo que é de até 30 dias, conforme Resolução CNSP nº 332/2015;

8º – Meu acidente ocorreu em XX/XX/20xxxx, SENDO QUE NÃO ESTOU MAIS EM TRATAMENTO MÉDICO e toda a documentação necessária para esta seguradora avaliar minha sequela MEDIANTE A REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL JÁ ESTA NO MEU PROCESSO;

9º – CONFORME RESOLUÇÃO DA SUSEP N° 332/2015, ESTA SEGURADORA TEM ATÉ 30 DIAS PARA RESOLVER MEU PROCESSO A PARTIR DO PROTOCOLO, SENDO QUE MEU PROCESSO SE ENCONTRA COM SINISTRO GERADO E CADASTRADO DESDE O DIA XX/XX/20XX, PORTANTO, HÁ MAIS DE XXX DIAS;

POR TANTO, TAL EXIGÊNCIA É ILEGAL, ARBITRÁRIA E ABUSIVA, UMA VEZ QUE ESTÃO ME PEDINDO DOCUMENTO MÉDICO QUE É PRATICAMENTE IMPOSSÍVEL DE OBTER, UMA VEZ QUE O SERVIÇO DE SAÚDE, NEM MEU MÉDICO FORNECE POR SEREM PROIBIDOS PELA LEGISLAÇÃO MÉDICA EM FORNECER, E TAMBÉM POR ESTA EXIGÊNCIA LESAR O MEU DIREITO LÍQUIDO E CERTO A INDENIZAÇÃO, POIS TENHO SEQUELAS PARCIAIS PERMANENTES DECORRENTE DA MINHA LESÃO DO ACIDENTE.

Sendo assim, REQUEIRO que esta Seguradora RECONSIDERE ESTA EXIGÊNCIA E A RETIRE DO SISTEMA PARA CONTINUIDADE NA ANÁLISE DE MINHAS SEQUELAS, MEDIANTE O AGENDAMENTO DE UMA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, UMA VEZ QUE PERÍCIA MÉDICA INDIRETA É VEDADA PELO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E DEZENAS DE RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL E REGIONAIS DE MEDICINA, sob pena de infração ética do médico que contrariar tais preceitos.

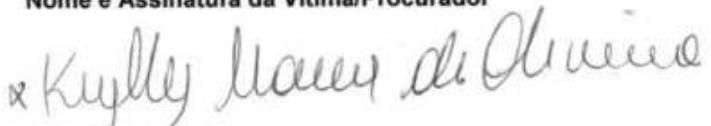
EM HAVENDO MANUTENÇÃO DESTA PENDÊNCIA ILEGAL, INFORMO QUE FAREI DENÚNCIA A SUSEP, AO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Nestes termos, pede-se deferimento.

Att.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

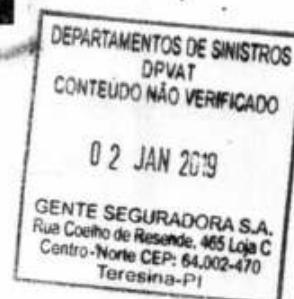
Nome e Assinatura da Vítima/Procurador







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.212.129
	DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14
NOME	
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA	
FILIAÇÃO	
EVA MOURA DA SILVA ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA	
NATURALIDADE	
BARÃO DE GRAJAU-MA	DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979
DOC. ORIGEM	
CERT. NASC. 39751 N 53A F 097 EXP TERESINA-PI 27/08/99	
TERESINA - PI 839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83	



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETAN - PI** **Nº 013404353322**

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA	000: RENAVAM	R.N.E.R.C	EXERCÍCIO
10001	01010545962		2018
10002	NOME		
10003	MARINALDO FERREIRA DIAS		
10004	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
10005	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
10006	CPF / CNPJ	PLACA	
10007	00653708300	PIB-1314	
10008	PLACA ANT. / UF	CHASSI	
10009	002KC1650E0000423		
10010	ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL	
10011	PAS/MOTOCICLETA/VERNÍCIA	ALCOOL / GÁS	
10012	MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
10013	HONDA/CG 150 TITAN ESD	2014	2014
10014	CAP / POT / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
10015	002F/014900	PARTICU	VERMELHA
10016	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
10017	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	1º IPVA
10018			2º
10019			3º PAGO
10020	PRÉMIO TARIFÁRIO	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
10021	000,00	000,00	000,00
10022	CUSTO DO BILHETE (R\$)	IPF (R\$)	VALOR SERVICO SEGURO (R\$)
10023	000,00	000,00	185,50
10024	PRAGAMENTO		
10025	<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	
10026			DATA DEQUITACAO
10027			00/04/2018
10028	<b>SEGURADORO OBRIGATÓRIO</b>		
10029	OBSERVAÇÕES		
10030	A FIDOCU ADMINISTRADORA DE CONCEITUAÇÃO NÃO É VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA		
10031	LOCAL	DATA	
10032	TERESINA	09/05/2018	
10033	REDAÇÃO AUTENTICA DO BILHETE DO RENO. LIDEN DETRAN - LICENCIAMENTO DETRAN - PI		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

**PI Nº 013404353322 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
000: RENAVAM	00653708300	2018	09/05/2018
01010545962	MARCA / MODELO	PIB-1314	
2014	ANO FAB.	HONDA/CG 150 TITAN ESD	
09	DATA FAB.	002KC1650E0000423	
PRÉMIO TARIFÁRIO	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
000,00	000,00	000,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IPF (R\$)	VALOR SERVICO SEGURO (R\$)	
000,00	000,00	185,50	
PRAGAMENTO			
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO		
			DATA DEQUITACAO
			00/04/2018
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>			
CNPJ 09.248.988/0001-04			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190007694      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARINALDO FERREIRA DIAS      **Data do acidente:** 07/06/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

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

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(PREENCHER COM LETRAS LEGIVEIS E SEM RASURAS)

OUTORGANTE:

Nome: Marinaldo Ferreira Díes

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 1980861

CPF: 006.537.083-00

Profissão: Pintor

Endereço: Rua: 24 N: 2316 B. Parque Alvorada

Cep: \_\_\_\_\_

Telefone: (86) 99472-9591

OUTORGADO:

Nome: Keylly moura de oliveira

Estado civil: Solteira

CPF: 839.502.303-00

Profissão: Corretor (A)

Endereço: R: vinte e quatro de janeiro n:554 bairro: Centro THE-PI

CEP: 64.018-650

Telefone: (86) 9. 9472-9591 / (86) 9. 8807-78' 0



Pelo presente instrumento particular da procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou transferir quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia e edica e solicitar reagendamento, podendo substancial e praticar enfim, todos os atos de direito permitido para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

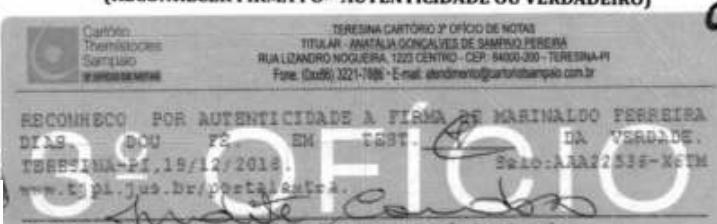
Vítima: Marinaldo Ferreira Díes  
Teresina - Piauí 19/12/2015

LOCAL DATA

Marinaldo Ferreira Díes

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA PÓR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000862/19

**Vítima:** MARINALDO FERREIRA DIAS

**CPF:** 006.537.083-00

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 07/06/2018

**Titular do CPF:** MARINALDO FERREIRA DIAS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

#### MARINALDO FERREIRA DIAS : 006.537.083-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 10:03:08  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310010820600000011080021>  
Número do documento: 20090310010820600000011080021

Num. 11702417 - Pág. 37