



Número: **0816630-93.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **30/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|-------------------------|
| FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA (AUTOR) | | GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 11791854 | 09/09/2020 10:39 | PROCESSO ADMINISTRATIVO | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |



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

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631219

Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

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 15093241

Pag. 00491/00492 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631219

Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000044424-6

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631219

Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00801/00802 - carta_02 - INVALIDEZ

00070401



Carta nº 15478801



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>

Número do documento: 20090910392311800000011162706



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

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631219

Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

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

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 680,40 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Complemento por reanálise 7.2%

% Invalidez Permanente DPVAT: (7.2% de 70%) 5,04%

Valor a indenizar: 5,04% x 13.500,00 = R\$ 680,40

Recebedor: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Valor: R\$ 680,40

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000044424-6

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190631219 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO CARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS K.
P14

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO 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 |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 934.435.873-72 4 - Nome completo da vítima: Francisco Carlos Soares De Lencastre

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

5 - Nome completo: Francisco Carlos Soares De Lencastre 6 - CPF: 934.435.873-72
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: Rua Sena 9 - Número: 2001 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Juncos Archade 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: ednansseguros@lucmail.com 16 - Tel.(DDD): 184/99534-6565

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1989 CONTA: 444246 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

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

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

34 - Intervalo de tempo de 30 dias para a assinatura da vítima ou beneficiário não informado.
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





AUTOATENDIMENTO - AG AREGUINO DE ABREU
DATA: 08/11/2019 HORA: 10:46:59
TERMINAL: 20041824 CONTROLE: 200418240263

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1989 013.88044424-6
NOME: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 161413843

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190631219
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Carlos Osorio da Cunha
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Seis, 2001 Dirceu Arcoverde
Centro Teresina PI CEP: 64078-705
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 1720251
Data local do acidente: [16/02/2019]
Data local do exame: [11/02/2020] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
RUPTURA TRAUMÁTICA DOS LIGAMENTOS DO PUNHO E DO CARPO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) E PRONO-SUPINAÇÃO (20º) DO ANTEBRAÇO DIREITO. APRESENTA AINDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 60º) DO COTOVELO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| () "Vítima em tratamento" <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente" <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela): MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito % do dano: () 10% residual (X) 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela): % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela): % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Ismar Aguiar Marques Filho
CPF - 791.120.723-20
CRM/PI - 3165





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010278/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2019 12:03

Data/Hora Fim: 06/11/2019 12:24

Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/02/2019 20:34

559151

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Logradouro: AV; AMELIA RUBI

Complemento: AV; AMELIA RUBI

Bairro: Itararé

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Melo(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA (VÍTIMA, COMUNICANTE, CONDUTOR, ENVOLVIDO)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| Envolvido(a) | Grupo | Subgrupo | Descrição | Vínculo |
|----------------------------------|---------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Francisco Carlos Osorio da Cunha | Veículo | Motocicleta/Motoneta | Placa LVM3122, Chassi 9C2JC30706R835065, Núm. Motor JC30E76835065, Renavam 00879389419 | Possuidor |

RELATO/HISTÓRICO

O NOTICIANTE QUE CONDUZIA A MOTO ACIMA CITADA, RELATA QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTO CAIU, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIRO E LEVADO PRA UPA DO RENASCENÇA, E TRANSFERIDO PARA O HUT, PRONTUARIO.502975. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

ASSINATURAS

Narceiza de Maria Chaib Lima

Escrivã de Polícia

Matrícula 0091120

Responsável pelo Atendimento

Francisco Carlos Osorio da Cunha

(Condutor / Envolvido / Vílima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(s) responsável pelas informações acima asseritadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar

Impresso por: Narceiza de Maria Chaib Lima

Data de Impressão: 06/11/2019 12:31

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23

<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>

Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 9

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 934.435.873-72 4 - Nome completo da vítima: Francisco Carlos Soares de Lencina

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

5 - Nome completo: Francisco Carlos Soares de Lencina 6 - CPF: 934.435.873-72
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: Rua Seis 9 - Número: 2001 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Sincos Archalinde 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: ednanseguros@hucmail.com 16 - Tel.(DDD): 184199534-6565

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1989 CONTA: 444 24 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 09/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Imp: 17/02/2019 01:02:55

(User: ELIENE SILVA)

(Enlace: RECEPCION)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| DADOS DO PACIENTE: | | Prontuário: 502975 | |
| Nome: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA | | Pai: | |
| Mãe: LUIZIA DA COSTA OSORIO DA CUNHA | | End.Resid.: RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: - | |
| End.Resid.: RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: - | | Fone: 86-88059-684 | |
| Nascimento: 20/10/1978 | | Idade: 40a3m28d | |
| Responsável: JUCILENE SOUSA | | Sexo: Masculino | |
| Profissão: MECANICO | | CNS: 709205233676539 | |
| E. Instrução: Fundamental Incompleto | | CPF: * RG: 1720251 - SSPI | |
| End.Local: - - - | | E.Civil: Solteiro(a) | |

MODOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------|
| DADOS DO ATENDIMENTO: | | | |
| Código: 708113 | Data: 17/02/2019 00:18:51 | Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU | |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC | | | Convênio: S U S |
| Acid.Trab.: NÃO | Trajetos?: Não | Tipico: Não | CID Secundário: V299 |

DADOS CLÍNICOS:

DADOS CLÍNICOS:

Furor com rubore de audire no horário
no dia 16/02/19 às 18:30 - S.T; vege tran reger
caldes, vege perda de consciência Perceve os Parentes
relata trauma em es. Pulso (D), artérias (D) e análise
com dos edema (F/P4) e batemí ADM: encon-
nheos do VTA com Baixa de exatidão,
Permanência (D); EF: dose Pulso (D) + / P4/
Antes; dos é Polpa Pul e costela (D);
di X Obv Paro por cataplexia c/
diagnóstico inicial: exant. pr

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAM: RUNHO D 01:55 DATA: 13/0040

| | | | | |
|--------|-------------------|--------------------|-----------------|---------|
| DATA | SECRET | RETURNS | UNIT | Origin: |
| rativa | | | | |

| | | |
|--------------|----------------|----------------------|
| | () Melhorado | () Administrativa |
| | () Curado | () Por Indisposição |
| <u>ALTA:</u> | () Inalterado | () Por Evasão |
| | () A Pedido | |

| | | |
|---------------------|-------|---------|
| Retornas | Unid. | Origin: |
| | | Per: |

~~Transferência:~~
TECNOLOGO

DATE SENT: 1 / 1 /

DATA SAIDA: 1 1

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

100

GID Comparativo:

CID Comparative:

100

Carimbo- Assinatu

implicaciones

one machine

00:10:39:23

20090910392311800000011162706

Assinatura de S. Oliveira

Carimbo- Assinatura - Profissional - BR

... ist es da wieder

polymers on metal

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

| Num. |
|------------------|
| 1000000014100700 |

1800000011162706



TERESINA

UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074

TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 16/02/2019 19:45:59

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

DADOS DO PACIENTE:

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|-----------|
| Nome: FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA | | Prontuário: 139657 | |
| Mãe: LEZIA DA COSTA OZORIO | Pai: | | |
| End.Resid.: RUA 6A , 2001 - PARQUE ITARARE - TERESINA - PI - CEP: - | | | |
| Nascimento: 20/10/1978 | Idade: 40a3m27d | Sexo: Masculino | Fone: - - |
| Responsável: O MESMO | CNS: | | |
| Profissão: | Documento: Reg.Nasc: | | |
| Instrução: Não informado | E.Civil: Ignorado | | |
| End.Local.: - - - | | | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|----------------|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Código: 331469 | Entrada: 16/02/2019 19:07:40 | Convênio: S U S | Proced: 0301060096 |
|----------------|------------------------------|-----------------|--------------------|

Motivo da Procura
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação: | Classificação: | Cor: |
| QUEIMAS | Dor intensa | Laranja |
| Breve História Clás. Risco: Após queda de moto há 30min, sem uso de capacete, nega ingestão de bebida alcoólica. Apresenta trauma em MSD. Segue muito agitado, relata dor intensa. Nega HAS, DM e/ou alergias. | | LÍVIA MARIA MELLO VIANA COREN 170138 Em: 16/02/2019 19:18:57 |

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

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: |
| paciente vítima de acidente de moto apresenta luxação perissemilunar do carpo A direita |
| paciente não cooperativo |
| encaminha ao hut pra redução sob narcose |

| | |
|------------------------------------------------------|------|
| Diagnóstico Inicial: | CID: |
| Lesão traumática de ligamento(s) do punho e do carpo | S633 |

Exames Complementares:

| |
|--------------------|
| Prescrição Médica: |
|--------------------|

| |
|------------------------------|
| Motivo da Alta/Encerramento: |
| Alta com Receita |

| | |
|-----------|---------|
| DATA: / / | HORA: : |
|-----------|---------|

| | |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Assinatura Paciente ou Responsável | TERCIO DANTAS MOURA CRM PI 3824 Em: 16/02/2019 19:45:58 |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------|



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706

Número do documento: 20090910392311800000011162706

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

| | |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 22/11/2019 |
|------------------------|------------|

| |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

| | |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 1.687,50 |
|--------------|----------|

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000044424-6

Nr. da Autenticação F63417D619C46B92



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 680,40

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000044424-6

Nr. da Autenticação 8E00A3874D7B6951



MATRÍCULA

FATURA Nº

1447583

TC 1.36
2815061 0872904

13814940-2

MÊS/ANO

8/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR JUCILENE DE SOUSA OLIVEIRA
PROPRIETÁRIO: ANTONIA DE SOUSA OLIVEIRA
RUA SEIS B D ARCOVERDE, 2001-PARQUE
IDEAL-TERESINA-PI-cep: 99999999

LOCALIZAÇÃO
007-00026-003405

GRUPO

NÚMERO DO HIIDROMETRO

007

A18X022466

| HISTÓRICO DE CONSUMO | PERÍODO | TIPO | LEDO | ENTRADA | ECONOMIA - CATEGORIA / TIPO TÁBULA |
|----------------------|---------|--------|------|---------|------------------------------------|
| 07-2019 | 07-2019 | Normal | 00 | 00 | 1 Residencial - Normal |
| 06-2019 | 06-2019 | Normal | 00 | 00 | |
| 05-2019 | 05-2019 | Normal | 00 | 00 | |
| 04-2019 | 04-2019 | Normal | 00 | 00 | |
| 03-2019 | 03-2019 | Normal | 00 | 00 | |
| 02-2019 | 02-2019 | Normal | 00 | 00 | |

DATA
10/07/2019 1231
10/08/2019 1231

CONSUMO MÊS M3

0

LEI 12.748/2012

PL. 1041 - 0,004 - 0,74

COFINS 05,3477 - 0,004 - 0,00

| TABELA DE TARIFAS | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA | REF. | VALOR |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------|---------|-------|
| RESIDENCIAL FAZDA DE CONSUMO R\$/M3 E (%) | VALOR REFERENTE ÁGUA - 0,00 | | |
| 18-25 | JUROS DE FINANC. PARCELAMENTO 004/024 | 004/024 | 8,78 |
| 25-999999 | JUROS DE PARCELAMENTO 004/024 | 004/024 | 0,54 |
| | MULTA DO PARCELAMENTO 004/024 | 004/024 | 0,65 |
| | PARCELAMENTO 004/024 | 004/024 | 35,39 |
| NÃO RESIDENCIAL FAZDA DE CONSUMO R\$/M3 E (%) | | | |



VENCIMENTO

22/08/2019

TOTAL A PAGAR

45,36

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOTIFICAÇÃO
Nossos arquivos acusam 3 débitos. ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços.
Instituição: Lei Federal nº 11.448/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.081/1991, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|-------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| CLORO LÍQUIDO | 2561 | 2538 | 23 | 1,35 | 0,2-5,0 mg/L |
| CONDUTIVIDADE | 1177 | 2613 | 19 | 6,08 | Inferior a 15 |
| PH | 2879 | 2842 | 37 | 6,78 | 6,00-9,50 |
| TURBID.2 | 2803 | 2748 | 63 | 1,82 | Inferior a 5 |
| COLIFORMES TOTAIS | | | | | |

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|----------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| ESCOLHIDA COL. | 1027 | 1025 | 2 | Ausência | Ausente |
| | 1027 | 1027 | 0 | Ausência | Ausente |

DATA DA EMISSÃO: 18/08/2019 HORA DA EMISSÃO: 07:49

TC 1.36

2815061 0874304

MATRÍCULA

13814940-2

FATURA Nº

1447583

MÊS/ANO

8/2019

VENCIMENTO

22/08/2019

VALOR A PAGAR

45,36

82600000000-8 45361535000-7 00201900144-1 7582 04-0



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listados serão cobrados na próxima fatura.

cepsa
ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.201.283-5
Nota Fiscal / Carta de Entrega - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
com o SAC, informe
esse NÚMERO

SEN-CODIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal: 023654306

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
JUNHO/2019

VENCIMENTO
02/07/2019

CONSUMO (kWh)
205

TOTAL A PAGAR (R\$)
208,95

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

| DADOS DA LEITURA | | DADOS DA LEITURA | |
|-----------------------------|--------|------------------|------------|
| Atual: | 20555 | Atual: | 25/06/2019 |
| Anterior: | 20350 | Anterior: | 24/05/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 25/07/2019 |
| Consumo Medido: | 205 | Emissão: | 24/06/2019 |
| Consumo Faturado: | 205 | Aprovação: | 25/06/2019 |
| Forma de Faturamento: | NORMAL | Dias de Consumo: | 32 |
| Código de Irregularidade: | FCAM | | |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
|------------------------------|---------|----------------|------|------------|--------------|
| Categoria/Subcategoria | Ligação | Número Medidor | Pólo | Código FIC | Mês 12 meses |
| COMERCIAL | MONO | A1418740 | | 3.5.3.1 | 196 |

| HISTÓRICO kWh | | DESCRIÇÃO DA CONTA | |
|----------------------|-----|--------------------------------|-----------------------------|
| Mês/Mo consumo | | CONSUMO | 205 A R\$ 0,918442 = 188,28 |
| MAR/19 | 204 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 15,19 |
| ABR/19 | 178 | CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 | 0,81 |
| MAR/19 | 243 | MULTA POR ATRASO 05/19-00 | 3,79 |
| FEV/19 | 297 | JUROS POR ATRASO 05/19-00 | 0,88 |
| JAN/19 | 365 | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA | 0,44 |
| DEZ/18 | 57 | | |
| NOV/18 | 0 | | |
| OUT/18 | 96 | | |
| SET/18 | 299 | | |
| AGO/18 | 232 | | |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: | | | |
| 2 A 205 - 0,617457 | | | |

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO CA09.2008.54C4.130C.185D.EFF8.7664.8374

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES - R\$ | |
|---------------------------|-------|--------------------------------|--------|
| Distribuição: | 37,03 | Base de Cálculo: | 188,28 |
| Energia: | 71,55 | Alíquota ICMS: | 27,00% |
| Transmissão: | 12,10 | Valor do ICMS: | 50,83 |
| Encargos: | 5,92 | Valor do PIS: | 1,93 |
| Tributos: | 61,68 | Valor do COFINS: | 8,92 |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------|------------|-------|--------|------------|-------|-----------------------|--------|
| | DIC | | | PIC | | | DACC | DICC |
| | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Mensal |
| Limite | 5,31 | 10,63 | 21,25 | 3,11 | 6,23 | 12,45 | 3,03 | |
| Realidade | 0,00 | | | 0,00 | | | 0,00 | |
| Composto | TERESINA - MACAUBA | | | | | | Período de 04/2019 | 62,87 |



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>

Número do documento: 20090910392311800000011162706

Imp: 17/02/2019 01:02:55

(User) ELIENE SILVA

(Estado: RECEPCION)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| DADOS DO PACIENTE: | | Prontuário: 502975 | |
| Nome: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA | | Pai: | |
| Mãe: LUIZIA DA COSTA OSORIO DA CUNHA | | End.Resid.: RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: - | |
| End.Resid.: RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: - | | Fone: 86-88059-684 | |
| Nascimento: 20/10/1978 | | Idade: 40a3m28d | |
| Responsável: JUCILENE SOUSA | | Sexo: Masculino | |
| Profissão: MECANICO | | CNS: 709205233676539 | |
| E. Instrução: Fundamental Incompleto | | CPF: * RG: 1720251 - SSPI | |
| End.Local.: - - - | | E.Civil: Solteiro(a) | |

MODOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| DADOS DO ATENDIMENTO: | | | |
| Código: 708113 | Data: 17/02/2019 00:18:51 | Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU | |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC | | | Convênio: S U S |
| Acid.Trab.: Não | Trajetos?: Não | Tipico: Não | CID Secundário: V299 |

DADOS CLÍNICOS:

DADOS CLÍNICOS:
 Fúria com rubore de audição no horário
 no de 16/02/19 às 18:30 - S.T; vege tran reger
 captação vege perda de consciência Período de Período
 relata fúria em es. Pubo (D), audição (D) audição
 com des. coluna (F/P4) e laterais ADM: enema
 - wheels de VHA com Baquetas de Laxante
 Período de Pubo (D): EF: des. Pubo (D) + 1/P4/
 laterais; des. Coluna Pubo e costela (D);
 X Obstr. Pórculo porco colapso (D) /
 diagnóstico inicial: exant. Pm

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUITA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame físico (P), Rx artroscopia (P), Rx
colares (P)
Tc de Pélvis (P)

1^o DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA RAIO-X

EXAME: *PUNHO D 01:55* DATA: *12/04/10*

AD CC

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido | | <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão | | Retorno à Unid. Origin.: Transferência: |
| ALTA: | | TECNOLOGO | | DATA SAÍDA: / / ORA: : |
| <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs | | DESTINO: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol. | | <input type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível: |
| ÓBITO: | | Prof. Solicitante Internação: | | <i>Relatório Remetido Classificado</i> Mensagem S9804 SAME - HUT CONFERIR COM O ORIGINAL |

Lucilene de S. Oliveira
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

TERESINA

UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074

TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 16/02/2019 19:45:59

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

DADOS DO PACIENTE:

| | | | | | |
|--------------|---------------------------------------------------------|--------|----------|-------------|-----------|
| Nome: | FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA | | | Prontuário: | 139657 |
| Mãe: | LEZIA DA COSTA OZORIO | | Pai: | | |
| End.Resid.: | RUA 6A , 2001 - PARQUE ITARARE - TERESINA - PI - CEP: - | | | | |
| Nascimento: | 20/10/1978 | Idade: | 40a3m27d | Sexo: | Masculino |
| Responsável: | O MESMO | | | Fone: | - - |
| Profissão: | | | | CNS: | |
| Instrução: | Não informado | | | Documento: | Reg.Nasc: |
| End.Local.: | | | | E.Civil: | Ignorado |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | | | | | |
|---------|--------|----------|---------------------|-----------|-------|---------|------------|
| Código: | 331469 | Entrada: | 16/02/2019 19:07:40 | Convênio: | S U S | Proced: | 0301060096 |
|---------|--------|----------|---------------------|-----------|-------|---------|------------|

Motivo da Procura
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação: | Classificação: | Cor: |
| QUEIMAS | Dor intensa | Laranja |
| <p>Sequela História Clas. Risco:</p> <p>Após queda de moto há 30min, sem uso de capacete, nega ingestão de bebida alcoólica.</p> <p>Tratado em MSD. Segue muito agitado, relata dor intensa. Nega HAS, DM e/ou alergias.</p> | | <p>LÍVIA MARIA MELLO VIANA</p> <p>COREN 170138</p> <p>Em: 16/02/2019 19:18:57</p> |

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

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: |
| <p>paciente vítima de acidente de moto apresenta luxação perissemilunar do carpo A direita</p> <p>paciente não cooperativo</p> <p>encaminha ao hut pra redução sob narcose</p> |

| | |
|------------------------------------------------------|------|
| Diagnóstico Inicial: | CID: |
| Lesão traumática de ligamento(s) do punho e do carpo | S633 |

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

| | | |
|------------------|----------------------|-----------------|
| Alta com Receita | DATA: ____/____/____ | HORA: ____:____ |
|------------------|----------------------|-----------------|

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA
CRM PI 3824 Em: 16/02/2019 19:45:58



Imp: 17/02/2019 01:02:55

(User: ELIENE SILVA)
(Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| Nome: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA | | Prontuário: 502975 | |
| Mãe: LUIZIA DA COSTA OSORIO DA CUNHA | | Pai: | |
| End.Resid.: RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: - | | | |
| Nascimento: 20/10/1978 | Idade: 40a3m28d | Sexo: Masculino | Fone: 86-88059-684 |
| Responsável: JUCILENE SOUSA | | CNS: 709205233676539 | |
| Profissão: MECANICO | | CPF: * RG: 1720251 - SSP/PI | |
| G. Instrução: Fundamental Incompleto | | E.Civil: Solteiro(a) | |
| End.Local.: - - - | | | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| ADOS DO ATENDIMENTO: | | | |
| <u>Código:</u> 708113 | <u>Data:</u> 17/02/2019 00:18:51 | <u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU | |
| <u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC | | | <u>Convênio:</u> S U S |
| <u>Acid.Trab.:</u> Não | <u>Trajetos?:</u> Não | <u>Típico:</u> Não | <u>CID Secundário:</u> V299 |

DADOS CLÍNICOS:

DADOS CLÍNICOS:

Feminina com história de anorexia pro bochecho
no dia 16/02/19 às 18:30 - S.C.; segue com reger-
cadas, segue perda de consciência. Perda de Pariente
relata trauma em um fúto (D), artéria (D) encaixada
com dor forte (F/K4) e dentro ADM; enema
- rhabdo de ura com diagnóstico de laceração
Perforante (D); EF = dente fúto (D) + F/K4/
Anterior; dor ínfima fúto e costela (D);
X ODM Pericardi poro estabelecido c/
depressão inicial: exome per

CDN:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

~~FUT DR ZENON BOCH~~

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

~~RAIO-X~~

~~EXAM~~

DATA: 12/10/10

| | |
|--------|------------------------------------|
| rativa | Return to Daid. Origin: |
|--------|------------------------------------|

ALTA:

() Melhorado
() Curado
() Inalterado
() A Pedido

() Administrativa
() Por Indisciplina
() Por Evasão

TECNOLOGO

DATA SAÍDA:

() Internacional na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

Interferência:

Assinatura de S. Oliveira
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

solicitação do melhor



TERESINA

UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074

TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

Imp: 16/02/2019 19:45:59

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGRESSO-PC)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

| | | | |
|---------------|--------------------------------------------------------|-------------|-----------|
| Nome: | FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA | Prontuário: | 139657 |
| Mãe: | LIZIA DA COSTA OZORIO | Pai: | - |
| End.Resid.: | RUA 6A, 2001 - PARQUE ITARARE - TERESINA - PI - CEP: - | | |
| Nascimento: | 20/10/1978 | Idade: | 40a3m27d |
| Responsável: | O MESMO | Sexo: | Masculino |
| Profissão: | | Fone: | - |
| G. Instrução: | Não informado | CNS: | |
| End.Local.: | | Documento: | Reg.Nasc: |
| | | E.Civil: | Ignorado |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | | | | | |
|---------|--------|----------|---------------------|-----------|-------|---------|------------|
| Código: | 331469 | Entrada: | 16/02/2019 19:07:40 | Convênio: | S U S | Proced: | 0301060096 |
|---------|--------|----------|---------------------|-----------|-------|---------|------------|

Motivo da Procura
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

| | | |
|--------------------------------|----------------|---------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação: | Classificação: | Cor: |
| DORES INTENSAS | Dor intensa | Laranja |

História Clas. Risco:

Relata queda de moto há 30min, sem uso de capacete, nega ingestão de bebida alcoólica.
Procura em MSD. Segue muito agitado, relata dor intensa. Nega HAS, DM e/ou alergias.

LÍVIA MARIA MELLO VIANA

COREN 170138

Em: 16/02/2019 19:18:57

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

paciente vítima de acidente de moto apresenta luxação perissemilunar do carpo à direita
paciente não cooperativo
encaminhado ao hut pra redução sob narcose

| | |
|--------------------------------------------------------|------|
| Diagnóstico Inicial: | CID: |
| Ruptura traumática de ligamento(s) do punho e do carpo | s633 |

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

| | | |
|------------------|----------------------|-----------------|
| Alta com Receita | DATA: ____/____/____ | HORA: ____:____ |
|------------------|----------------------|-----------------|

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA
CRM PI 3824 Em: 16/02/2019 19:45:58

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>

Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 20

UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 - Renascença III - Fone: 86 3234 7074

TERESIMA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 331469

Imp: 16/02/2019 19:48:51

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: _____

| | | | | |
|------------------------------------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Nome: FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA | | Prontuário: 139657 | Local: | Leito: |
| Tipo Sanguíneo: | Fator RH: | Peso (Kg): 0,00 | Altura (M): 0,00 | IMC (Kg/m²): 0,00 |

[illegible]

Dr. Tercio Danilo Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI: 38217

$\frac{20\% \text{ NO}}{\text{H}_2\text{O}}$

REGISTROS DE ENFERMAGEM:





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| AUTORIZAÇÃO: 522251943 | Nº REGULAÇÃO: 61152 | TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL |
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074 | | |
| ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | | |
| LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | | |
| PACIENTE: FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA | | NASCIMENTO: 20/10/1978 |

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTA LUXAÇÃO PERISSEMILUNAR DO CARPO À DIREITA PACIENTE NÃO COOPERATIVO ENCAMINHO AO HUT PARA REDUÇÃO SOB NARCOSE

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): RUPTURA TRAUMÁTICA DE LIGAMENTOS DO PUNHO E DO CARPO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: **FREQ. CARDÍACA:** **SATURAÇÃO:** **FREQ. RESPIRATÓRIA:**

GLICEMIA: **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 16/02/2019 20:34:24

Dr. Tércio Dantas Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI: 3124

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



Alto



NOME DO PACIENTE: Francisco Carlos Orosio da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 502975

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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tite 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 17/02/2019 01:02:55

(ELIENE SILVA)

DADOS DO PACIENTE:

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------|
| Nome: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA | | Prontuário: 502975 | |
| Mãe: LUIZA DA COSTA OSORIO DA CUNHA | Pai: | | |
| End. Resid.: RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: - | | | |
| Nascimento: 20/10/1978 | Idade: 40a3m28d | Sexo: Masculino | Fone: 86-88059-684 |
| Responsável: JUCILENE SOUSA | CNS: 709205233676539 | | |
| Profissão: MECANICO | Documento: RG: 1720251 - SSPi | | |
| S. Instrução: Fundamental Incompleto | E.Civil: Solteiro(a) | | |
| End. Local: - - - | | | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Código: 708113 | Data: 17/02/2019 00:18:51 | Clas. Cor: Indefinido |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC | | Convênio: S U S |

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

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

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

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

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 17/02/2019

| | | | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|
| NOME DO PACIENTE: | Francisco Carlos Osório da Cunha | PRONTUÁRIO Nº: | |
| DIAGNÓSTICO: | Luxação pericromiônica | CIRURGIA: | Artroscopia |
| ANESTESIA: | Local | Nº DA SALA: | 05 |
| CIRURGIÃO: | Dr. Claudio Nogueira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3321 CRM-MA 9337 SBOT 12681 | CPF Nº: | |
| AUXILIAR: | | CPF Nº: | |
| ANESTESISTA: | Dr. Antônio José | CPF Nº: | |
| INSTRUMENTADORA: | | CPF Nº: | |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO |
|-----------------------|-------|--------|-------|----------------------|---------|--------|-------|
| AGULHA 25x8 | UNID. | 01 | | LÂMINA DE BISTURI | UNID. | | |
| AGULHA 30x8 | UNID. | - | | LUVA Nº 7 1/2 | PAR | 03 | |
| AGULHA 40x12 | UNID. | 06 | | LUVA Nº 7.0 | PAR | 04 | |
| AGULHA RAQUE | UNID. | - | | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR | 06 | |
| ÁLCOOL 70% | ML | 100 | | PVPI DE GERMANTE | ML | 100 | |
| ALGODÃO | BOLA | - | | PVPI TÓPICO | ML | - | |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | - | | PVPI TINTURA | ML | 100 | |
| COMPRESSA | PAC. | 02 | | SERINGA 20CC | UNID. | 02 | |
| EQUIPO MACRO-GOTA | UNID. | 01 | | SERINGA 10CC | UNID. | 02 | |
| ESPARADRAPO | CM | 20 | | SERINGA 5CC | UNID. | 01 | |
| ESCALPE Nº | UNID. | - | | SERINGA 3CC | UNID. | - | |
| FORMOL | ML | - | | SORO FISIOLÓGICO | FRASCO | 05 | |
| GASES | PAC. | 03 | | SONDA URETRAL | UNID. | 01 | |
| JELCO Nº | UNID. | - | | Látex | - | 01 | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA: | - | 01 | |
| CAT.GUT.SIMPLES C/AG. | | | | Crepom | - | 05 | |
| CAT.GUT.SIMPLES S/AG. | | | | Eletródos | - | 05 | |
| CAT.GUT.CROMADO C/AG. | | | | | | | |
| CAT.GUT.CROMADO S/AG. | | | | | | | |
| ALCOFIL | | | | | | | |
| MONONYLON | | | | | | | |
| FITA UMBILICAL | | | | ENFERMARIA: | | | |
| VICRYL | | | | CIRCULANTE: | Joselia | | |
| PROLENE | | | | | | | |

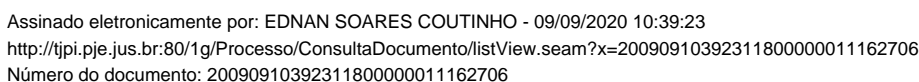




PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL D'

| NOME DO PACIENTE | PRONTUÁRIO | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|----------------------------------|-------------------|------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Françoise Loula Pereira L. Cunha | 502975 | 229 | 219 | |
| DATA/HORA CÓDIGO | PRESCRIÇÃO MÉDICA | CLÍNICA | HORÁRIOS | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |
| | | Ortopédica | | OBSERVAÇÕES |
| 17 | POE | | | 09:00 - Paciente admitida procedente da RPA em POI prateada de mão P, consciente, orientado, básico. Desconhece história a medicamentos e comorbidades. |
| 18 | | | | 18:00 h - 18:00 h P.A.: 125/80 mmHg P: 64 bpm - Batimento regular M: 00 - Temperatura 35,5 V P.P. = 120 x 80 mmHg, P: 24 bpm. P: 100 |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |
| 32 | | | | |
| 33 | | | | |
| 34 | | | | |
| 35 | | | | |
| 36 | | | | |
| 37 | | | | |
| 38 | | | | |
| 39 | | | | |
| 40 | | | | |
| 41 | | | | |
| 42 | | | | |
| 43 | | | | |
| 44 | | | | |
| 45 | | | | |
| 46 | | | | |
| 47 | | | | |
| 48 | | | | |
| 49 | | | | |
| 50 | | | | |
| 51 | | | | |
| 52 | | | | |
| 53 | | | | |
| 54 | | | | |
| 55 | | | | |
| 56 | | | | |
| 57 | | | | |
| 58 | | | | |
| 59 | | | | |
| 60 | | | | |
| 61 | | | | |
| 62 | | | | |
| 63 | | | | |
| 64 | | | | |
| 65 | | | | |
| 66 | | | | |
| 67 | | | | |
| 68 | | | | |
| 69 | | | | |
| 70 | | | | |
| 71 | | | | |
| 72 | | | | |
| 73 | | | | |
| 74 | | | | |
| 75 | | | | |
| 76 | | | | |
| 77 | | | | |
| 78 | | | | |
| 79 | | | | |
| 80 | | | | |
| 81 | | | | |
| 82 | | | | |
| 83 | | | | |
| 84 | | | | |
| 85 | | | | |
| 86 | | | | |
| 87 | | | | |
| 88 | | | | |
| 89 | | | | |
| 90 | | | | |
| 91 | | | | |
| 92 | | | | |
| 93 | | | | |
| 94 | | | | |
| 95 | | | | |
| 96 | | | | |
| 97 | | | | |
| 98 | | | | |
| 99 | | | | |
| 100 | | | | |





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA** (Prontuário: 502975)
Endereço: RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 20/10/1978 Idade: 40a4m23d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 233189
Requisição: 922635 Solicitação: 17/02/2019 Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
Controle: 1156177 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 219

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 17/02/2019

PUNHO DIREITO

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

- Controle pós operatório.
- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Fixação metálica no carpo.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 12/03/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

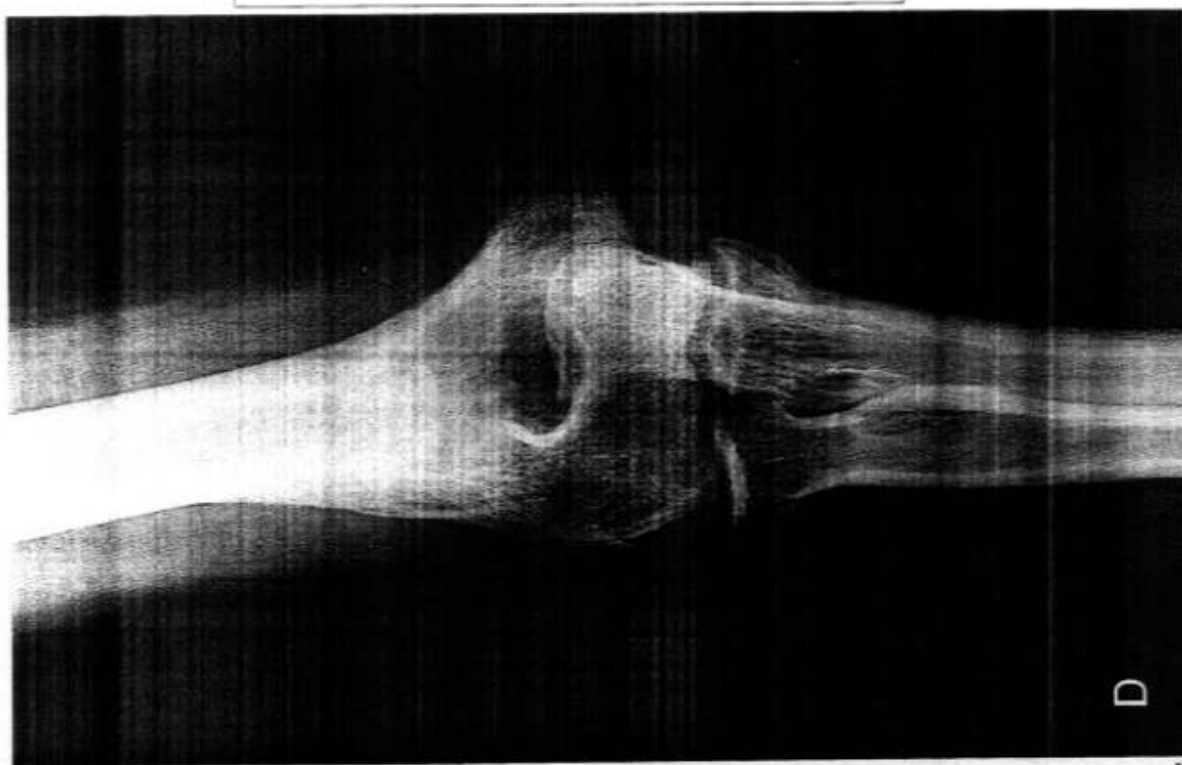
Profissional Responsável



HPM

166444
funter FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA
for 040Y

Sexo: M



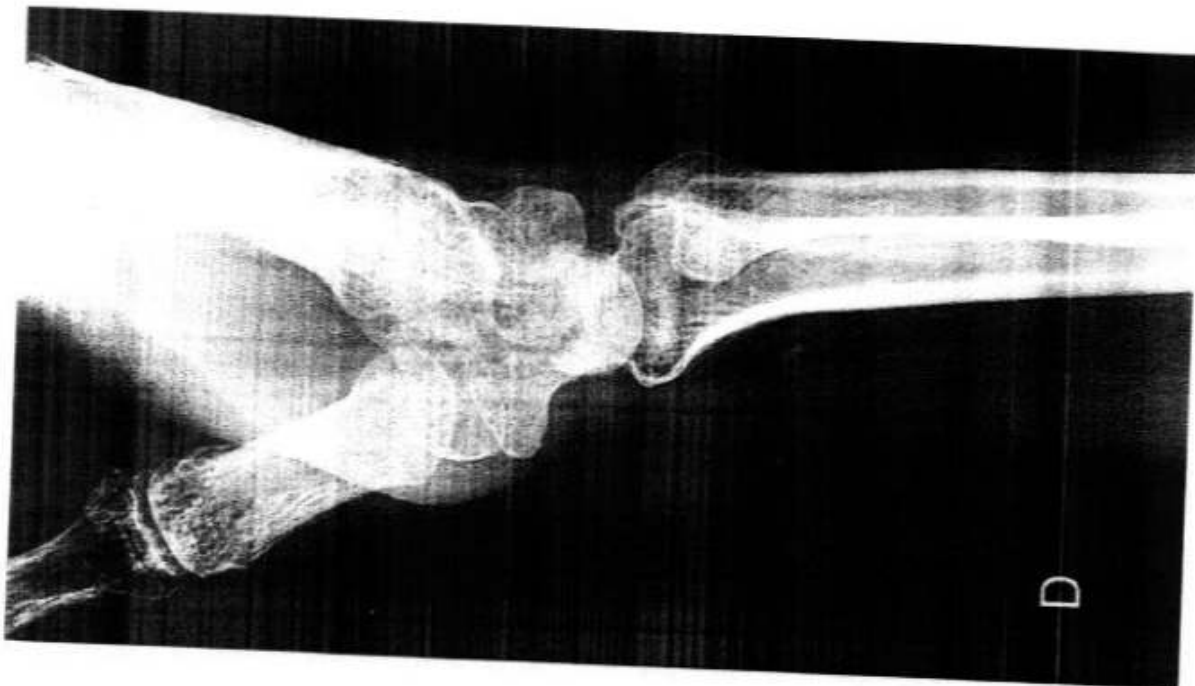
D

Horas: 16:07
Exame: 26/08/2019



D





Hora: 15:06
Exame: 26/08/2019

HPM

Dr: 163444
Paciente: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA
Idade: 040Y
Sexo: M





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 143118
PACIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA
NOME DA MÃE: LUZIA DA COSTA OSORIO
DATA DO NASCIMENTO: 20/10/1978
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 25/03/2019
DATA DO LAUDO: 29/03/2019
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fios de fixação metálica localizados nos ossos do carpo.
Superfícies articulares preservadas.
Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fios de fixação metálica localizados nos ossos do carpo.
Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

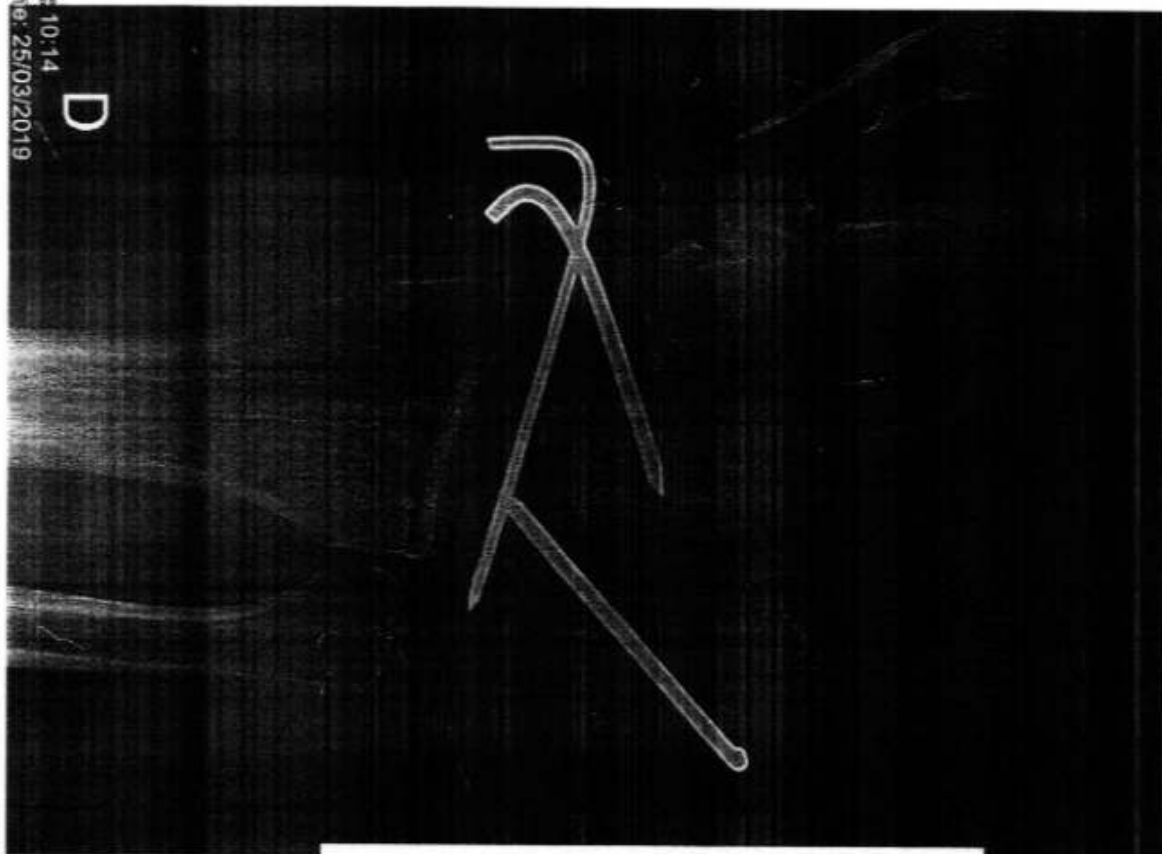
Av. Rígido Cunha, 1642 - Ilhéus - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520



ID: 143113
Paciente: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA
Idade: 0407
Sexo: M

HPM





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 163444
PACIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA
NOME DA MÃE: LUZIA DA COSTA OSORIO
DATA DO NASCIMENTO: 20/10/1978
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 26/08/2019
DATA DO LAUDO: 28/08/2019
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

RADIOGRAFIA DO COTOVELO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Estrutura óssea conservada.
Superfícies articulares preservadas.
Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame radiográfico sem alterações detectáveis pelo método.


Dr. Manoel Messias P. de Sousa
MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR
CRM-PI 2869 - RQE 3048

MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA ✓
CRM: 2869

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 163444
PACIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA
NOME DA MÃE: LUZIA DA COSTA OSORIO
DATA DO NASCIMENTO: 20/10/1978
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 26/08/2019
DATA DO LAUDO: 28/08/2019
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-cirúrgico de retirada de fixação metálica para tratamento de fratura, segundo correlação com dados clínicos.
Redução da densidade radiográfica das estruturas ósseas visibilizadas, provavelmente relacionado ao desuso.
Espaços articulares íntegros.
Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Controle pós-cirúrgico de retirada de fixação metálica para tratamento de fratura, segundo correlação com dados clínicos.
Redução da densidade radiográfica das estruturas ósseas visibilizadas, provavelmente relacionado ao desuso.


Dr. Manoel Messias P. de Sousa
MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR
CRM-PI 2869 - RQE 3048

MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA
CRM: 2869

Av. Ildino Cunha, 1542 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-35

Telefone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3216-1520



OSER

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



| | | | | | |
|------------------------------------------------------|-------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Nome do Paciente FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA | | | | Prontuário 4853073 | Nº Cartão SUS 709205233476519 |
| Admissão 21/11/2018 | Idade 40 | Sexo Masculino | RG-CPF 1720251 | Nome da Mãe LUIZIA DA COSTA OSORIO | |
| Atendimento Solicitante DANIEL FREIRE | | | | Conselho 4245 | Nº da Solicitação 616513 |

RESULTADO:

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO COTOVELO DIREITO

TÉCNICA:

Realizados cortes multiplanares com sequências ponderadas em T1 e T2.

RELATÓRIO:

Alteração de sinal da cartilagem de revestimento úmero-ulnar, com áreas de edema e redução da espessura, associado a reação osteohipertrófica marginal, configurando natureza degenerativa. Discreto incremento do líquido articular do cotovelo, com trabéculas de baixo sinal em seu denotando conteúdo sinovial associado.

Irregularidades corticais com afilamento e edema nos planos circunjacentes ao processo coronoide da ulna, melhor avaliado por TC.

Leve edema nas partes moles circunjacentes à inserção distal do tendão do tríceps braquial no olecrano (peritendinopatia), notando-se pequeno entesófito de permeio.

Foco de edema intrassubstancial ao longo da inserção proximal do tendão extensor comum no epicôndilo lateral, refletindo epicondilite lateral incipiente.

Ligamentos colaterais íntegros com espessura e intensidade de sinal normais.

Túnel cubital sem anormalidades.

Feixes neurovasculares sem alterações pelo método.

O tendão conjunto dos flexores do antebraço encontram-se com padrão fibrilar e espessura usuais.

***** CONTINUA *****
(Folha 1 de 2)

| | |
|----------------------------------------------|-------------------------|
| Assinatura | |
| Nome TIGER DEIVA DE MOURA SANTOS CORDEIRO | Nº Conselho CRM 4058 |
| Data 04/09/2019 | |
| Assinatura | |

nte para visualização. Não pode ser validada





CONTRAN

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-11-2010 BY 60322
UCBAW/STP

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013404500708

VALDECI DIAS LIMA

VA 1 00879389419 2019

9C2JC30706R835065

9C2JC30706R835065

9C2JC30706R835065

9C2JC30706R835065

9C2JC30706R835065

9C2JC30706R835065

9C2JC30706R835065

9C2JC30706R835065

9C2JC30706R835065

9C2JC30706R835065

9C2JC30706R835065

9C2JC30706R835065

9C2JC30706R835065

9C2JC30706R835065

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013404500708 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VA 1 73498580353 2019

00879389419 09 9C2JC30706R835065

000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 000,00

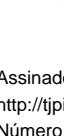
000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 000,00


000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 000,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394441/19

Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

CPF: 934.435.873-72

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 16/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO CARLOS
OSORIO DA CUNHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA : 934.435.873-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190631219 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: RUPTURA TRAUMÁTICA DOS LIGAMENTOS DO PUNHO E DO CARPO.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) E PRONO-SUPINAÇÃO (20º) DO ANTEBRAÇO DIREITO. APRESENTA AINDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 60º) DO COTOVELO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E COTOVELO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO PUNHO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Complemento por reanálise - 7,2 % | 5,04% | R\$ 680,40 |
| Total | | | 5,04 % | R\$ 680,40 |



| PROCURAÇÃO PARTICULAR | | | |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT) | | | |
| NOME: <u>Francisco Carlos Osorio Da Cunha</u> | | | |
| RG: <u>8.720.251</u> | ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u> | D. EXPEDIÇÃO: <u>28/03/15</u> | |
| CPF: <u>934.435.873-73</u> | ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u> | PROFISSÃO: <u>Mecânico</u> | |
| ENDEREÇO: <u>Rua Seis</u> | | Nº: <u>2001</u> | |
| COMPLEMENTO: <u>Casa</u> | | BAIRRO: <u>Dirceu Arcoverde</u> | |
| CIDADE: <u>Teresina</u> | ESTADO: <u>Piauí</u> | CEP: <u>64000-000</u> | TELEFONE: <u></u> |

| OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR) | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| NOME: <u>NELLE ROZE SOARES MARQUES</u> | | | |
| RG: <u>4.119.262</u> | ORG. EMISSOR: <u>SSS/PI</u> | D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u> | |
| CPF: <u>840.173.173-91</u> | ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRA</u> | PROFISSÃO: <u>RECUSO</u> | |
| ENDEREÇO: <u>RUA 24 DE JANEIRO</u> | | | Nº: <u>544</u> |
| BAIRRO: <u>CENTRO</u> | CIDADE: <u>TERESINA</u> | UF: <u>PI</u> | CEP: <u>64000-235</u> |

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS – DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Francisco Carlos Osorio Da Cunha

Data do acidente de trânsito: 16/02/19

Cobertura da vítima: Insalubre

LOCAL / DATA: Teresina 07/11/14

Francisco Carlos Osorio Da Cunha

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

| TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Reconheço por autenticidade a firma de FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Selo: AAL84089-FIX8 | |
| Teresina-PI, 07/11/2019. | |
| www.tjpi.jus.br/portalejtr | |
| DE ABREU VALVERDE-ESCRIVENTE AUTORIZADA | |
| 3:85-TJ:0.77 FIM/PI:0.10 Selo:0.26 Total:4.98 - OP:159 | |
| CÃO PARTICULAR | |

Autêntica e verdadeira

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOLLES 3º OFÍCIO DE NOTAS
Ketty de Abreu Valverde
Escrivente Autorizada
Teresina-PI



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394441/19

Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

CPF: 934.435.873-72

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 16/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO CARLOS
OSORIO DA CUNHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA : 934.435.873-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394441/19

Número do Sinistro: 3190631219

Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

CPF: 934.435.873-72

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 16/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO CARLOS
OSORIO DA CUNHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

