

Browser tabs: Email - Alana Lima, Controle de docum..., Mensagens, Audiências, Consulta processo..., 0800536-78.2019.8, Download file | iLo...

Address bar: <https://tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=325119&ca=d9d304d6926722c4f213b03d4fed025bf21...>

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

**PJE** ProceComCiv 0800536-78.2019.8.18.0084  
GELMO EVANGELISTA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

11590978 - CONTESTAÇÃO (2746930 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 28/08/2020 09:52:55

28 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11590978 - CONTESTAÇÃO (2746930 CONTESTACAO 01)
- 11590981 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 11590982 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 11590984 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 11590986 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELAÇÕES (SUBTABELAÇÃO)

downloadBinario.seam 1 / 12

2746930- CS/ 2020-08211/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRO DURO/PI

Processo: 08005367820198180084

<https://tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=325119&ca=d9d304d6926722c4f213b03d4fed025bf21e43b4a4279721cf58b2150ba371d15e838381defa37ac77affaca73d10def#>

PT 09:53 28/08/2020



Número: **0800536-78.2019.8.18.0084**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Barro Duro**

Última distribuição : **25/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                         |
|------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------|-------------------------|
| GELMO EVANGELISTA DA SILVA (AUTOR)                         |                    | FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO) |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                              |                         |
| Documentos                                                 |                    |                                              |                         |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo                    |
| 11590981                                                   | 28/08/2020 09:52   | <a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>      | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |



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

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190440868

Vítima: GELMO EVANGELISTA DA SILVA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GELMO EVANGELISTA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14603337

Pag. 01509/01510 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

**Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190440868**

**Vítima: GELMO EVANGELISTA DA SILVA**

**Data do Acidente: 17/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GELMO EVANGELISTA DA SILVA**

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

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 337,50 |

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **GELMO EVANGELISTA DA SILVA**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **237**

Agência: **000001036-7**

Conta: **00000445-6**

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.

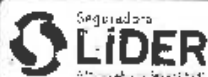
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                       |                                                   |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima:                                    | Nome completo da vítima:                             |
|                                                                                                                                       | 034.603.133-13                                    | Belmo Evangelista da Silva                           |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                                                   |                                                      |
| Nome completo: <u>Belmo Evangelista da Silva</u>                                                                                      |                                                   |                                                      |
| Profissão: <u>fundador</u>                                                                                                            | Endereço: <u>Rua Rita Coutinho 25 A - 02 L-25</u> | CPF: <u>034.603.133-13</u>                           |
| Bairro: <u>Pedro Catubri</u>                                                                                                          | Cidade: <u>Barro Preto</u>                        | Número: <u>519</u> Complemento: <u>Pedro Catubri</u> |
| E-mail: <u>Recusa-se</u>                                                                                                              | Estado: <u>Piauí</u>                              | CEP: <u>64.455-000</u>                               |
|                                                                                                                                       |                                                   | Tel. (DDD): <u>(86) 99981.6008</u>                   |

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 UMA OPÇÃO DE CONTA

|                                                                                                        |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)                                                     | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                       |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)                                                         | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)    |
| Nome da BANCOS: _____                                                                                  |                                                           |
| AGÊNCIA: <u>1036</u> <u>7</u> CONTA: <u>0000445</u> <u>6</u>                                           | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____                               |
| (Informar o dígito se existir)                                                                         | (Informar o dígito se existir)                            |

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

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

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

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

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

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

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima: <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: _____                                                        |
| Vítima deixou pais/avós/vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <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.

Local e Data: Barro Preto, PI 16-07-2019

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

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

Belmo Evangelista da Silva

(\*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

|                  |            |
|------------------|------------|
| 1ª Nome: _____   | CPF: _____ |
| 2ª Nome: _____   | CPF: _____ |
| Assinatura _____ |            |

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

V001/2018

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/08/2020 09:52:54

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082809525456700000010976869

Número do documento: 20082809525456700000010976869

Num. 11590981 - Pág. 3



PJ CORRETORES  
DE SEGUROS  
22 JUL 2019  
PRVAT





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 119/2019

|                                                   |                                            |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI              | Resp. pelo Registro: MARCO SUEL DA SILVA   |
| Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR     | Data/ Hora: 18/05/2019-11:00               |
| <b>DADOS DA OCORRÊNCIA</b>                        |                                            |
| Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI  | Data/ Hora: 17/04/2019-04:30               |
| Município: BARRO DURO-PI                          | Bairro: ZONA RURAL                         |
| Endereço: BR 316                                  |                                            |
| Complemento:                                      |                                            |
| <b>DADOS DO INFORMANTE</b>                        |                                            |
| Nome: GELMO EVANGELISTA DA SILVA                  |                                            |
| Documentos: RG:029755982005-7; CPF:034 603 193-13 | Filiação: MARINÊS EVANGELISTA DA SILVA     |
| Nacionalidade: BRASILEIRO                         | Endereço: RITA COUTINHO, QUADRA 25, LOT 25 |
| Naturalidade: MIRADRO -MA                         | Complemento:                               |
| Estado civil: casado(a)                           | Bairro: ZONA URBANA                        |
| Profissão: TRABALHADOR RURAL                      | Município: BARRO DURO-PI                   |
| Nascimento: 19/08/1987                            | Telefone(s):                               |
| <b>NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA</b>                  |                                            |
| - SEGURO DPVAT                                    |                                            |
| <b>RELATO DA OCORRÊNCIA</b>                       |                                            |

Dados do Veículo:

- |                                         |                                            |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
| - Tipo: motocicleta                     | - Placa: HPQ 4276                          |
| - Marca/ Modelo: HONDA NXR 125 /BROS KS | - Chassi: 9C2JD20103R013630                |
| - Ano/Modelo: 2003/2003                 | - Renavam: 0081939983                      |
| - Cor: VERMELHA                         | - Proprietário: GELMO EVANGELISTA DA SILVA |

Narrativa:

Declaro que ao cruzar em sentido contrario com uma carreta se encandiu com a luminosidade e acabou perdendo o controle da motocicleta e caindo, quebrando o dedo do pé em decorrência do acidente, recebendo atendimento médico hospitalar no hospital de urgência da cidade de Teresina-PI, onde foi submetido a procedimento cirúrgico.

MARCO SUEL DA SILVA  
Resp. pelo Registro

GELMO EVANGELISTA DA SILVA  
Resp. pela Informação

BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR  
Delegado de Polícia Civil





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                       |                                                   |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima:                                    | Nome completo da vítima:                             |
|                                                                                                                                       | 034.603.133-13                                    | Belmo Evangelista da Silva                           |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                                                   |                                                      |
| Nome completo: <u>Belmo Evangelista da Silva</u>                                                                                      |                                                   |                                                      |
| Profissão: <u>fundador</u>                                                                                                            | Endereço: <u>Rua Rita Coutinho 25 A - 02 L-25</u> | CPF: <u>034.603.133-13</u>                           |
| Bairro: <u>Pedro Catubri</u>                                                                                                          | Cidade: <u>Barro Preto</u>                        | Número: <u>511</u> Complemento: <u>Pedro Catubri</u> |
| E-mail: <u>Recusa-se</u>                                                                                                              | Estado: <u>Piauí</u>                              | CEP: <u>64.455-000</u>                               |
|                                                                                                                                       |                                                   | Tel. (DDD): <u>(86) 99981.6008</u>                   |

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

**DADOS CADASTRAIS**

**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 UMA OPÇÃO DE CONTA

|                                                                                                        |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)                                                     | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                       |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)                                                         | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)    |
| AGÊNCIA: <u>1036</u> <u>7</u>                                                                          | AGÊNCIA: <u>        </u> <u>        </u>                  |
| CONTA: <u>0000445</u> <u>6</u>                                                                         | CONTA: <u>        </u> <u>        </u>                    |
| (Informar o dígito se existir)                                                                         | (Informar o dígito se existir)                            |

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

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

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

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

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

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

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                                                        |
| Grau de Parentesco com a vítima: <u>Vítima deixou companheiro(a):</u> <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: <u>        </u>                                              |
| Vítima deixou pais/avós/vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <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.

Local e Data: Barro Preto - PI 16-07-2019

Nome: Belmo Evangelista da Silva

CPF:         

(\*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

|                             |                                    |
|-----------------------------|------------------------------------|
| 1ª   Nome: <u>        </u>  | <b>22 JUL 2019</b><br><b>DPVAT</b> |
| CPF: <u>        </u>        |                                    |
| Assinatura: <u>        </u> |                                    |
| 2ª   Nome: <u>        </u>  |                                    |
| CPF: <u>        </u>        |                                    |
| Assinatura: <u>        </u> |                                    |

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

V001/2018



PJ CORRETORES  
DE SEGUROS  
22 JUL 2019  
PRVAT



## CONSULTA BÁSICA

DATA: 17/04/19

### DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Geilson Evangelista da Silva  
 Data de Nascimento: 19/08/1987 Idade: 31 Telefone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Identidade: \_\_\_\_\_ Nº CNS: 702408520522324

### COLETA DE DADOS:

Alergias: ☒ (S) Dipiridona  
 H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) AVC (S) (N) \_\_\_\_\_  
 Cirurgias (S) (N) \_\_\_\_\_ Outras: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos em Uso: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO:

PA: \_\_\_\_\_ TAX: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Sat O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_  
 Queixa Principal: Trauma pt dir antem  
 Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 Prescrição: \_\_\_\_\_

① Voltar em - Iamp, IM  
 ② Recente  
 ③ RoloX pt dir.

5:30  
 K. K. K.  
 PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS  
 22 JUL 2019  
 DPVAT

### EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Hemograma ( ) Bioquímico ( ) Enz. Card. ( ) EAS ( ) RX ( ) USG ( ) TC ( ) ECG ( ) TGO ( ) TGP ( )  
 Parasitológico de Fezes ( )

Estelamir de Brito Filho  
 Médico  
 CRM: 1698  
 Assinatura do Médico e Carimbo

Geilson Evangelista da Silva  
 Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

OBS.: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: GELMO EVANGELISTA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01036-7

CONTA: 000000000445-6

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO010820190500000000002370103600000000044533750 PAGO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/08/2020 09:52:54

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082809525456700000010976869>

Número do documento: 20082809525456700000010976869



TIM S.A.  
Rua Liberdade Azeiteiro, 1514  
CENTRO - TERESINA - PI  
CNPJ: 02.421.421/0004-08 - I.E.: 134.445.895  
CNPJ do Mev: 02.421.421/0001-11

**TIM**  
**BLACK**

Página 1 de 2

**R\$ 158,05**

**VENCIMENTO**

**25/05/2019**

**EMIÇÃO: 07/05/2019**

**POSTAGEM: 27/05/2019**

**FATURA: 3806497148**

**CLIENTE: 1.67423773**

**CPF/CNPJ: 84939443353**

**ACESSO: 86 99999-3007**

**DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014**

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**  
RUA SETE DE SETEMBRO, 244  
CENTRO  
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

**IMPORTANTE PARA ADRIANA**

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

**RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007**

Serviços TIM S.A.

VALOR

☒ Oferta TIM Pós C Plus

R\$ 150,01

☒ CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

R\$ 8,04

**VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007**

**MENSALIDADES**

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

Desc Relac 25% Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal:

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

TIM Video Premium

| FRANQUIA              | CONSUMO | QUANTIDADE | Nº DIAS | PERÍODO       | VALOR    |
|-----------------------|---------|------------|---------|---------------|----------|
| -                     | -       | 1          | 30      | 07/04 a 06/05 | 199,99   |
| -                     | -       | 1/6        | 30      | 07/04 a 06/05 | -49,98   |
| 10GB                  | 418,2MB | 1          | 30      | 07/04 a 06/05 | 150,01   |
| Ilimitada             | 181m36s | 1          | 30      | 07/04 a 06/05 | Incluído |
| -                     | -       | 1          | 30      | 07/04 a 06/05 | Incluído |
| -                     | -       | 1          | 30      | 07/04 a 06/05 | Incluído |
| -                     | -       | 1          | 30      | 07/04 a 06/05 | Incluído |
| -                     | -       | 1          | 30      | 07/04 a 06/05 | Incluído |
| -                     | -       | 1          | 30      | 07/04 a 06/05 | Incluído |
| -                     | -       | 1          | 30      | 07/04 a 06/05 | Incluído |
| Total de Mensalidades |         |            |         |               | 150,01   |

**MAIS DETALHES DA SUA CONTA**

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

| IMPÓSTO TIM S.A.                  | ALÍQUOTA | BASE DE CÁLCULO | VALOR     | EUST.   | Ad. e.P. |
|-----------------------------------|----------|-----------------|-----------|---------|----------|
| ICMS                              | 30%      | R\$ 107,16      | R\$ 32,15 | FUNTEL: | R\$ 8,38 |
| PIS/COFINS - Des. Apos. Timóteo   | 3,65%    |                 |           |         |          |
| PIS/COFINS - Serviços Não Telecom | 9,25%    |                 |           |         |          |

Em atendimento à Lei 12.741/12 (L12)  
As informações da EUST (IPI) e FUNTEL (IPI) não são representadas os serviços

| Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA) |            |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| Incluído (não) Plano(s)                                                    |            |
| Franquia(s)                                                                | R\$ 145,69 |
| SVA                                                                        | R\$ 54,50  |
| Descontos(s) Promocional                                                   | R\$ -35,37 |
| Descontos(s) SVA                                                           | R\$ -11,61 |

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
22 JUL 2019  
**DPVAT**

**TIM**

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse [www.tim.com.br](http://www.tim.com.br) ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO  
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA  
MAI/2019

DATA DE EMISSÃO  
07/05/2019

DATA DE VENCIMENTO  
25/05/2019

VALOR  
R\$ 158,05

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/08/2020 09:52:54

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082809525456700000010976869>

Número do documento: 20082809525456700000010976869



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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu

Adriana Carla de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.493 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Guilherme Evangelista da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.603.493 / 43

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da vítima Guilherme Evangelista da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.603.493 / 43, 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 Sete de Setembro</u>     | Número: <u>244</u>            | Complemento: <u>Centro</u>        |
| Bairro: <u>Centro</u>                     | Cidade: <u>Elzebar Veloso</u> | Estado: <u>Piauí</u>              |
| E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com</u> | CEP: <u>64.325-000</u>        | Tel. (DDD): <u>(86) 999816008</u> |

Local e Data: Elzebar Veloso - Piauí - PI 16.07.2019

Adriana Carla de Sousa Silva  
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/08/2020 09:52:54  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082809525456700000010976869>  
Número do documento: 20082809525456700000010976869



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Barro Duro  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Av. Cel. Benedito da Luz, 405 - Centro - Fone/Fax: (86) 3284 1107.  
CNPJ: 01.864.999/0001-80, Cep.: 64455/000.  
E-mail: saúde@barroduro.com.br

## CONSULTA BÁSICA

DATA: 17/04/19

### DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Gelson Evangelista da Silva  
Data de Nascimento: 19/08/1987 Idade: 31 Telefone: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_ Nº CNS: 702408520522324

### COLETA DE DADOS:

Alergias: ☒ (S) Dipirano  
H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) AVC (S) (N)  
Cirurgias (S) (N) \_\_\_\_\_ Outras: \_\_\_\_\_  
Medicações em Uso: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO:

PA: \_\_\_\_\_ TAX: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
Queixa Principal: Trauma pt Dir. antem  
Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
Prescrição: \_\_\_\_\_

① Voltarem - Iamp, IM.  
② Recente  
③ RotoX pt Dir.

5:30  
Kondio  
PJ CORRETOR  
DE SEGUROS  
22 JUL 2019  
DPVAT

### EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Hemograma ( ) Bimiquinico ( ) Enz. Card. ( ) EAS ( ) RX ( ) USG ( ) TC ( ) BCG ( ) TGO ( ) TGP ( )  
Parasitológico de Fezes ( )

Ednany Lourenço  
MÉDICO  
CRM: 1698

Assinatura do Médico e Carimbo

Gelson Evangelista da Silva  
Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

OBS.: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.





ALTA

HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Celso Evangelista da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 509120

PJ CORRETO  
DE SEGURANÇA

22 JUL 2019

DR. V. A.

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. Otlo Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 3445  
TERESINA-PI CEP: 64017 770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

SAS SAS

Imp: 22/04/2019 18:52:13

User: VALDNEY MENDES

Detalh: 660070021

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

|               |                                                             |             |                        |
|---------------|-------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|
| Nome:         | GEILMO EVANGELISTA DA SILVA                                 | Prontuário: | 509120                 |
| Mãe:          | MARINEZ EVANGELISTA DA SILVA                                | Pai:        |                        |
| End.Resid.:   | BAIRRO LUCIANA - LUCIANA - BARRO DURO - PI - CEP: 64455-000 |             |                        |
| Nascimento:   | 19/08/1987                                                  | Idade:      | 31a8m2d                |
| Responsável:  | O MESMO                                                     | Sexo:       | Masculino              |
| Profissão:    | LAVRADOR                                                    | Fone:       | 86-94741-417           |
| G. Instrução: | Não Informado                                               | CNS:        | 702438520522324        |
| End.Local.:   | - - -                                                       | CPF:        | 034.603.193-13 * RG: - |
|               |                                                             | E.Civil:    | Casado(a)              |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                    |                                                    |            |                     |                 |                                 |
|--------------------|----------------------------------------------------|------------|---------------------|-----------------|---------------------------------|
| Código:            | 718182                                             | Data:      | 22/04/2019 18:29:23 | Condução:       | AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR |
| Motivo da Procura: | ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | Convênio:  | S U S               |                 |                                 |
| Acid.Trab.:        | Não                                                | Trajetos?: | Não                 | Tipico:         | Não                             |
|                    |                                                    |            |                     | CID Secundário: | V299                            |

### DADOS CLÍNICOS:

Trouxo no pi (D)  
Do e de mau do do no  
10 MT - ful.  
Rx = luxação do joelho (D)

|    |   |      |        |     |     |        |  |
|----|---|------|--------|-----|-----|--------|--|
| PA | X | mmHg | Pulso: | FC: | bpm | Temp.: |  |
|----|---|------|--------|-----|-----|--------|--|

Diagnóstico Inicial:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

TTO Completo

22 JUL 2019

|        |                                                               |                                                              |                                                  |                 |       |
|--------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------|-------|
| ALTA:  | ( ) Melhorado<br>( ) Curado<br>( ) Inalterado<br>( ) A Pedido | ( ) Administrativa<br>( ) Por Indisciplina<br>( ) Por Evasão | ( ) Retorno à Unidade<br>( ) Transf. para:       | DATA SAÍDA:     | HORA: |
| ÓBITO: | ( ) Até 24 Hs<br>( ) De 24 a 48 Hs<br>( ) Após 48 Hs          | DESTINO:<br>( ) Família<br>( ) IML<br>( ) Anat. Patol.       | ( ) Internação na Unidade<br>Proced. Solicitado: | CID Compatível: |       |

Proced. Solicitante Internação:

*Geilmo Evangelista da Silva*  
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 66 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 22/04/2019 16:52:19  
(VALDENICE MENDES)

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

|               |                                                             |             |                     |
|---------------|-------------------------------------------------------------|-------------|---------------------|
| Nome:         | GELMO EVANGELISTA DA SILVA                                  | Prontuário: | 509120              |
| Mãe:          | MARINEZ EVANGELISTA DA SILVA                                | Pai:        |                     |
| End.Resid.:   | BAIRRO LUCIANA - LUCIANA - BARRO DURO - PI - CEP: 64455-900 |             |                     |
| Nascimento:   | 19/08/1987                                                  | Idade:      | 31a8m3d             |
| Responsável:  | O MESMO                                                     | Sexo:       | Masculino           |
| Profissão:    | LAVRADOR                                                    | Fone:       | 86-94741-417        |
| G. Instrução: | Não informado                                               | CMS:        | 702408520522324     |
| End.Local.:   | - - -                                                       | Documento:  | CPF: 034.603.193-13 |
|               |                                                             | E.Civil:    | Casado(a)           |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                    |                                                    |       |                     |            |           |       |
|--------------------|----------------------------------------------------|-------|---------------------|------------|-----------|-------|
| Código:            | 718182                                             | Data: | 22/04/2019 18:29:23 | Clas. Cor: | Verde     |       |
| Motivo da Procura: | ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |       |                     |            | Convênio: | S O S |

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

|                                |          |               |  |
|--------------------------------|----------|---------------|--|
| Data/Hora Solicitação:         | __/__/__ | ESPECIALISTA: |  |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:         |          |               |  |
| Carimbo/Assinatura Solicitante |          |               |  |

### DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
|                                  |  |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer |  |

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

|                                |          |               |  |
|--------------------------------|----------|---------------|--|
| Data/Hora Solicitação:         | __/__/__ | ESPECIALISTA: |  |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:         |          |               |  |
| Carimbo/Assinatura Solicitante |          |               |  |

### DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
|                                  |  |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer |  |





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da Internação:<br><b>237511</b> |
| 3-Nome do estabelecimento executor:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>    | 4-CNES<br><b>5828856</b> |                                        |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                               |                                 |                          |                            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 5-Nome: <b>GELMO EVANGELISTA DA SILVA</b>                     | 6 - Prontuário: <b>509120</b>   |                          |                            |
| 7-CNS: <b>702408520522324</b>                                 | 8-Nascimento: <b>19/08/1987</b> | 9-Sexo: <b>Masculino</b> | CPF: <b>034.603.193-13</b> |
| 11-Mãe: <b>MARINEZ EVANGELISTA DA SILVA</b>                   | 12-Fone: <b>86-94741-417</b>    |                          |                            |
| 13-Resp: <b>(O MESMO)</b>                                     | 14-Cor: <b>sem informação</b>   |                          |                            |
| 15-Endereço: <b>BAIRRO LUCIANA - LUCIANA - CEP: 64455-000</b> | 17-Cod. TBGE: <b>220140</b>     | 18-UF: <b>PI</b>         | 19-CEP: <b>64455-000</b>   |
| 16-Munic: <b>BARRO DURO</b>                                   |                                 |                          |                            |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:<br><b>PACIENTE RELATA TRAUMA NO PÉ DIR HA 6 DIAS<br/>DOR EDEMA NO PÉ DIR<br/>JA COM RX EVIDENCIA LUXAÇÃO DO HALUX</b> |
| 21 - Condições que justificam a internação:<br><b>INDICADO TRATAMENTO CIRURGICO</b>                                                                               |
| 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):<br><b>EXAME CLINICO E RX</b>                                                  |
| 23-Diagnóstico Inicial:<br><b>Fratura de osso do metatarso</b>                                                                                                    |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                  |                                                                                                        |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 28-Cod.Proced.: <b>0408050462</b>                                                | 27-Procedimento Solicitado:<br><b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIAIS</b> | Tempo St                       |
| 29-Clinica:                                                                      | 30-Caráter: Ident.: <b>02</b> <b>01</b> CPF: <b>776.327.955-34</b>                                     |                                |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO</b> | 34-Data Solicitação:<br><b>22/04/2019</b>                                                              | 35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CM) |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                                                                                                               |                     |                  |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|----------|
| 36- ( ) Acidente de Trânsito                                                                                                  | 39-CNPJ Seguradora: | 40-No. Bilhete:  | 41-Sede: |
| 37- ( ) Acidente Trabalho Típico                                                                                              | 42-CNPJ Empresa:    | 43-CNAE Empresa: | 44-CDOR: |
| 39- ( ) Acidente Trabalho Trajeto                                                                                             |                     |                  |          |
| 45 - Vínculo com a Previdência:<br>( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |                     |                  |          |

## AUTORIZAÇÃO

|                                                                               |                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                                        | 47-Data Autorização:                                                                                                         |
| 48-Documeto:<br>( ) CNS ( ) CPF                                               | 49-Num. Documento:                                                                                                           |
| 50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)                                                |                                                                                                                              |
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:<br><i>Gelmo Evangelista da Silva</i> | Usuário: <b>IVALOENICE MENDES</b><br>Consulta Local: <b>718132</b><br>Consulta SUS:<br>Impressão: <b>22/04/2019 18:51:22</b> |





Fundação Municipal de Saúde



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| NOME DO PALENTE                                                                                                                                                                                                                                     | PRONTUÁRIO                                   | CLÍNICA | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------|------------|-------|---------------------------------|
| GELMO EVANGELISTA DA SILVA                                                                                                                                                                                                                          |                                              |         |            |       |                                 |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                 | PRESCRIÇÃO MÉDICA                            |         | HORÁRIOS   |       | OBSERVAÇÕES / ALERGIAS          |
| 22/04/19                                                                                                                                                                                                                                            | LUXAÇÃO HALUX 6 DIAS                         |         |            |       | 22-04-19: Pulmão Bido           |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |         |            |       | Intubação com tubo 8.0 mm X 2.0 |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |         |            |       | Glycopyrronium 150 µg Bido      |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                   | DIETA LIVRE                                  |         |            |       | 22-04-19: Bido                  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                   | SF 0,9% 1000 ML EV EM 24H                    |         |            |       | 22-04-19: Bido                  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G - 2CC + AD EV 6/6H               |         |            |       | 22-04-19: Bido                  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                   | TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H                 |         |            |       | 22-04-19: Bido                  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                   | TRAMADOL 100MG 01 AMP + 250ML SF EV 8/8H SOS |         |            |       | 22-04-19: Bido                  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                   | CUIDADOS GERAIS                              |         |            |       | 22-04-19: Bido                  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                   | CIRURGIA AMANHÃ DR. CAIO                     |         |            |       | 22-04-19: Bido                  |
| <div><div><div>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto<br/>Médico Ortopedista<br/>CRM-PR: 38597</div><div>22-04-19 09:48:57<br/>CONTINUA COM O ORIGINAL</div></div><div>Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 28/08/2020 09:52:54</div></div> |                                              |         |            |       |                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |         |            |       | 22-04-19                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |         |            |       | 07:30-600 13, 600 13, 600 13,   |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |         |            |       | 07:30-600 13, 600 13, 600 13,   |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |         |            |       | 07:30-600 13, 600 13, 600 13,   |





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/04/2019

|                   |                                                                   |                |        |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------|--------|
| NOME DO PACIENTE: | Helmo Biunguista de Silva                                         | PRONTUÁRIO Nº: | 507120 |
| DIAGNÓSTICO:      | Luxação do ombro (D)                                              | CIRURGIA:      | RAPL   |
| ANESTESIA:        | Raple                                                             | Nº DA SALA:    |        |
| CIRURGIÃO:        | Dr. Carlos de Oliveira Neto<br>Médico Ortopedista<br>CRM-PI: 3084 | CPF Nº:        |        |
| AUXILIAR:         |                                                                   | CPF Nº:        |        |
| ANESTESIA:        |                                                                   | CPF Nº:        |        |
| INSTRUMENTADORA:  |                                                                   | CPF Nº:        |        |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO         | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|-----------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI 211 | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 07     |       | LUVA Nº 8.0           | PAR    | 07     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 07     |       | LUVA Nº 7.5           | PAR    | 07     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO  | PAR    | 00     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 20     |       | PVPI DE GERMANTE      | ML     | 00     |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | 07     |       | PVPI TÓPICO           | ML     | 100    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 100    |       | PVPI TINTURA          | ML     | 01     |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 02     |       | SERINGA 20CC          | UNID.  | 01     |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC          | UNID.  | 01     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 40     |       | SERINGA 5CC           | UNID.  | —      |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | —      |       | SERINGA 3CC           | UNID.  | 00     |       |
| FORMOL                  | ML    | —      |       | SORO FISIOLÓGICO      | FRASCO | 00     |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL         | UNID.  | —      |       |
| JELCO Nº 20             | UNID. | 01     |       |                       |        |        |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA            |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       |                       |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |                       |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                       |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                       |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                       |        |        |       |
| MONONYLON               |       |        |       |                       |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:           |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE:           |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                       |        |        |       |





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

|                         |                                   |
|-------------------------|-----------------------------------|
| Mudança de Procedimento | Órtese e prótese - OPME           |
| Diária de UTI           | Fatores de Coagulação             |
| Diárias de Acompanhante | Gasoterapia                       |
| Hemoderivados           | Nutrição Parenteral / Enteral     |
| Diálise / Hemodiálise   | Procedimento fora da faixa etária |
| Albumina Humana 20%     |                                   |

HOSPITAL: H.U. Teresina CNPJ: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: Julius Evangelista da Silva Nº AIH: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Calo Vaz de Oliveira Neto CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Médico Ortopedista  
CRM-PI: 3054

### JUSTIFICATIVA

02 Pós Bunkur 45  
Feocod W. 2000  
Flebo x ①

Dr. Calo Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI: 3054

DATA: 23/04-2019

Assinatura do Médico Solicitante

### AUDITOR



DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

IOD. 001 - HUT





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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

509120

|                            |                                                                      |               |     |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------|-----|
| Nome do Paciente           | Gelson Emanoel do Silva                                              |               |     |
| Diagnóstico pré-operatório | Lupus Eritematoso Flox                                               |               |     |
| Operação - Tipo            | Redução da Amígdala e Adenoide                                       |               |     |
| Cirurgião                  | Dr. Carlo Vaz de Oliveira Neto<br>Médico Ortopedista<br>CRM-PI: 3054 | 1º Assistente | NRK |
| 2º Assistente              |                                                                      | 3º Assistente |     |
| Instrumentador(a)          | Anestesista                                                          | Anestesia     |     |
| Anestésico(a)              |                                                                      |               |     |
| Data da Operação           | 23/04/19                                                             | Início        | Fim |
| Diagnóstico Pós-operatório | O curado                                                             |               |     |

Relatório Imediato do Patologista

Ø

Acidente Durante a Operação

Ø



22 JUL 19

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

- Paciente de 25 anos, masculino, branco, solteiro, residente em Teresina, PI.
- Queixas: Amígdala e Adenoide aumentadas.
- História: Sem doenças crônicas, sem uso de medicamentos.
- Exame físico: Amígdala e Adenoide aumentadas.
- Exame de imagem: Sem alterações.
- Exame de laboratório: Sem alterações.

Dr. Carlo Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI: 3054

Mod. 76 HUT



## FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

|                                                         |                            |                                                                                              |                                                                                                                       |                  |                   |            |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|------------|
| NOME DO PACIENTE: <b>EDNAN SOARES COUTINHO DA SILVA</b> |                            |                                                                                              |                                                                                                                       |                  | Nº DE REGISTRO    |            |
| DATA: <b>23/4/19</b>                                    | P. ARTERIAL: <b>110/70</b> | PULSO: <b>64</b>                                                                             | RESPIRAÇÃO                                                                                                            | TEMPERATURA      | PESO              | ALTURA     |
| EXAMES DE SANGUE                                        | GR. SANGÜINEO              | HEMATIMETRIA                                                                                 | HEMOGLOBINEMIA                                                                                                        | HEMATOCRITOS     | GLICEMIA          | DOS. URÉIA |
| EXAMES DE URINA                                         |                            |                                                                                              |                                                                                                                       |                  |                   |            |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA                                     |                            |                                                                                              |                                                                                                                       |                  |                   |            |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO                                    |                            |                                                                                              |                                                                                                                       |                  | ELETROCARDIOGRAMA |            |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                    |                            |                                                                                              |                                                                                                                       |                  | ASMA              | BRONQUITE  |
| SISTEMA DIGESTIVO                                       |                            |                                                                                              |                                                                                                                       | SISTEMA URINÁRIO |                   |            |
| ESTADO MENTAL                                           |                            |                                                                                              |                                                                                                                       | CORTICOIDES      | ATARAXICOS        | OUTROS     |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                              |                            |                                                                                              |                                                                                                                       |                  | FÍSICOS           |            |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)                           |                            |                                                                                              |                                                                                                                       | APLICADO AS      | EFEITOS           |            |
| AGENTES ANESTÉSICOS                                     |                            | OXIGÊNIO                                                                                     | TOTAL DE DOSES                                                                                                        |                  |                   |            |
| LÍQUIDOS                                                |                            | SO-UTO 500<br>400<br>SANGUE 300<br>200<br>OUTROS 100                                         | <p><i>DE 1000 ml</i></p> <p><i>Rescativo 0,5</i></p> <p><i>12Nmg</i></p> <p><i>30ml</i></p> <p><i>Reflexo 1/2</i></p> |                  |                   |            |
| TEMPERATURA T                                           | 38                         | 260<br>240<br>2<br>200<br>180<br>160<br>1<br>140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10 | <p><i>22 JUL 2019</i></p> <p><i>22 JUL 2019</i></p>                                                                   |                  |                   |            |
| P. ARTERIAL V O PULSO                                   | 38                         | 200<br>180<br>160<br>1<br>140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10                    | <p><i>22 JUL 2019</i></p>                                                                                             |                  |                   |            |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X                                |                            | 120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10                                                     | <p><i>22 JUL 2019</i></p>                                                                                             |                  |                   |            |
| INÍCIO F FIM OPERAÇÃO                                   |                            | 120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10                                                     | <p><i>22 JUL 2019</i></p>                                                                                             |                  |                   |            |
| RESPIRAÇÃO O                                            |                            | 120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10                                                     | <p><i>22 JUL 2019</i></p>                                                                                             |                  |                   |            |
| SÍMBOLOS                                                |                            |                                                                                              | DURAÇÃO                                                                                                               |                  |                   |            |
| TÉCNICAS                                                |                            |                                                                                              | INCIDENTE - ACIDENTE                                                                                                  |                  |                   |            |
| OPERAÇÕES                                               |                            |                                                                                              | <p><i>22 JUL 2019</i></p> <p><i>22 JUL 2019</i></p>                                                                   |                  |                   |            |
| CIRURGIÕES                                              |                            |                                                                                              | <p><i>22 JUL 2019</i></p> <p><i>22 JUL 2019</i></p>                                                                   |                  |                   |            |
| ANESTESISTAS                                            |                            |                                                                                              | <p><i>22 JUL 2019</i></p> <p><i>22 JUL 2019</i></p>                                                                   |                  |                   |            |
| PARTICULARIDADES                                        |                            |                                                                                              | <p><i>22 JUL 2019</i></p> <p><i>22 JUL 2019</i></p>                                                                   |                  |                   |            |

MOD 76 - HUT





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otton Pinto 1820 Redenção - Fone: 36 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 35.522.317/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **GELMO EVANGELISTA DA SILVA** (Prontuário: 509120)  
 Endereço: BAIRRO LUCIANA - LUCIANA - BARRO DURO - PI CEP: 64455-000  
 Nascimento: 19/08/1987 Idade: 31a8m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 237511  
 Requisição: 946294 Solicitação: 23/04/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO  
 Controle: 1201377 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 235

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 23/04/2019

### PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Artrodese metatarso-falangeana no hallux com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume das partes moles.
- Redução mantida.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 13/05/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

RUA Dr. O. Le Tiro 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.522.917/0022 02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **GELMO EVANGELISTA DA SILVA** (Prontuário: 509120)  
 Endereço: BAIRRO LUCIANA - LUCIANA - BARRO DURO - PI CEP: 64455-000  
 Nascimento: 19/08/1987 Idade: 31a8m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 237511  
 Requisição: 946294 Solicitação: 23/04/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO  
 Controle: 1201377 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 235

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 23/04/2019

**PE OU PODODACTILO DIREITO**

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

- Artrodese metatarso-falangeana no hallux com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume das partes moles.
- Redução mantida.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 13/05/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF. 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Rodençã - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **GELMO EVANGELISTA DA SILVA** (Prontuário: 509120)  
Endereço: **BAIRRO LUCIANA - LUCIANA - BARRO DURO - PI CEP: 64455-000**  
Nascimento: 19/08/1987 Idade: 31a8m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 237511  
Requisição: 946294 Solicitação: 23/04/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO  
Controle: 1201377 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 235

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 23/04/2019

### PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Artrodese metatarso-falangeana no hallux com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume das partes moles.
- Redução mantida.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 13/05/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**  
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável





PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

22 JUL 2019

DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ADMINISTRAÇÃO DE SEGUROS  
 DE VEÍCULOS AUTOMOTORES DO BRASIL S/A  
 A SEGUROS AUTOMOTORES DO BRASIL S/A

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

CPF: 048.394.433-53 DATA DE NASCIMENTO: 20/07/1977

PLACADO: PERMISSÃO

VALIDADE: 03/01/2019 EXPIRAÇÃO: 04/01/2019

1554703040

PROIBIDO PLASTIFICAR

1554703040

PIAUI

PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS  
 22 JUL 2019  
 DPVAT



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

DETRAN - MA Nº 013549745809  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RUTRO EXERCÍCIO  
1 00810939983 2018

**GELMO EVANGELISTA DA SILVA**  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

PLACA  
03460319313 HPQ4276

PLACA (INT.) CHASSI  
HPQ4276 MA 9C2JD20103R013630

VEÍCULO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLETA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/NXR125 BROS KS 2003 2003

CAP/PORT. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
00002P/0124 CIL PARTIO VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. COTAS  
IPV 27,42 16/03/18 2ª  
A 1 0,00 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
180,65 0,70 185,50 10/01/18

MOTOR: JC30EB3013630

SR /SEM RESERVA DE DOMÍNIO

NOTA DE TRANSFERÊNCIA  
Mário de Nazareth P. Lima  
Matrícula 008821

FERNANDO PAREDO GONÇALVES DATA  
30/01/18

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
E TRANSPORTAÇÃO DO MÃO DE OBRA DO VEÍCULO

MA Nº 013549745809 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
03460319313 PARA SUAS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 30/01/18

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 03460319313 HPQ4276

RENAVAM MARCA / MODELO  
00810939983 HONDA/NXR125 BROS KS

ANO FAB. DATA Nº CHASSI  
2003 9 9C2JD20103R013630

PRÊMIO TARIFÁRIO

|                        |              |                          |
|------------------------|--------------|--------------------------|
| FNS (R\$)              | DETRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$)    |
| 81,29                  | 9,03         | 90,33                    |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IOF (R\$)    | TOTAL SEM IMPOSTOS (R\$) |
| 4,15                   | 0,70         | 185,50                   |

DATA DE OUTUBRO 10/01/18

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04

00100 158

PJ CORRETO  
DE SEGUROS  
22 JUL 2018  
DPVAT



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190440868 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GELMO EVANGELISTA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 24/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO HÁLUX DIREITO. P5

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSsíntese COM FIOS DE KIRSCHNER. P9 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                         | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 2,5%      | R\$ 337,50            |
| Total                                                               |                                              |                                                      | 2,5 %     | R\$ 337,50            |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190440868 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GELMO EVANGELISTA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 24/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO HÁLUX DIREITO. P5

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. P9 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                         | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 2,5%      | R\$ 337,50            |
| Total                                                               |                                              |                                                      | 2,5 %     | R\$ 337,50            |



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

NOME: GEILMO EVANGELISTA DA SILVA  
 RG: 029755982005-7 ORGÃO EMISSOR: SSC-MG CPF: 034.603.193-13  
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO EST. CIVIL: CASADO PROFISSÃO: LAURADOR  
 ENDEREÇO: RUA RITA CONTINHO 25 B. 02 LOT. 25 N. 25  
 BAIRRO: TEPRO PATRUL CEP. 64.455-000 CIDADE/UF: BARRO DURO  
 TELEFONE: (86) 99981-6008 (-) (-)

## OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
 RG: 1.651.371 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 849.394.433-53  
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMO  
 ENDEREÇO: RUA SETE DE SETEMBRO N. 244  
 BAIRRO: CENTRO CEP 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUÍ  
 TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99473-5001 (86) 99402-2764

PJ CORRETOR  
DE SEGUROS

22 JUL 2019

DPVAT

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR O OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE CONFIO PODERES ESPECÍFICOS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR E SOLICITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO REFERENTE AO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO ÀS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA E SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDOS PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MADATO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE A:

VITIMA: GEILMO EVANGELISTA DA SILVA  
 CPF: 034.603.193-13 DATA DO ACIDENTE: 17/04/2019  
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS ☐ MORTE

BARRO DURO - PIAUÍ 14.05.2019

local e data

Geilmo Evangelista da Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço verdadeira Firma de  
Geilmo Evangelista da  
Silva.  
 do que dou fé. Em test. da verdade  
Barro Duro-PI, 14/05/2019  
Taberian



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247871/19

**Vítima:** GELMO EVANGELISTA DA SILVA

**CPF:** 034.603.193-13

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 17/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GELMO EVANGELISTA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

#### GELMO EVANGELISTA DA SILVA : 034.603.193-13

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/07/2019  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

