

Browser tabs: Email - A, Controle, Mensagem, Autores, Audiência, Consulta, PJ 0818732, Telefonos, Downloads, (29) WhatsApp, +

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=552566&ca=205f24a432f12ccf2677b2c4dc19d8f6...](http://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=552566&ca=205f24a432f12ccf2677b2c4dc19d8f6...)

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

**PJe** ProceComCiv 0818732-88.2020.8.18.0140  
MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORC...

12055127 - CONTESTAÇÃO (2752139 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 22/09/2020 12:14:36

22 Sep 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 12055124 - CONTESTAÇÃO
    - 12055127 - CONTESTAÇÃO (2752139 CONTESTACAO 01)
    - 12055133 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 12055137 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 12055139 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 12055294 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 9

**JOÃO BARBOSA**  
— ADVOGADOS ASSOCIADOS —

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

**Processo: 08187328820208180140**

**SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do"**

PT 12:14 22/09/2020



Número: **0818732-88.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                         |
|------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------|-------------------------|
| MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO (AUTOR)                   |                    | FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO) |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                              |                         |
| Documentos                                                 |                    |                                              |                         |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo                    |
| 12055<br>133                                               | 22/09/2020 12:14   | <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, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171729

Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

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 15763252

Pag. 00881/00882 - carta\_1 - 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, 22 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200171729**

**Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO**

**Data do Acidente: 25/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO**

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\$ 843,75 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000057549-6**

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

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: 4- Nome completo da vítima:

038.871.613-43

maria De Fatima De Sousa machado

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

5- Nome completo: 6- CPF: 7- Profissão: 8- Endereço: 9- Número: 10- Complemento: 11- Bairro: 12- Cidade: 13- Estado: 14- CEP: 15- E-mail: 16- Tel.(DDD):

maria De Fatima De Sousa machado

038.871.613-43

mar. de Confelândia

R. ven Saulo nascimento

5781

Pauze Pety

Teresina

PI

ednanseguros@hotmail.com

64000-000

(86)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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0029

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 57549

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 (valvaer)? ☐ 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

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 08/05/2020  
maria De Fatima Sousa machado

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43- Assinatura do Procurador (se houver)

ura do Representante Legal (se houver)









Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
Sistema de Delegacia Virtual

v. 1.1

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000165/2020-18

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Elisberto Ferreira Dos Santos

Delegado: ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

Data/Hora: 05/05/2020 - 17:15

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

587467

Data/Hora  
25/01/2020 - 07:50

Tipo Local  
VIA PÚBLICA

Município  
TERESINA

Bairro  
DIRCEU ARCOVERDE I

Endereço  
BR 343, Nº:

Complemento  
AVENIDA

Ponto de Referência  
PROX.AO TERMINAL ITARARE

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO  
RG: 2.087.137 SSP/PI  
Mãe: HELENA MARIA DE SOUSA MACHADO  
Pai: RAIMUNDO MENDES MACHADO  
Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO, Nº 5781  
Complemento: CASA  
Bairro: RENASCENÇA I  
Cidade: TERESINA - CEP: 64000-000  
Telefone(s): 86-8863-1223 86-8872-0223

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

| Marca:    | Modelo:    | Ano: | Placa:  | Chassi:           | Renavam:    | Cor: |
|-----------|------------|------|---------|-------------------|-------------|------|
| 1 - HONDA | BIZ 125 ES | 2012 | OED2653 | 9C2JC4820CR330502 | 00482184035 |      |

Condutor: ROSILDA BARBARA DE SOUSA MACHADO  
RG: 2.228.514 Órgão: SSP/PI UF RG: PI  
End: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Número: 5781 Complemento: CASA  
Cidade: TERESINA UF: PI Bairro: RENASCENÇA I  
Proprietário: VITORIA BARBARA DE SOUSA CARVALHO  
End: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Número: 5781  
Cidade: TERESINA UF: PI Bairro: RENASCENÇA I

### RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE/VITIMA RELATA QUE VINHA COMO PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES PLACA-OED 2653 RENAVAN-00482184035 DE PROPRIEDADE VITORIA BARBARA DE SOUSA CARVALHO CPF:074.288.723-59, QUE AO PASSAR PELO SINAL DO TERMINAL ITARARE,VEIO UM CARRO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA INVADIU A PREFERENCIAL VINDO A CAIR E FRATURANDO A CLAVÍCULA, SENDO SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E ENCAMINHADO AO HUT,HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA,PRONTUARIO N°535699, INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE/VITIMA.

Delegacia Virtual - WEB

*Maria de Fatima Sousa Machado*  
MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO - Noticiante  
Responsável pela Informação

*Elisberto Ferreira Dos Santos*  
Elisberto Ferreira Dos Santos  
Delegado Geral de Polícia Civil-PI  
Matr.: 196.331-7

Boletim de Ocorrência emitido em: 06/05/2020 09:48 - DV

Página 1/1





# 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: 038.871.613-43 4 - Nome completo da vítima: Maria De Fatima De Sousa Machado

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

5 - Nome completo: Maria De Fatima De Sousa Machado 6 - CPF: 038.871.613-43  
7 - Profissão: Aux. de Costureira 8 - Endereço: R. Ven. Saulo Nascimento 9 - Número: 5781 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Parque Pety 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000  
15 - E-mail: ednanseguros@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 575496

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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 (vairascor)? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a 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 08/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                                                                                                                                     |                           |                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------|
| Dados do Chamado                                                                                                                                           | 01 N° do chamado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 02 Data do chamado                                            | 03 PRO (código)                                                                                                                     | 04 Saída do PA            | 05 Chegada ao local                                        |
|                                                                                                                                                            | 06 Saída do local                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 07 Chegada ao 1º hospital                                     | 08 Saída do 1º hospital                                                                                                             | 09 Chegada ao 2º Hospital |                                                            |
| Local da Ocorrência                                                                                                                                        | 10 Endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 11 Bairro                                                     |                                                                                                                                     |                           |                                                            |
|                                                                                                                                                            | 12 Município-UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Código IBGE                                                   |                                                                                                                                     |                           |                                                            |
|                                                                                                                                                            | 13 Ponto de referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                               |                                                                                                                                     |                           |                                                            |
| Dados do Paciente                                                                                                                                          | 14 Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 15 Sexo                                                       |                                                                                                                                     |                           | 1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>9 - Ignorado              |
|                                                                                                                                                            | 16 Idade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?                  |                                                                                                                                     |                           |                                                            |
| Tipo de Ocorrência                                                                                                                                         | 18 Tipo de ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                               |                                                                                                                                     |                           |                                                            |
|                                                                                                                                                            | 01 - Acidente de transporte<br>02 - Agressão física-espantamento<br>03 - Agressão física-FAF<br>04 - Agressão física-FAB<br>05 - Urgência psiquiátrica<br>06 - Tentativa de suicídio<br>07 - Envenenamento<br>08 - Afogamento<br>09 - Queimadura<br>10 - Choque elétrico<br>11 - Queda<br>12 - Urgência clínica<br>13 - Urgência obstétrica<br>14 - Transferência<br>15 - Exames complementares<br>16 - Outros<br>17 - Já removido<br>18 - Falso chamado |                                                               |                                                                                                                                     |                           |                                                            |
| Acidente de Transporte                                                                                                                                     | 19 Vitima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 20 Meio de locomoção                                          | 21 Outra parte envolvida                                                                                                            |                           | 22 Equipamentos de segurança                               |
|                                                                                                                                                            | 1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>4 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta | 1 - Automóvel<br>2 - Motocicleta<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus<br>4 - Bicicleta                                                        |                           | 5 - Objeto fixo<br>6 - Animal<br>7 - Outra<br>9 - Ignorado |
| Exame Físico                                                                                                                                               | 23 Glasgow =                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               | RESPOSTA VERBAL                                                                                                                     |                           | RESPOSTA MOTORA                                            |
|                                                                                                                                                            | 1 - Nenhuma<br>2 - À dor<br>3 - À voz<br>4 - Espontânea<br>5 - Orientada<br>6 - Confusa<br>7 - Palavras inapropriadas<br>8 - Palavras incompreensíveis<br>9 - Nenhuma                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                               | 1 - Nenhum<br>2 - Extensão anormal<br>3 - Flexão anormal<br>4 - Movimento de retirada<br>5 - Localiza dor<br>6 - Obedece a comandos |                           | 24 Sinais Vitais<br>Pulso<br>Resp.<br>PA<br>TAX.<br>SatO2  |
| Assistência                                                                                                                                                | 26 Períodos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                               | 27 Pulso                                                                                                                            |                           | 28 Sangramento                                             |
|                                                                                                                                                            | 1 - Iguais<br>2 - Desiguais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                               | 1 - Cheio<br>2 - Fino<br>3 - Ausente                                                                                                |                           | 1 - Sim<br>2 - Não                                         |
| Hospital de Destino                                                                                                                                        | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                               | 32 Hospital de Destino                                                                                                              |                           | 33 Condições de entrada                                    |
|                                                                                                                                                            | 1 - Aspiração<br>2 - Oxição<br>3 - Curativos<br>4 - Prancha longa/curta<br>5 - Colar cervical<br>6 - Kred<br>7 - Imobilização de extremidades<br>8 - Reanimação cardiopulmonar<br>9 - Assistência obstétrica                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               | 1 - Sim<br>2 - Não<br>3 - Suspeito                                                                                                  |                           | 1 - Melhorado<br>2 - Piorando<br>3 - Inalterado            |
| Observações Interdisciplinar                                                                                                                               | 34 Óbito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                                                                                                                                     |                           |                                                            |
|                                                                                                                                                            | 1 - Sim<br>2 - Não<br>3 - Suspeito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               |                                                                                                                                     |                           |                                                            |
| Observações Interdisciplinar<br>paciente motociclista, sendo a passageira apresentando escoriações + suspeita de fratura em ombro E. consciente orientada. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                                                                                                                                     |                           |                                                            |
| Responsável pela recepção                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Socorristas Médico                                            |                                                                                                                                     | Enfermeiro                |                                                            |
|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | AE/TE                                                         |                                                                                                                                     | Condutor                  |                                                            |

10:27.11.2011

# 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: 18/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000057549-6

---

---

Nr. da Autenticação E357FFB15ABF837D





PARA CONSULTA  
CONSULTE, INFORME  
ESSE NÚMERO

SEU CÓDIGO

0544258-3

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-83 | Insc. Estadual: 19.301.383-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-7  
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 035500117

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

| CONTA MÊS  | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| MARCO/2020 | 19-03-2020 | 193           | 183,66              |

HELENA MARIA DE SOUSA MACHADO  
R. VER SAULO NASCIMENTO 5781 PARQUE POTI  
CPF: 00047776072168  
CEP: 64.000-000 - TERESINA  
ROT: 9.001.75.21.318500

| DADOS DA LEITURA            |        | DADOS DA LEITURA          |                  |
|-----------------------------|--------|---------------------------|------------------|
| Atual:                      | 9412   | Atual:                    | 12/03/2020       |
| Anterior:                   | 9219   | Anterior:                 | 12-02-2020       |
| Constante de Multiplicação: | 1,000  | Próxima Leitura:          | 13-04-2020       |
| Consumo Medido:             | 193    | Emissão:                  | 11-03-2020       |
| Consumo Faturado:           | 193    | Apresentação:             | 12-03-2020       |
| Forma de Faturamento:       | NORMAL | Código de Irregularidade: | Dias de Consumo: |
|                             |        |                           | 29               |

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fiel | Média 12 meses |
|------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL      | MONO    | A1825177       |       | 1.1.1.1     | 211            |

| HISTÓRICO kWh   | DESCRIÇÃO DA CONTA                   |
|-----------------|--------------------------------------|
| Mês/ano consumo |                                      |
| FEV/20 227      | CONSUMO 193 A R\$ 0,824949 = 159,21  |
| JAN/20 218      | CONTR. ILUMINACAO PUE. (COSIP) 14,25 |
| DEZ/19 213      | CORRECAO MONETARIA DA 01/20-00 0,31  |
| NOV/19 219      | CORRECAO MONETARIA IC 01/20-00 3,69  |
| OUT/19 183      | MULTA POR ATRASO DE 1 01/20-00 0,32  |
| SET/19 211      | JUROS DE MORA ATRASO 01/20-00 0,15   |
| AGO/19 218      | MULTA POR ATRASO 01/20-00 3,91       |
| JUL/19 219      | JUROS POR ATRASO 01/20-00 1,82       |
| JUN/19 201      |                                      |
| MAI/19 230      |                                      |

TARIFA COM TRIBUTOS:  
R\$ A 193 - R\$ 0,615310

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mês/Ano Valor: R\$ 02/2020 225,13  
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27-03-2020. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Reservado ao Fisco 5876.FD69.0BF3.EDAF.14B8.ACB2.1384.F27D

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$        |
|---------------------------|--------------------------------|
| Distribuição: 34,75       | Base de Cálculo: 159,21 124,18 |
| Energia: 67,12            | Alíquota ICMS: 22,00%          |
| Transmissão: 11,35        | Valor do ICMS: 35,02           |
| Encargos: 5,55            | Valor do PIS: 0,78%            |
| Tributos: 40,44           | Valor do COFINS: 3,59%         |
|                           | 4,46                           |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |        |            |       |        |            |       |      |
|-----------------------------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|------|
|                             | DIC    |            |       | FIC    |            |       | DICI |
|                             | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual |      |
| Limites                     | 5,55   | 11,10      | 22,21 | 3,23   | 6,47       | 12,05 | 3,20 |



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092212143574000000011407935>

Número do documento: 20092212143574000000011407935



MATRICULA 13302825-9 FATURA Nº 151411356  
MÊS/ANO 5/2020

NOME/ENDEREÇO  
MORADOR NELLE ROZE SOARES MARQUES  
RUA VINTE E QUATRO DE  
JANEIRO, 544-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00041-005250 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A10X133657

| HISTÓRICO DE CONSUMO |       |      |          | ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁBUA |
|----------------------|-------|------|----------|-------------------------------------|
| MÊS/ANO              | TIPO  | LIDO | FATURADO |                                     |
| 04/2020              | Perda | 00   | 10       | 1 Comercial - Normal                |
| 05/2020              | Lido  | 01   | 10       |                                     |
| 06/2020              | Lido  | 01   | 10       |                                     |
| 07/2020              | Perda | 20   | 10       |                                     |
| 08/2020              | Lido  | 02   | 10       |                                     |
| 09/2020              | Lido  | 01   | 10       |                                     |
| 10/2020              | Lido  | 01   | 10       |                                     |

|                  |             |                   |                               |
|------------------|-------------|-------------------|-------------------------------|
| DATA 01/04/2020  | LEITURA 183 | CONSUMO MÊS M3 10 | LEI 10.741/0010               |
| ATUAL 04/05/2020 | 184         | MED (litros) 10   | PIS/PASEP 113,25x1,65% = 1,86 |
|                  |             |                   | CORINS 113,25x7,68% = 8,68    |

| TABELA DE TÁBUAS                                                                                          | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>RESIDENCIAL<br/>FAIXA DE CONSUMO R\$ (M3) E (N)</p> <p>10 25 9,2870 00</p> <p>25 999999 11,1200 00</p> | <p>VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,92</p> <p>&gt; Comercial-Normal 10,0 m3 62,92</p> <p>VALOR DE ESGOTO - 50,33</p> <p>&gt; Comercial-Normal 10,0 m3 50,33</p> |

VENCIMENTO 16/05/2020 TOTAL A PAGAR 113,25

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO: Nossos arquivos acusam(AM) 1 DÉBITO(S). 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, conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.967/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

| PARÂMETROS        | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|-------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| CLORO LIVRE       | 1540                | 1537                     | 3                           | 1,43        | 0,2-5,0 mg/L    |
| COR APARENTE      | 2129                | 2101                     | 28                          | 4,06        | Inferior a 15   |
| PH                | 1744                | 1682                     | 62                          | 6,51        | 6,00-9,50       |
| TURBIDEZ          | 2132                | 2099                     | 33                          | 1,73        | Inferior a 5    |
| COLIFORMES TOTAIS |                     |                          |                             |             |                 |

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

| PARÂMETROS      | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|-----------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| BSC-HECIMA COLI | 655                 | 655                      | 0                           | Ausente     | Ausente         |
|                 | 655                 | 655                      | 0                           | Ausente     | Ausente         |

DATA DA EMISSÃO: 04/05/2020 HORA DA EMISSÃO: 08:20

1.47.417 20280004002001

MATRICULA 13302825-9 FATURA Nº 151411356  
MÊS/ANO 5/2020

VENCIMENTO 16/05/2020 VALOR A PAGAR 113,25

82660000001-0 13251535000-8 00202015141-7 13560100104-7



## Declaração de Quitação Anual de Débitos

Prezado Cliente,

Em atendimento a Lei 13.037/2014

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092212143574000000011407935

Número do documento: 20092212143574000000011407935

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria De Fátima De Sousa Machado inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 038.871.613 / 43 do sinistro de DPVAT cobertura ± PA da Vítima  
Maria De Fátima De Sousa Machado inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.871.613 / 43, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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<br><u>Rua 24 de Janeiro</u> |                           | Número<br><u>544</u>   | Complemento<br><u>Sala</u> |
| Bairro<br><u>Centro</u>              | Cidade<br><u>Teresina</u> | Estado<br><u>PI</u>    | CEP<br><u>64000-235</u>    |
| Telefone comercial(DDD)              |                           | Telefone celular (DDD) |                            |
|                                      |                           | <u>(86) 99534-6565</u> |                            |

Teresina 08 de maio de 2020

Local e Data

\* Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante

01/2017





NOME DO PACIENTE: MARIA DE FÁTIMA DE SOUSA MACHA-  
DO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 535699

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

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





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

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

|               |                                                                                     |             |                         |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|
| Nome:         | MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO                                                    | Prontuário: | 535699                  |
| Mãe:          | HELENA MARIA SOUZA MACHADO                                                          | Pai:        | RAIMUNDO MENDES MACHADO |
| End. Resid.:  | RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO N°5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |             |                         |
| Nascimento:   | 06/04/1975                                                                          | Idade:      | 44a9m19d                |
| Responsável:  | IRMÃ-MARLENE SOUSA                                                                  | Sexo:       | Feminino                |
| Profissão:    | SERVIÇOS GERAIS                                                                     | Fone:       | 86-99586-5233           |
| G. Instrução: | Não informado                                                                       | CNS:        |                         |
|               |                                                                                     | Documento:  | CPF: 038.871.613-43     |
|               |                                                                                     | E.Civil:    | Casado(a)               |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                   |                                                                               |          |                     |           |       |         |            |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|-----------|-------|---------|------------|
| Código:           | 763517                                                                        | Entrada: | 25/01/2020 08:27:47 | Convênio: | S U S | Proced: | 0301060061 |
| Motivo da Procura | (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |          |                     |           |       |         |            |
| Condução:         | AMBULÂNCIA DO SAMU                                                            |          |                     |           |       |         |            |

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                |                                                                                                                                                     |         |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação: | Classificação:                                                                                                                                      | Cor:    |
| QUEIXAS                        | Dor moderada                                                                                                                                        | Amarelo |
| Breve História Clás. Risco:    | PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, FAZIA USO DE CAPACETE, COM ESCORIAÇÕES LEVES EM MTD E OMBRO ESQUERDO, QUEIXA DE DOR NO TORAX E OMBRO ESQUERDO. |         |
|                                | THAMYRES VIEIRA DA SILVA<br>COREN 422727<br>Em: 25/01/2020 09:34:31                                                                                 |         |

|       |                   |         |        |      |            |        |     |          |      |
|-------|-------------------|---------|--------|------|------------|--------|-----|----------|------|
| 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 COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 1H, FAZIA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, EPISTAXE, OTORRAGIA.                                                                                                                 |
| A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR À PALPAÇÃO;                                                                                                                                                                        |
| B: BCA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS;                                                                                                                                                  |
| C: SEM GRANDES SANGRAMENTOS, PULSO PERIFÉRICO CHEIO, BNF EM 2T, S/ SOPROS, Pelve estável, abdome flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal e sem massas ou visceromegalias; |
| D: PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, GLASGOW 4+5+6, SEM SINAIS DE ALERTA NO LOCAL DO ACIDENTE, SEM SINAIS DE LATERALIZAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE;                                                                          |
| E: ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQUERDO E MÃO DIREITA. NÃO CONSEGUE MOBILIZAR BRAÇO ESQUERDO. DOR EM OMBRO.                                                                                                                                  |

|                      |      |
|----------------------|------|
| Diagnóstico Inicial: | CID: |
| ?                    |      |

|                                     |                                                             |                                                                                             |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exames Complementares:              | Dina Vieira e Silva<br>SAME - HUT<br>Confere com o Original | TOMOGRAFIA REALIZADA<br>DATA 25/01/2020 HORA 09:25h<br>EXAME C-CERVICAL<br>TECNÓLOGO: _____ |
| (1421122) - P.C. DE COLUNA CERVICAL |                                                             |                                                                                             |
| (1421132) - OMBRO ESQUERDO          |                                                             |                                                                                             |
| (1421143) - CLAVICULA ESQUERDA      |                                                             |                                                                                             |

|                             |                                                                 |                                                                  |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Prescrição Médica:          | RAIO-X REALIZADO<br>DATA 25/01/2020 HORA 9:57<br>TÉCNICO: _____ | RAIO-X REALIZADO<br>DATA 25/01/2020 HORA _____<br>TÉCNICO: _____ |
| 1) Dólar - lumbal, EV - que |                                                                 |                                                                  |
| 2) Dólar - lumbal, EV - que |                                                                 |                                                                  |
| Virgínia Portela<br>MÉDICA  |                                                                 |                                                                  |

|                              |                      |                 |
|------------------------------|----------------------|-----------------|
| Motivo da Alta/Encerramento: | DATA: ____/____/____ | HORA: ____:____ |
| Observação (Adulto)          |                      |                 |

|                                    |                                           |
|------------------------------------|-------------------------------------------|
| Assinatura Paciente ou Responsável | Virgínia Portela<br>MÉDICA<br>CRM-PI 6306 |
|------------------------------------|-------------------------------------------|

|                                                                  |                                                           |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Assinatura Paciente ou Responsável                               | EDUARDO SALMITO SOARES<br>6339 PI Em: 25/01/2020 08:42:36 |
| RAIO-X REALIZADO<br>DATA 25/01/2020 HORA 10:06<br>TÉCNICO: _____ |                                                           |



Neurocirurgia

Queda de moto.

Glasgow 15. Vsa de collar cervical.

TC de Coluna cervical = sem fraturas ou listeses

CD: Sem condite neurocirurgica  
alta de NID

unidades clinicas

Rebrar collar cervical

Dr. Emílio Borges de Oliveira  
Neurocirurgião  
CRM-PI: 5084 RQE 3144

IV: Pac de Moh

Tram en ombro

e torax

CD: Nao ha em  
seguimento

Nelson Antonio Melo de Moura  
Ortopedista  
CRM-PI: 4883/TEOT: 14.631  
CRM-MA: 10.468

Exame com

curativo

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

25/01/2020 às 10:40h

# cirurgia geral

Pt vítima de queda de moto

RX torax: fratura de 1º arco costal D.

CD: 1) analgesia

2) alta de cirurgia geral

Virginia Portelo  
MÉDICA  
CRM-PI 6306

Th Gilkelder







Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                                                                              |                                                            |                                                                  |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Dados do Chamado             | 01 N° do chamado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 02 Data do chamado                                            | 03 PRO (código)                                                              | 04 Saída do PA                                             | 05 Chegada ao local                                              |
|                              | 06 Saída do local                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 07 Chegada ao 1º hospital                                     | 08 Saída do 1º hospital                                                      | 09 Chegada ao 2º Hospital                                  |                                                                  |
| Local da Ocorrência          | 10 Endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                               |                                                                              |                                                            |                                                                  |
|                              | 11 Bairro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 12 Município-UF                                               | Código IBGE                                                                  |                                                            |                                                                  |
|                              | 13 Ponto de referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                               |                                                                              |                                                            |                                                                  |
| Dados do Paciente            | 14 Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 15 Sexo                                                       |                                                                              | 1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>3 - Ignorado              |                                                                  |
|                              | 16 Idade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se idade ignorada, preencha com 999                           |                                                                              | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?               |                                                                  |
| Tipo de Ocorrência           | 18 Tipo de ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                               |                                                                              |                                                            |                                                                  |
|                              | 01 - Acidente de transporte<br>02 - Agressão física-espantamento<br>03 - Agressão física-FAF<br>04 - Agressão física-FAB<br>05 - Urgência psiquiátrica<br>06 - Tentativa de suicídio<br>07 - Envenenamento<br>08 - Afogamento<br>09 - Queimadura<br>10 - Choque elétrico<br>11 - Queda<br>12 - Urgência clínica<br>13 - Urgência obstétrica<br>14 - Transferência<br>15 - Exames complementares<br>16 - Outros<br>17 - Já removido<br>18 - Falso chamado |                                                               |                                                                              |                                                            |                                                                  |
| Acidente de Transporte       | 19 Vitima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 20 Meio de locomoção                                          | 21 Outra parte envolvida                                                     | 22 Equipamentos de segurança                               |                                                                  |
|                              | 1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>4 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta | 1 - Automóvel<br>2 - Motocicleta<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus<br>4 - Bicicleta | 5 - Objeto fixo<br>6 - Animal<br>7 - Outra<br>9 - Ignorado | Capacete<br>Airbag<br>Cinto de segurança<br>Assento para criança |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow = 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               | RESPOSTA VERBAL                                                              |                                                            | RESPOSTA MOTORA                                                  |
|                              | 24 Sinais Vitais<br>Pulso 68<br>Resp. 12x8<br>PA 120/80<br>TAX. 98%<br>SatO2 98%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                               | 25 Local da lesão<br>                                                        |                                                            |                                                                  |
| Assistência                  | 26 Pupilas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               | 27 Pulso                                                                     |                                                            | 28 Sangramento                                                   |
|                              | 1 - Iguais<br>2 - Desiguais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                               | 1 - Cheio<br>2 - Fino<br>3 - Ausente                                         |                                                            | 1 - Sim<br>2 - Não                                               |
| Hospital de Destino          | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                               | 32 Hospital de Destino                                                       |                                                            | 33 Condições de entrada                                          |
|                              | 34 Óbito<br>1 - Sim<br>2 - Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                               | 35 Fratura<br>1 - Sim<br>2 - Não                                             |                                                            | 36 Escala de Dor de 0 a 10                                       |
| Observações Interdisciplinar | 37 Observações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                               |                                                                              |                                                            |                                                                  |
|                              | 38 Responsável pela recepção<br>39 Socorristas<br>Médico<br>AE/TE<br>Enfermeiro<br>Condutor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                               |                                                                              |                                                            |                                                                  |

io:27.11.2011



**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

Pag: 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)  
Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m19d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517  
Requisição: 1052665 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
Controle: 1421122 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 25/01/2020

**T.C. DE COLUNA CERVICAL**

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

**RELATÓRIO:**

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL VERTEBRAL COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

OBS.: FRATURA NA DIÁFISE CLAVICULAR ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/01/2020

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**MARCELO COELHO AVELINO**  
CPF: 552.218.663-15 2443 CRM  
Profissional Responsável



**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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)  
Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517  
Requisição: 1052667 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
Controle: 1421132 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

**OMBRO ESQUERDO**

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





**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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)  
 Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517  
 Requisição: 1052667 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
 Controle: 1421132 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

**OMBRO ESQUERDO**

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

*Dina Vieira e Silva*  
 SAME - HUT  
 Confere com o Original

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**  
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727  
 Profissional Responsável





**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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)  
Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517  
Requisição: 1052671 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
Controle: 1421143 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 25/01/2020

**CLAVICULA ESQUERDA**

O estudo radiológico do clavicula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

**CONCLUSÃO:** Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**  
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727  
Profissional Responsável





**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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)  
 Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517  
 Requisição: 1052706 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA  
 Controle: 1424078 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

**OMBRO ESQUERDO**

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

*Dina Vieira e Silva*  
 SAME - HUT  
 Confere com o Original

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





**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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)  
 Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517  
 Requisição: 1052717 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA  
 Controle: 1421270 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 25/01/2020

### TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

*Dina Vieira e Silva*  
 SAME - HUT  
 Confere com o Original

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**  
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727  
 Profissional Responsável







# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)  
Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m19d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517  
Requisição: 1052665 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
Controle: 1421122 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 25/01/2020

### T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL VERTEBRAL COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

OBS.: FRATURA NA DIÁFISE CLAVICULAR ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/01/2020

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

Assinatura Eletrônica  
Matrícula: 69904  
SAME - HUT  
Conferência Original





# 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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)  
 Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517  
 Requisição: 1052671 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
 Controle: 1421143 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 25/01/2020

### CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Assinatura Profissional Convenciente  
 Matrícula: 89904  
 SAME - HUT  
 Carimbo com Original

*[Handwritten signature]*





**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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)  
 Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517  
 Requisição: 1052667 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
 Controle: 1421132 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

### OMBRO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Assinatura Eletrônica  
 Matrícula: 68304  
 SAME - HUT  
 Confira com Original

*[Assinatura manuscrita]*







**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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)  
 Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517  
 Requisição: 1052717 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA  
 Controle: 1421270 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 25/01/2020

**TORAX PA E PERFIL**

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRENICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092212143574000000011407935>  
 Número do documento: 20092212143574000000011407935



**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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)  
Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517  
Requisição: 1052706 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA  
Controle: 1424078 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

**OMBRO ESQUERDO**

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Assinatura Profissional  
Matrícula: 69904  
SAME - HUT  
Condição: Profissional



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.087.137 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/07/15

NOME MARIA DE FÁTIMA DE SOUSA MACHADO

FILIAÇÃO HELENA MARIA SOUZA MACHADO  
RAIMUNDO MENDES MACHADO

NATURALIDADE BURITI DOS LOPES-PI DATA DE NASCIMENTO 06/04/1975

DOC. ORGEM CERT.NASC. 3018 L A5 F 188V

CPF EXP BURITI DOS LOPES-PI 30/08/77

TE 038.871.613-48

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0663670

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200171729 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DE FATIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
**MACHADO**

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

**Data da análise:** 12/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE DA CLAVÍCULA ESQUERDA. P5  
FRATURA DO 1º ARCO COSTAL DIREITO. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                            | Em grau leve - 25 %                                           | 6,25%     | R\$ 843,75               |
| Total                                         |                                                 |                                                               | 6,25 %    | R\$ 843,75               |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134019/20

**Vítima:** MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

**CPF:** 038.871.613-43

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 25/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

#### MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO : 038.871.613-43

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/05/2020  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200171729 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DE FATIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
**MACHADO**

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

**Data da análise:** 12/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE DA CLAVÍCULA ESQUERDA. P5  
FRATURA DO 1º ARCO COSTAL DIRITO. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |





| PROCURAÇÃO PARTICULAR                                      |                               |                                       |           |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-----------|
| <b>OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)</b> |                               |                                       |           |
| NOME: <u>Maria de Fatima de Sousa Machado</u>              |                               |                                       |           |
| RG: <u>2.087.137</u>                                       | ORG. EMISSOR: <u>SSPIPI</u>   | D. EXPEDIÇÃO: <u>03/07/15</u>         |           |
| CPF: <u>038.871.613-43</u>                                 | ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u> | PROFISSÃO: <u>Adv. de confessoria</u> |           |
| ENDEREÇO: <u>R. Ven. Saulo Nascimento</u>                  |                               | Nº: <u>5781</u>                       |           |
| COMPLEMENTO: <u>Casa</u>                                   |                               | BAIRRO: <u>Parque Polly</u>           |           |
| CIDADE: <u>Teresina</u>                                    | ESTADO: <u>Piauí</u>          | CEP: <u>64000-000</u>                 | TELEFONE: |

| OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)   |                               |                               |                       |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES    |                               |                               |                       |
| 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 DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Maria de Fatima de Sousa Machado

Data do acidente de trânsito: 25/01/2020

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina 19 de março 2020

Maria de Fatima de Sousa Machado

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO):

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



ESTABELECIMENTO DE NOTAS DE TERESINA

Arina Barbara Alencar de Sá E Freitas Silveira  
Tabela 1000  
Telefone: (06) 3091-5425

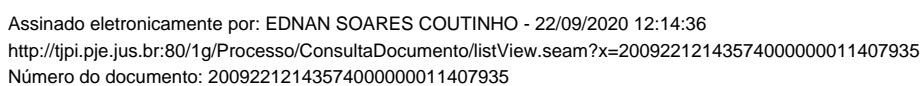
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DE  
FATIMA DE SOUSA MACHADO. EM TEST.  
VERDADE, DOU FE TERESINA, 19/03/2020 09:22:47  
SELO ABA12309 - XZTI CONSULTE EM  
www.tjpi.jus.br/portaleletra



CARTÓRIO DA OFICINA  
NOTAS DE TERESINHA  
Jacy Lima de Azeiteiro dos Santos  
Escritor Autorizada

MURILLO DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE  
2 meses: R\$ 4,00 T3: R\$ 0,00 MF: R\$ 0,10 Sal: R\$ 0,20 Total: R\$ 4,30

**CARTORIO 6º OFÍCIO DE  
NOTAS DE TERESINA-PI**  
Jacy Lima de Azeiteiro Leão dos Santos  
Escritor Autorizada



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134019/20

**Vítima:** MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

**CPF:** 038.871.613-43

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 25/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

#### MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO : 038.871.613-43

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/05/2020  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

