

Control de x Sistema S x Sistema S x Consulta pr x PJ 0811016-10 x PJ 0800132-20 x PJ 0800632-85 x PJ 0801751-00 x PJ 0801727-75 x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=509635&ca=d87083bda303d0ab09ef2b36fe565b...

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

PJe ProceComCiv 0811016-10.2020.8.18.0140
MARINALDO FERREIRA DIAS X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEG...

11702411 - Petição (2745272 JUNTADA DE DOCS 02)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 03/09/2020 10:01:08

03 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO

- 11702407 - Petição
 - 11702411 - Petição (2745272 JUNTADA DE DOCS 02)
 - 11702414 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT)
 - 11702417 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT)

10:01

25 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE

downloadBinario.seam 1 / 1

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08110161020208180140

PT 10:16 03/09/2020



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	
MARINALDO FERREIRA DIAS (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11702407	03/09/2020 10:01	Petição	Petição
11702411	03/09/2020 10:01	2745272_JUNTADA_DE_DOCS_02	Petição
11702414	03/09/2020 10:01	ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11702417	03/09/2020 10:01	ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Segue em anexo juntada de documentos.





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 Douto 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





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

Rio de Janeiro, 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13772739

Pag. 01851/01852 - carta_01 - INVALIDEZ

00010926





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

Rio de Janeiro, 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





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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01235/01236 - carta_15R - INVALIDEZ







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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

PONTE METALICA, Nº:

Complemento

Data/Hora

07/06/2018 - 12:40

Bairro

MATINHA

Ponto de Referência

BARREIRA MILITAR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS

RG: 1980861 PI

Mãe: LAIDE FERREIRA

Endereço: RUA 24, Nº 2376

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Tipo Envolv.: VITIM



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



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	Marivaldo Ferreira Reis
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PARA A RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA) - REGULAR (SESP Nº 45/2012)		
Nome completo:	CPF:	
Marivaldo Ferreira Reis	006.537.083-00	
Profissão:	Endereço:	Número:
Pintor	Rua: 24	2316
Bairro:	Cidade:	Estado:
Parque Alameda	Timon	Maranhão
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
		(86) 99472-9591

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

RENDA 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 DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE A OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0029 013	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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo médico apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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.

ATOS DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN 2019
RUA CAETANO DE SOUZA, 465 Lda C
CEP: 64.002-470
FONE: (86) 99472-9591

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Timon - Piau 20.12.18	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura _____
	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 E DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

**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:**

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

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

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/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx: fratura do maléolo 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
---	---

Diagnóstico Inicial: Fratura do maléolo lateral	CID: S826
---	---------------------

Exames Complementares:	CNPJ: 05.522.917/0001-19 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
---	-----------------------------------

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

Assinatura Paciente ou Responsável

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



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

**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:**

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

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

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/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx: fratura do maléolo lateral com desvio cd: cirurgia	
---	--

Diagnóstico Inicial: Fratura do maléolo lateral	CID: S826
---	---------------------

Exames Complementares:	CNPJ: 05.522.917/0001-19 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 30.07.18
---	---

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

Assinatura Paciente ou Responsável

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



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

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



CA TIMON

AV. PRESIDENTE MEDICI, 718 - PG. PIAUI
CENTRO - CEP: 65631-331 - AGUAS DE TIMON-MA
TELEFONE: 8000 595 8038
CNPJ: 21.716.740/0001-65

PATRÍCULA: 44685-8 FATURA Nº: 150595923
MÊS/ANO: 11/2018

NOME/ENDEREÇO
MORADOR: MARIA CLEONICE DA SILVA
RUA 24, No. 2376 - PARQUE ALVORADA, TIMON-MA - CEP.65633-530

LOCALIZADO
015-00004-020360

DATA APROX. PROX. LEITURA: 20/12/2018 GRUPO: 015 NÚMERO DO HIDRÔMETRO: Y17S153379

HISTÓRICO DO CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
10-2018	Lido	23	23
09-2018	Lido	22	22
08-2018	Lido	22	22
07-2018	Lido	24	24
06-2018	Lido	26	26
05-2018	Lido	26	26

DESCRIPÇÃO - CATEGORIA - TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR: 22/10/2018 392
ATUAL: 22/11/2018 414

CONSUMO MÊS AN: 22
MÉDIA DIÁRIA (m³/dia):
MÉDIA 6 MÊS (m³/mês):

Lei 12.741/2012
PIB-PAREP: 32,52m³.65m³ = 1,36
COPINS: 32,52x7,68m³ = 6,27

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	TARIFA DE CONSUMO	RENTAL	ENCARGOS
0	18	3.9550	88
10	28	3.6950	88
20	38	3.8050	88
30	48	4.1650	88
40	999999	4.4640	88

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 80,68		
> Residencial-Normal	22,0 m³	80,68
JUROS POR ATRASO	10/2018	0,72
MULTA POR ATRASO	10/2018	1,73

ÁGUAS DE

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

IRREGULARIDADES/INFORMANTES

BENEFICIÁRIOS DA TARIFA SOCIAL PROCURAR LOJA DE ATENDIMENTO PARA REALIZAR O RECADASTRAMENTO. O MESMO É OBRIGATORIO PARA NÃO PERDER O BENEFÍCIO.

*** NOTIFICAÇÃO ***

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

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA (M3)	VALOR PERMITIDO
Cloro Livre	431	431	0	0,48	0,20-5,00 mg/L
Cor Aparece	433	433	0	2,59	Inferior a 15,00
Ph	432	433	0	7,14	6,00-9,50
Turbidez	433	433	0	0,55	Inferior a 5,00
Coliformes Totais	432	432	0	Ausência	Ausência

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. e Decreto nº5448)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA (M3)	VALOR PERMITIDO
Escherichia Coli	433	433	0	Ausência	Ausência

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

ÁGUAS DE
CA TIMON

PATRÍCULA: 44685-8 FATURA Nº: 150595923
MÊS/ANO: 11/2018

VENCIMENTO: 10/12/2018 VALOR A PAGAR: 82,53



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



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.740/0001-00 | Ins. Estadual: 19.301.380-6
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Registro da tarifa de energia aprovado pela 2782/09/96

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

014224202

Nº da Nota Fiscal

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

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	160	176,63

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059067125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	11998	Atual	25-10-2018
Anterior	1.000	Anterior	26-12-2018
Constante de Multiplicação	160	Próxima Leitura	26-11-2018
Consumo Medidor	160	Emissão	27-11-2018
Consumo Fatorial	NORMAL	Aprovação	33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
RESIDENCIAL	MONO	A1484335	1.1.1.1

HISTÓRICO kWh	CONTRIBUIÇÃO
OUT/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
SET/18	DOACAO LEV - 0800 055 5099
AGO/18	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)
JUL/18	MULTA POR ATRASO (2X)
JUN/18	JUROS POR ATRASO (2X)
MAI/18	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,30
ABR/18	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,45
MAR/18	
FEV/18	
JAN/18	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 160 - 0,511362

PARABENS! Até o dia 26-11-2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



RESERVADO AO FISCO		INDICADORES DE CONTINUIDADE	
COMPOSIÇÃO DA CONTA	26,11	Base de Cálculo	22,00%
Energia	49,62	Alíquota ICMS	28,19
Energia	7,80	Valor do ICMS	1,52
Energia	7,90	Valor do PIS	7,02
Tributos	36,73	Valor do COFINS	

TERESINA-MACAUBA



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.740/0001-00 | Ins. Estadual: 19.301.380-6

SEU CÓDIGO
0051867-0

MÊS FATURADO
11/2018

TOTAL A PAGAR - R\$
176,63

VENCIMENTO
04-12-2018

Nº da Nota Fiscal: 014224202 FCAM

83600000001 5 76630017000 4 000000000051 3 86701118008 2



SEQ.: 00093 UC: 0051867-0 DT. LEIT.: 27/11/2018 T. ENTR.: 01
LEITURA: 12158 NORMAL TOTAL: 176,63 CARGA: 016
DT. VENC.: 04-12-2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2182



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

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Kelly Maria de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marinaldo Ferreira Dias inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.537.083-00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Marinaldo Ferreira Dias, 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>Turima</u>	Estado	<u>PR</u>
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>(86) 99472-9591</u>	

Th, Pi 20 de 12 de 18
Local e Data

Kelly Maria de Oliveira
Assinatura do Declarante



**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:**

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

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADGESSO-PI)

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 276894 Em: 08/06/2018 16:56:20

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

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx : fratura do maleolo lateral com desvio cd: cirurgia	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
--	---

Diagnóstico Inicial: Fratura do maléolo lateral	CTD: 8826
---	---------------------

Exames Complementares:	CNPJ: 05.522.017/0001-19 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 30.07.18
---	---

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

Assinatura Paciente ou Responsável

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



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. 14



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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

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:

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

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

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

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

Compare com o Original

Imprimido
30.07.18





Fundação Municipal de Saúde



17 577 205/0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA Para: HUT

Manoel de Farias Dias Registro:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Passante tem entorço de tornozelo e apresenta fratura de malha lateral com desvio.

TERESINA-PI 08/06/18

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De: Para:

DIAGNÓSTICO

TERESINA-PI: 1/1

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

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
CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64.082-110
Teresina-PI

Confere Com o Original

Manoel de Farias
30.07.18





NOME DO PACIENTE: Marinaldo Ferreira Dias
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 125658



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





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

2

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

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

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ **ESPECIALISTA:** *Ortopedia - Pot*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *vítima de acidente automobilístico no 24h evoluindo com trauma torácico E. ferimento aberto anterior em região costal de tórax E. neurovascular comprometida, edema cp. Lx tórax E. - fratura malleolo lateral 2+4+ co. entressaca + lido gerado*

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: **Data/Hora:** __/__/__:__ **CRD - S82.6**
cod. gerado - 0408050578

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO: Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ **ESPECIALISTA:**

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

02 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DADOS DO PARECER: **Data/Hora:** __/__/__:__

RAIO-X TÓRAX
DATA 07/06/2018
Técnico: *[Assinatura]*
20:34

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 251211894		Nº REGULAÇÃO: 29191	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (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 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	
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	





Fundação Municipal de Saúde



17 577 205/0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

582.6

De: UPA	Para: HUT
Marcosaldo Ferraz Dias	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
Paciente tem entorse de tornozelo esquerdo e apresenta pattern de marcha lateral com dor.	
Dr. Tércio Dentos Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 4424	
TERESINA-PI 081066118	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
TERESINA-PI: _/_/_	
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	




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 17:22:13

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: 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/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

Diagnóstico Inicial:
 Fratura do maléolo lateral

 CID:
 s826

Exames Complementares:
Prescrição Médica:

 cetoprofeno 100mg-----1amp
 dipirona-----1amp
 soro fisiológico-----100ml ev

Motivo da Alta/Encerramento:


Alta com Receita.

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____:____

 Assinatura Paciente ou Responsável: *Maria Clonici da Silva*

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

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RAIO X EXAME FISICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL	CID 10 SECUNDARIO	CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
040R050578 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
CPF: 64433121387 CRM:

CARATER
URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO
08/06/2018

DATA ADMISSÃO
08/06/2018 19:53

DATA ALTA
10/06/2018 09:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

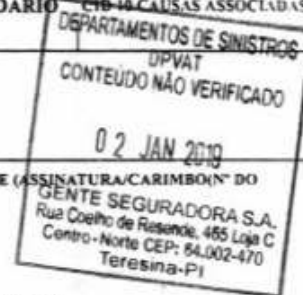
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO CPF: 37320645700 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA DATA ANALISE: 08/06/2018 21:22:43
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

MARINHO FORTUNA LIAS

Diagnóstico pré-operatório

frat. Mão direita

Operação - Tipo

RAFI

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

09/06/18

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em ASA, sob anestesia com MIE generoso.
- 2) Anestesia + antissepsia com campos estéril.
- 3) Incisão lateral + dissecção + RAFI com placa 1/3 tubo 6 fur.
- 4) Lige com 5/0, 5/1 e sutura por planos atipula.
- 5) Contorno local e retirada de gesso com BPS.
- 6) A SKPA

Dr. Laércio Soares
ORÇAMENTO / TRAUMATOLOGIA
01-01-2018 REC-3 JEOT 12409

Mod. 76 HUT



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/06/18

NOME DO PACIENTE: <u>Marimilson Ferreira</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>125658</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>Dr. Roscadio</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Almir</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Neves</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	—	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES <u>5.0</u>	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Cirurgia</u>	UNID.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 02 JAN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Laja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI </div>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON <u>2.0</u>	und	03					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>	und	01		CIRCULANTE: <u>Deuma + Rosimundo</u>			
PROLENE		—					



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO PACIENTE

✓

PRONTIUBIO

PROTIBIO

	DATA/HORA	CÓDIGO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTIUBIO

PROTIBIO

Chlorine

1000

1000

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Answer

OBSERVAÇÕES

1.000

08/06/18

Dieta oral livre e jejum após 23h

SG 5% 1000ml + SF 0.9% 1000 ml EV EM 24H

Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h

Tilatil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h

Tramadol 50mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS

Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS

CEFALOTINA 1G + AD, IV DE 6/6H

9

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
Teressina-PI

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

D^r. Jyoti Suresh Dines
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Coluna Vertebral
CRM - PI 3746 / OAB - MA 95-00

Num. 11702414 - Pág. 26

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

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

Número do documento: 20090310010741200000011080019

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

11

NOME	Adriano Pereira Dias	IDADE	38 anos	DATA	09/10/2018
HORÁRIO DE ADMISSÃO	19 hs 25 min	TIPO DE ANESTESIA:	() GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO		
CIRURGIA REALIZADA	Fix. tnt. maldito lateral etc.			CIRURGIÃO	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	101 x 59	113 x 55
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	79	70
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	100 %	98 %
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	E. Lyma A	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	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"/>	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"/>	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"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	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"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	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"/>	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"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	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"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	09		
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	11/13/25		

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() 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:

19:25h: Admitido 38a em 201 de fixação
 fístula do maldito lateral do m I esquerdo, sob
 to do maldito lateral, m maldito e seco. Vena

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA
21:40

HORÁRIO

ANESTESIOLOGIA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS

() () () () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () () QUEIM. CLÍNICA: () PED () TORT () NEU () CIR () ME



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. 27



Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

{

cc



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT.	LEITO
Navaral do Ferreira Ducas					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE			
Fratura toraxico E (maldade lateral E)	Nup alergica Nup asbesticada.				
DATA: 08/06/18	HORA: 15	HORÁRIO			
Visto Nutricionista RUBENS CIBS/PI 5320					
1) Dilecosel.bire zero a pastore 20h.					
2) SF 0,9% 500ml. IV, 12/14h					
3) Cefalotro 1g + AD. IV, 6/16h					
4) Dexam 50mg 1ml - 2ml + AD. IV 6/16h					
5) Talatol 20mg + AD. IV, 12/14h					
6) Bromopride 10mg + AD. IV, 12/14h					
7) Promadol 100mg + 100ml SF 0,9%, IV, 8/16h se dor respiratoria					
8) OGG + SSN					
9) Paracetol 50mg + AD, IV, 12/14h					
Obs: cefuroxime amanha com Dr. Blocaidie (09/06/18)					

DATA: 08/06/18
TÉCNICO: R

DEPARTAMENTOS DE S
DPVAT
CONTEUDO NÃO VER
02 JAN 2019
GENTE SEGURADORA
Rua Coentro de Resende, 465 L
Centro - Jorite CEP: 64.002-4
Teresina - PI

Mod: 007

MÉDICO/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

Pág: 1 de 1

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/08/2018

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



[Handwritten signature]



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”:

7ª a DOCUMENTAÇÃO POLICIAL E MÉDICA ENVIADA É PERFEITAMENTE SUFICIENTE 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;

8ª – 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;

9ª – 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;

PORTANTO, 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.

Nome e Assinatura da Vítima/Procurador

x *Kyelly Mayer de Oliveira*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1294290398

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1294290398

NOME
MARINALDO FERREIRA DIAS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR /
1980861 SSP PI

CNPJ
006.537.083-00 DATA NASCIMENTO
21/12/1979

PRACÇÃO
MANOEL SOUSA DIAS
LAIDE FERREIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. PMB
AB

Nº REGISTRO
06403849984 VALIDADE
14/11/2019 P. HABILITAÇÃO
03/07/2015

OBSERVAÇÕES

Marinaldo Ferreira Dias
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA DATA DE EMISSÃO
22/07/2016

95164900394
91317519140

DETRAN - PI (PJAUI)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0501401

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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 V 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI 839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

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

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



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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(PREENCHER COM LETRAS LEGÍVEIS E SEM RASURAS)

OUTORGANTE:

Nome: Marinaldo Ferreira Dias
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Solteiro
 Identidade: 1980861
 CPF: 006.537.083-00
 Profissão: Pintor
 Endereço: Rua: 24 N: 2396 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) 9.8807-7870

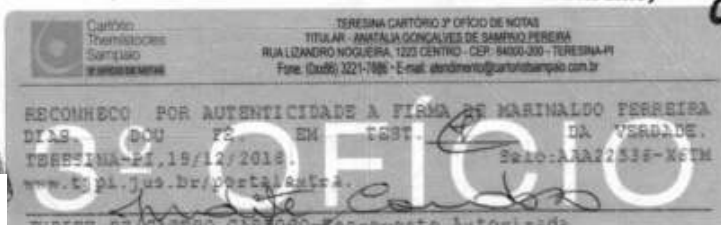


Pelo presente instrumento particular da procuração, nomele e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer 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 OBRIGATORIO DPVAT para a

Vítima Marinaldo Ferreira Dias
Teresina - Piau 18/12/2018

LOCAL DATA
Marinaldo Ferreira Dias 
 ASSINA JRA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR 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

CPF de: Próprio

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 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





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

Rio de Janeiro, 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

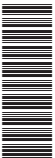
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13772739

Pag. 01851/01852 - carta_01 - INVALIDEZ

00010926





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

Rio de Janeiro, 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





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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 006.537.083-00 Nome completo da vítima: Murivaldo Ferreira Reis

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PARA DEBENEFICIAMENTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (CIRCULAR SOSEP Nº 445/2012)

Nome completo: Murivaldo Ferreira Reis CPF: 006.537.083-00

Profissão: Porta Endereço: Rua: 24 Número: 2316 Complemento: _____

Bairro: Parque Alameda Cidade: Timon Estado: Maranhão CEP: _____

E-mail: _____ Tel. (DDD): (86) 99472-9581

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

RENDA MENSAL:

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR E ANEXAR CÓPIA DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0029 013 CONTA: 60230 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE 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 DPVAT por invalidez permanente, uma vez que, (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Timon - Piau 20.12.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Murivaldo Ferreira Reis

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Ruy de Oliveira

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 TIMON





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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

PONTE METALICA, Nº:

Complemento

Bairro

MATINHA

Ponto de Referência

BARREIRA MILITAR

Data/Hora

07/06/2018 - 12:40

494921

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS

RG: 1980861 PI

Mãe: LAIDE FERREIRA

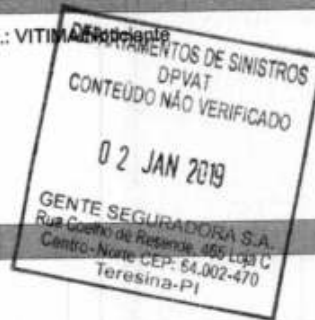
Endereço: RUA 24, Nº 2376

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Tipo Envolv.: VITIM



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELA TA 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

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	Marivaldo Ferreira Reis
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PARA A RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA) - REGULAR (SESP Nº 45/2012)		
Nome completo:	CPF:	
Marivaldo Ferreira Reis	006.537.083-00	
Profissão:	Endereço:	Número:
Pintor	Rua: 24	2316
Bairro:	Cidade:	Estado:
Parque Alameda	Timon	Maranhão
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
		(86) 99472-9591

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

RENDA 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 DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE A OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0029 013 CONTA: 60250 8	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo médico apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Timon - Piau 20.12.18	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura _____
	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.

**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:**

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

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

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/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx: fratura do maléolo 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
---	---

Diagnóstico Inicial: Fratura do maléolo lateral	CID: S826
---	---------------------

Exames Complementares:	CNPJ: 05.522.917/0001-19 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
---	-----------------------------------

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

Assinatura Paciente ou Responsável

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



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

**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:**

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

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

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/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx: fratura do maléolo 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
---	---

Diagnóstico Inicial: Fratura do maléolo lateral	CID: S826
---	---------------------

Exames Complementares:	CNPJ: 05.522.917/0001-19 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
---	-----------------------------------

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

Assinatura Paciente ou Responsável

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



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

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



CL TIMON

AV. PRESIDENTE MEDICI, 718 - PG. PIAUI
CENTRO - CEP: 65631-331 - AGUAS DE TIMON-MA
TELEFONE: 8800 595 8038
CNPJ: 21.716.740/0001-65

PATRICULA: 44685-8 FATURA N: 150595923
MÊS/ANO: 11/2018

NOME/ENDEREÇO
MORADOR: MARIA CLEONICE DA SILVA
RUA 24, No. 2376 - PARQUE ALVORADA, TIMON-MA - CEP.65633-530

LOCALIZADO
015-00004-020360

DATA APROX. PROX. LEITURA: 20/12/2018 GRUPO: 015 NÚMERO DO HIDRÔMETRO: Y17S153379

HISTÓRICO DO CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
10-2018	Lido	23	23
09-2018	Lido	22	23
08-2018	Lido	22	22
07-2018	Lido	24	24
06-2018	Lido	26	26
05-2018	Lido	26	26

SECONDIÁRIA - CATEGORIA - TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 22/10/2018 392
ATUAL 22/11/2018 414

CONSUMO MÊS AN
MÉDIA DIÁRIA (m³/dia) 22
MÉDIA 6 MÊS (m³/mês)

Lei 12.741/2012
PIB-PAREP: 32,52m³.65m³ = 1,36
COPINS: 32,52x7,68m³ = 6,27

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	TARIFA DE CONSUMO R\$ (m³) E (L)
0	18 3.5550 88
10	28 3.6960 88
20	38 3.8050 88
30	48 4.1650 88
40	999999 4.4640 88

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 80,68		
> Residencial-Normal	22,0 m³	80,68
JUROS POR ATRASO	10/2018	0,72
MULTA POR ATRASO	10/2018	1,73

ÁGUAS DE

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

IRREGULARIDADES/INFORMAÇÕES

BENEFICIÁRIOS DA TARIFA SOCIAL PROCURAR LOJA DE ATENDIMENTO PARA REALIZAR O RECADASTRAMENTO. O MESMO É OBRIGATORIO PARA NÃO PERDER O BENEFICIO.

*** NOTIFICAÇÃO ***

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

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA AGUA DISTRIBUIDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. e Decreto nº5448)

PARAMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA (M3)	VALOR PERMITIDO
Cloro Livre	431	431	0	0,48	0,20-5,00 mg/L
Cor Aparece	433	433	0	2,59	Inferior a 15,00
Ph	432	433	0	7,14	6,00-9,50
Turbidez	433	433	0	0,55	Inferior a 5,00
Coliformes Totais	432	432	0	Ausencia	Ausencia

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA AGUA DISTRIBUIDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. e Decreto nº5448)

PARAMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA (M3)	VALOR PERMITIDO
Escherichia Coli	433	433	0	Ausencia	Ausencia

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

ÁGUAS DE
CL TIMON

PATRICULA: 44685-8 FATURA N: 150595923
MÊS/ANO: 11/2018

VENCIMENTO: 10/12/2018 VALOR A PAGAR: 82,53



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



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.740/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-6
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Registro da tarifa de energia aprovado pelo 2782/09/96

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

014224202

Nº da Nota Fiscal

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

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	100	176,03

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059067125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	11998	Atual	25-10-2018
Anterior	1.000	Anterior	26-12-2018
Constante de Multiplicação	160	Próxima Leitura	26-11-2018
Consumo Medidor	160	Emissão	27-11-2018
Consumo Fatorado	NORMAL	Aprovação	33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
RESIDENCIAL	MONO	A1484335	1.1.1.1

HISTÓRICO kWh	CONTRIBUIÇÃO
OUT/18 158	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
SET/18 158	DOACAO LEV - 0800 055 5099
AGO/18 186	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)
JUL/18 171	MULTA POR ATRASO (2X)
JUN/18 206	JUROS POR ATRASO (2X)
MAI/18 189	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,30
ABR/18 215	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,45
MAR/18 234	
FEV/18 212	
JAN/18 181	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 160 - 0,511362

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
CUIDADO! O VALOR DO VALOR DE VENCIMENTO 1.3 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100
Parabéns! Até o dia 26-11-2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



RESERVADO AO FISCO		INDICADORES DE CONTINUIDADE	
B50D.4EBE.39F0.FEAF.0CCC.05FD.BE9B.90F1		5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03	
COMPOSIÇÃO DA CONTA		0,00 0,00	
Distribuição	49,62	09/2018 46,08	
Energia	7,80		
Transmissão	7,90		
Encargos	36,73		
Tributos			

TERESINA-MACAUBA



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.740/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-6

SEU CÓDIGO
0051867-0

MÊS FATURADO
11/2018

TOTAL A PAGAR - R\$
176,63

VENCIMENTO
04-12-2018

Nº da Nota Fiscal: 014224202 FCAM

83600000001 5 76630017000 4 000000000051 3 86701118008 2



SEQ.: 00093 LIC: 0051867-0 DT. LEIT.: 27/11/2018 T. ENTR.: 01
LEITURA: 12158 NORMAL TOTAL: 176,63 CARGA: 016
DT. VENC.: 04-12-2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2182



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

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Kelly Maria de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marinaldo Ferreira Dias inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.537.083-00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Marinaldo Ferreira Dias, 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>Turima</u>	Estado <u>PR</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99472-9591</u>

Tho, Pi 20 de 12 de 18
Local e Data

Kelly Maria de Oliveira
Assinatura do Declarante



**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:**

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

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADGESSO-PI)

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 276894 Em: 08/06/2018 16:56:20

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

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx : fratura do maleolo lateral com desvio cd: cirurgia	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
--	---

Diagnóstico Inicial: Fratura do maléolo lateral	CTD: 8826
---	---------------------

Exames Complementares:	CNPJ: 05.522.017/0001-19 UPA - RENASCENÇA Rua Rio Verde, nº 2810 Renascença III - CEP 64.082-110 Teresina - PI/aut
-------------------------------	--

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

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

Assinatura Paciente ou Responsável

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



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. 14



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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

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:

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

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

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

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

Compare com o Original

Imprimido
30.07.18





Fundação Municipal de Saúde



17 577 205/0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

5826

De: UPA	Para: HUT
Mansueto Ferraz Dias	
Registro:	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
Paciente tem entorço de tornozelo e apresenta fratura de malha lateral com desvio.	
TERESINA-PI 08106118	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
TERESINA-PI: _/_/_	
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

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

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64.082-110
Teresina-PI

Confere Com o Original

mariajane
30.07.18





NOME DO PACIENTE: Marinaldo Ferreira Dias
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 125658



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





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

2

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

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

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

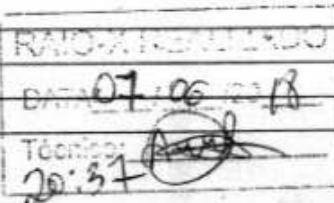
Código:	668924	Data:	08/06/2018 19:53:48	Clas. Cor:	Indefinido	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	__/__/__	ESPECIALISTA:	Ortopedia - Pat
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: vítima de acidente automobilístico no 24h evoluindo com trauma torácico E. ferimento aberto antero em região costal de tórax E. neurovascular sem alterações, edema cp. Lx tornozelo E. - fratura malleolo lateral 2+4+ co. entressaca + lido gerado			
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__			
CID - S82.6			
cod. proced. - 0408050578			

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	__/__/__	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:			
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 251211894	Nº REGULAÇÃO: 29191	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA 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 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

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





Fundação Municipal de Saúde



17 577 205/0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

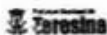
582.6

De: UPA	Para: HUT
Marcosaldo Ferraz Dias	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
Paciente tem entorse de tornozelo esquerdo e apresenta pattern de marcha lateral com dor.	
Dr. Tércio Dentos Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 4424	
TERESINA-PI 08106118	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
TERESINA-PI: _/_/_	
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	



**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

5

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 08/06/2018 17:22:13

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADGRESSO-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			

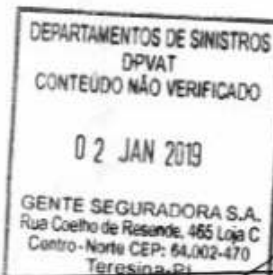
DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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



Diagnóstico Inicial:
Fratura do maléolo lateral

CID:
s826**Exames Complementares:****Prescrição Médica:**

cetoprofeno 100mg-----1amp
dipirona-----1amp
soro fisiológico-----100ml ev

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

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RAIO X EXAME FISICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL	CID 10 SECUNDARIO	CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
04DR050578 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
CPF: 64433121387 CRM:

CARATER
URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO
08/06/2018

DATA ADMISSÃO
08/06/2018 19:53

DATA ALTA
10/06/2018 09:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO CPF: 37320645700 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA DATA ANALISE: 08/06/2018 21:22:43
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

MARINHO FORTUNA LIAS

Diagnóstico pré-operatório

frat. Mão direita

Operação - Tipo

RAT 1

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

09/06/18

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em RTH, sob anestesia com MIE generoso.
- 2) Anestesia + antissepsia com campos estéril.
- 3) Incisão lateral + dissecção + RAT 1 com placa 1/3 tubo 6 fur.
- 4) Lige com 500, 5/1. e sutura por planos atipula.
- 5) Contorno local e retirada de gesso com BPS.
- 6) A SKPA

Dr. Laércio Soares
ORÇAMENTO / TRAUMATOLOGIA
REC-3 JEOT 12409

Mod. 76 HUP

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/06/18

NOME DO PACIENTE: <u>Marimilson Ferreira</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>125658</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>Dr. Roscadio</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Almir</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Neves</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	—	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES <u>5.0</u>	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Cirurgia</u>	UNID.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 02 JAN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Laja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI </div>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON <u>2.0</u>	und	03					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>	und	01		CIRCULANTE: <u>Deuma + Rosimundo</u>			
PROLENE		—					



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARINALDO FERREIRA DIAS		125658	38	ORTOPEDIA	CORREDOR 4		
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA/HOR A CÓDIGO							
DI: 10/06/2018	FRAT TNZ E						
1	Dieta oral livre						
2	Jelco salinizado						
3	Dipirona _01 amp + AD EV 6/6hs						
4	Tilatil 20mg _01 amp + AD EV 12 / 12hs						
5	Tramadol 100mg _01amp + 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						
OBSERVAÇÕES							
10:40 - Not de alta hospitalar.							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 02 JAN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 68.002-070 Teresina-PI </div>							
Dr. Giordano Cramerling / Dr. Yuri Inacio Fello / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Passos Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia							
CRM 34.15-TEOT/2009 / CRM 22.08 / CRM 3766-TEOT/11305 / CRM 1367							

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

11

NOME Adriano Pereira Dias IDADE 38 anos DATA 09/10/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA fix. tnt. maldito lateral etc. CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>101 x 59</u>	<u>113 x 55</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>79</u>	<u>70</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100 %</u>	<u>98 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Elyzabela</u>	

ÍNDICE DE ALDRETTÉE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	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"/>	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"/>	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"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	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"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	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"/>	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"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	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"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>11/13/25</u>		

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() 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:

19:25h: Admitido 38a em 201 de fixação
fixação do maldito lateral do m I esquerdo, sob
to de asquereses, m vmp e sec. vena



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA
21:40

HORÁRIO

ANESTESIOLOGIA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ☒

() () () () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () () QUEIM. CLÍNICA: () PED () TORT () NEU () CIR () ME



Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT.	LEITO
Marivaldo Ferreira Dias					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE			
Fratura torçozelo E (maldito lateral E)	Não alergia NÃO observada.				
DATA: 08/06/18	HORA: 15	HORÁRIO			
PRESCRIÇÃO MÉDICA 01.15					
Visto Nutricionista RUBENS CIBR/PI 5320					
1) Dileção de leite zero a partir de 20h.					
2) SF 0,9% 500ml. IV, 12/14h					
3) Cefazolona 1g + AD, IV, 6/16h					
4) Dexametasona 50mg 1ml - 2ml + AD, IV, 6/16h					
5) Talidol 20mg + AD, IV, 12/14h					
6) Bcompreide 10mg + AD, IV, 12/14h					
7) Prometacel 100mg + 100ml SF 0,9%, IV, 8/16h se dor refratária					
8) Omeprazol 20mg + AD, IV, 12/14h					
9) Paracetamol 500mg + AD, IV, 12/14h					
10) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
11) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
12) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
13) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
14) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
15) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
16) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
17) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
18) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
19) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
20) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
21) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
22) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
23) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
24) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
25) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
26) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
27) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
28) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
29) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
30) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
31) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
32) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
33) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
34) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
35) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
36) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
37) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
38) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
39) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
40) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
41) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
42) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
43) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
44) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
45) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
46) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
47) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
48) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
49) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
50) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
51) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
52) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
53) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
54) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
55) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
56) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
57) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
58) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
59) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
60) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
61) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
62) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
63) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
64) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
65) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
66) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
67) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
68) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
69) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
70) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
71) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
72) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
73) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
74) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
75) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
76) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
77) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
78) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
79) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
80) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
81) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
82) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
83) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
84) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
85) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
86) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
87) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
88) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
89) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
90) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
91) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
92) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
93) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
94) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
95) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
96) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
97) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
98) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
99) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					
100) Clonitidina 50mg + AD, IV, 12/14h					

MÉDICO/CRM:

DEPARTAMENTO DE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERBA
02 JAN 2019
GENTE SEGURADORA
Rua Coentro de Resende, 465 L
Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-4

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

Pág: 1 de 1

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/08/2018

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



[Handwritten signature]



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”:

7ª a DOCUMENTAÇÃO POLICIAL E MÉDICA ENVIADA É PERFEITAMENTE SUFICIENTE 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;

8ª – 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;

9ª – 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;

PORTANTO, 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.

Nome e Assinatura da Vítima/Procurador

x *Kyelly Mayer de Oliveira*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1294290398

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1294290398

NOME
MARINALDO FERREIRA DIAS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR
1980861 SSP PI

CNPJ
006.537.083-00

DATA NASCIMENTO
21/12/1979

PRACÇÃO
MANOEL SOUSA DIAS
LAIDE FERREIRA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. PMB
AB

Nº REGISTRO
06403849984

VALIDADE
14/11/2019

REABILITAÇÃO
03/07/2015

OBSERVAÇÕES

Marinaldo Ferreira Dias
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
22/07/2016

95164900394
91317519140

ANEXO VALORES DO REG. LOBRO
DIRETOR GERAL DO DETRAN-PI
ASSINATURA DO DIRETOR

DETRAN-PI (PIAUI)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0501401

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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 V 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI

839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

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

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013404353322

EXERCÍCIO 2018

RENAVAM 01010545962

PLACA ANT / UF

CHASSI

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

MARCA / MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

CAP. POT. / CIL.

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

FAIXA LRV.A.

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGUNDO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

A/FIDUCIARIA ADMINISTRADORA DE CONSUMO NÃO

DA NÃO VÁLIDO PARA TRANSPARENCIA

LOCAL

DATA

TERESINA

09/05/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - 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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/05/2018

RENAVAM 01010545962

PLACA ANT / UF

CHASSI

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

MARCA / MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

CAP. POT. / CIL.

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

FAIXA LRV.A.

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGUNDO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

A/FIDUCIARIA ADMINISTRADORA DE CONSUMO NÃO

DA NÃO VÁLIDO PARA TRANSPARENCIA

LOCAL

DATA

TERESINA

09/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.888/0001-04

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



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

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

Número do documento: 20090310010820600000011080021

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(PREENCHER COM LETRAS LEGÍVEIS E SEM RASURAS)

OUTORGANTE:

Nome: Marinaldo Ferreira Dias
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 1980861
CPF: 006.537.083-00
Profissão: Pintor
Endereço: Rua: 24 N: 2376 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) 9.8807-7870



Pelo presente instrumento particular da procuração, nomele e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer 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 OBRIGATORIO DPVAT para a

Vítima Marinaldo Ferreira Dias
Teresina - Piauí 18/12/2018

LOCAL DATA
Marinaldo Ferreira Dias 
ASSINA JRA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR 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

CPF de: Próprio

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 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

