

Browser tabs: Email - Alana L., Controle de do..., Mensagens, Audiências, Acesso 1º Grau, PJe Consulta proce..., 0810993-64.20..., Baixar o arquiv...

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=509528&ca=60d89c34542e9f4017aa6ee1f77b3b...

Page Header: **PJe** ProceComCiv 0810993-64.2020.8.18.0140
DIN BERG SILVA MENDES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

Document Title: 12378280 - CONTESTAÇÃO (2756345 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/10/2020 10:35:32

Date: 07 Oct 2020

Navigation: 16 de 14


Left Panel (Tree View):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12191752 - CONTESTAÇÃO
 - 12378280 - CONTESTAÇÃO (2756345 CONTESTACAO 01)
 - 12378288 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12378292 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12378544 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12378546 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content Area (PDF Viewer):

downloadBinario.seam 1 / 10

2756345- C3/ 2020-03760/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

System Tray: PT, 10:35, 07/10/2020



Número: **0810993-64.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **08/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.318,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DIN BERG SILVA MENDES (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
RAIMUNDO NONATO LEAL MARTINS (INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12378 288	07/10/2020 10:35	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Para contato conosco, informe nosso NÚMERO: >>

SEU CÓDIGO
1622179-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-801 Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-1
Registro especial de impressão autorizado pela SIAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 021658920

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\$)
MAIO/2019	21-05-2019	30	20,18

JOAO DE DEUS MELO
R. SERRA BRANCA 2799 6223/2 B-URBANO
CPF: 00007889526334
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 9.001.75.36.334500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	363	Atual:	14/05/2019
Anterior:	337	Anterior:	12-04-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	12-06-2019
Consumo Médio:	26	Emissão:	13-05-2019
Consumo Faturado:	30	Apresentação:	14-05-2019
Forma de Faturamento:	MINIMO	Classe de Inquilinato:	FCAM
		Dias de Consumo:	32

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Módulo T3
RESIDENCIAL	MONO	A2090177		1.1.1.1	23

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
Mês/ano consumo	CONSUMO	30 A R\$ 0,672839 = 20,18
ABR/19	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,13
MAR/19		
FEV/19		
JAN/19		
DEZ/18		
NOV/18		
OUT/18		
SET/18		
AGO/18		
JUL/18		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coíno de Resende, 465 - 1008 C. SEM
Centro - N.º 050 64.002-470
Teresina - PI

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO EM VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 04/2019 20,20

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27-05-2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SPCON. Informamos ainda existirem contas vencidas e não reavizadas no valor de R\$ 30,45 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 1474.9184.F7C7.B463.7110.35D6.66E9.160A		IMPOSTOS/RENTEDOS - R\$	
Distribuição	5,45	Essa de Cálculo	20,18
Energia	10,51	Alíquota ICMS	
Transmissão	1,77	Valor do ICMS	
Encargos	0,87	Valor do PD	1,40% 0,28
Tributos	1,58	Valor do Confins	6,49% 1,30

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
Linha	DLC		FVC		DIOC		UNCM	
	Valor	Trimestral	Valor	Trimestral	Valor	Trimestral	Valor	Trimestral
Linha	5,08	10,15 20,30	3,43	6,85 13,70	2,86			
Realizado	0,00		0,00		0,00			

Companhia TERESINA Período de apuração 03/2019 (R\$) 10,46

ROT: 9.001.75.36.334500

SEU CÓDIGO 1622179-6

TOTAL A PAGAR - R\$ 20,18

MÊS FATURADO 05/2019

VENCIMENTO 21-05-2019

Nº da Nota Fiscal: 021658920 FCAM

836300000000 4 20180017000 7 00000001622 0 17960519008 3




SEQ.: 00091 UC: 1622179-6 DT.LEIT.: 14/05/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 363 MINIMO TOTAL: 20,18 CARGA: 035



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


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



ASSINATURA DO TITULAR
Din Berg Silva Mendes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0958163



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.952.346 DATA DE EMISSÃO 24/08/16

NOME DIN BERG SILVA MENDES

PLACADO MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES
RAIMUNDO NONATO MENDES

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 01/06/1976

SOC. ORIGINAL CERT. CASAM. 21305 L 864 F 005

CPF EXP TERESINA-PI 48/03/08
860.902.833-04

0958163

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

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





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

Eu, Wagner Mendes Pessoa,
 RG nº 216.644, data de expedição 25/09/78
 Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 106.080.103-59
 com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Joaquim Ribeiro, nº 939,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Din Beg Silva mundy, cujo o condutor era
Din Beg Silva mundy.
 Veículo: moto Modelo: YAMAHA/T115 CRYPTO^{NK} Ano: 2013
 Placa: LVP-6303 Chassi: 9C6KE1560E0032293
 Data do Acidente: 24/04/19

Local e Data: TERESINA-PI 08/08/2019

Wagner
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

1ª GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Coronel Nogueira, 1223 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-9700 - E-mail: atendimento@cartorio3.com.br
Título: Unidade Governos de Sampaio Pessoa

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE WAGNER MEIRELES
PESSOA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 08/08/2019. Selo: AAH09808-WTFD
www.tjpi.jus.br/portalexta

AUREA LETICIA SANTOS SILVA-ESCREVENTE
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FNMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 78
DECLARAÇÃO DO PROP DO VEICULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Aurea Leticia Santos Silva
Escr.vente Autorizada





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

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190489094

Vítima: DIN BERG SILVA MENDES

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIN BERG SILVA MENDES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.181,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **DIN BERG SILVA MENDES**

Valor: **R\$ 1.181,25**

Banco: **104**

Agência: **000003389**

Conta: **0000019398-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,





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

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190489094

Vítima: DIN BERG SILVA MENDES

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIN BERG SILVA MENDES

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 14911279

Pag. 00411/00412 - carta_01 - INVALIDEZ



00440206





Dados do Chamado	01 Nº 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	
	10 Endereço	11 Bairro			
Local da Ocorrência	12 Município-UF		Código IBGE		
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome				15 Sexo
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vitima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança
	23 Glasgow = 15				
Exame Físico	24 Sinais Vitais		25 Local da lesão		
	26 Pupilas		27 Pulso Radial		28 Sengramento
	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10		30 Fratura		
	31 Procedimentos realizados				
Assistência	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	Observações Interdisciplinar				
Responsável pela recepção					
Socorristas Médico		Enfermeiro		Condutor	





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.540.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Símb. B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEINF 06/98

PARA CONSULTA
Informe o
seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

0957468-9

Nº da Nota Fiscal: 025069274

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\$)
JULHO/2019	10-08-2019	529	549,53

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.32.019300

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	14090	Atual:	26/07/2019
Anterior:	13561	Anterior:	26-06-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	27-08-2019
Consumo Medido:	529	Emissão:	25-07-2019
Consumo Fabricado:	529	Apresentação:	26-07-2019
Forma de Pagamento:	NORMAL	Código de Inquilatário:	
		Dias de Consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	0176626		1.1.1.3	540

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA		
Mês/ano consumo	CONSUMO	529 A R\$ 0,934456 =	494,32
JUN/19 539	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		39,88
MAI/19 538	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		1,60
ABR/19 500	MULTA POR ATRASO 05/19-00		10,05
MAR/19 418	JUROS POR ATRASO 05/19-00		3,68
FEV/19 506	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	6,84	
JAN/19 526			
DEZ/18 455			
NOV/18 595			
OUT/18 597			
SET/18 636			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
V A 529 - 0,528310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10-08-2019. O não pagamento por-
taria ensejar também a inclusão do nome do consumidor na
SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
este aviso.

LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO BFD8.824B.92AF.3842.7A32.5D72.A688.5A0D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/Tributos - R\$	
Distribuição:	97,20	Base de Cálculo:	494,32
Energia:	187,86	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	31,77	Valor do ICMS:	133,46
Encargos:	15,55	Valor do PIS:	5,08
Tributos:	161,94	Valor do COFINS:	23,40

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
Índice	LIC			PIC			OISC		OCSB
	Atual	Precedente	Variação	Atual	Precedente	Variação	Atual	Precedente	Atual
Licença	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03		
Reserva	0,00			0,00			0,00		
Comp. TERESINA-MACAUBA	Período de concessão: 05/2019						Valor: 190,50		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:
860.902.833-ou Din Berg Silva Mendes

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

5 - Nome completo: Din Berg Silva Mendes 6 - CPF: 860.902.833-ou
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. Serra Branca 9 - Número: 2799 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pinacena III 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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) Itai (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 19398 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 AGO 2019
RUA COELHO DE PAZ, 100 - JARDIM
SANTO ANTONIO, 64010-000 - TERESINA - PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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 19.08.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Din Berg Silva Mendes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003027/2019-30

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

Data/Hora: 09/08/2019 - 10:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JOAQUIM NELSON, Nº:

Complemento

542288

Data/Hora

24/04/2019 - 07:20

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE I

Ponto de Referência

DEPOSITO MATEUS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DIN BERG SILVA MENDES

RG: 1952346 PI

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES

Pai: RAIMUNDO NONATO MENDES

Endereço: RUA SERRA BRANCA, Nº 2799

Bairro: RENASCENÇA III

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA/T115 CRYPTON K. PLACA LVP-6303-PI, COR LARANJA, RENAVAM 00996271465, PROP. DE W MEIRELES PESSOA CARROS E MOTOS ME, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMOVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, COLIDIU NA TRASEIRA DA MOTO, PROVOCANDO A QUEDA DA VITIMA, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 258909). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.
 AGENTE DE POL

DIN BERG SILVA MENDES - Noticiante
 Responsável pela Informação





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

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190489094 **Vítima: DIN BERG SILVA MENDES**

Data do Acidente: 24/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DIN BERG SILVA MENDES

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00129/00130 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14752393





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 860.902.833-00 4 - Nome completo da vítima: Din Berg Silva Mendes

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

5 - Nome completo: Din Berg Silva Mendes 6 - CPF: 860.902.833-00
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Serra Branca 9 - Número: 2799 10 - Complemento:
11 - Bairro: Renascença III 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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)

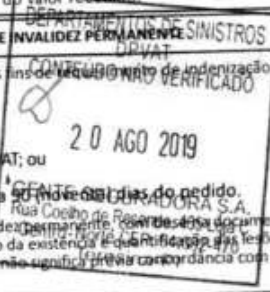
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3389 CONTA: 19398 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



MORTE

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 nascer? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, Teresina - PZ 19.08.2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Din Berg Silva Mendes
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



01 V002/2019



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190489094**

Nome do(a) Examinado(a): **DIN BERG SILVA MENDES**

Endereço do(a) Examinado(a): **R SERRA BRANCA - Teresina - PI - CEP 64011-630**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1952346**

Data e local do acidente: [**24/04/2019**]

AV JOAQUIM NELSON S/N DIRCEU ARCOVERDE I - PROX DEPOSITO MATEUS

Data e local do exame: [**03/09/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA LUXAÇÃO DO ILÍACO COM DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO. FRATURA NA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO COM AUMENTO DE PARTES MOLES.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO (ADM 50º), EXTENSÃO (ADM 40º), ABDUÇÃO (ADM 60º) E ADUÇÃO (ADM 20º) DO QUADRIL À ESQUERDA, COM DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR. LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO QUADRIL. TRATAMENTO CONSERVADOR DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA DO TRATAMENTO EM JULHO DE 2019.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 4º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem seqüela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):
Quadril esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Seqüela):
4º pododáctilo esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



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: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.181,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIN BERG SILVA MENDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000019398-0

Nr. da Autenticação 895342173B848CC9



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190489094**

Nome do(a) Examinado(a): **DIN BERG SILVA MENDES**

Endereço do(a) Examinado(a): **R SERRA BRANCA - Teresina - PI - CEP 64011-630**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1952346**

Data e local do acidente: [**24/04/2019**]

AV JOAQUIM NELSON S/N DIRCEU ARCOVERDE I - PROX DEPOSITO MATEUS

Data e local do exame: [**03/09/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA LUXAÇÃO DO ILÍACO COM DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO. FRATURA NA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO COM AUMENTO DE PARTES MOLES.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO (ADM 50º), EXTENSÃO (ADM 40º), ABDUÇÃO (ADM 60º) E ADUÇÃO (ADM 20º) DO QUADRIL À ESQUERDA, COM DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR. LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO QUADRIL. TRATAMENTO CONSERVADOR DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA DO TRATAMENTO EM JULHO DE 2019.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 4º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem seqüela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):
Quadril esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Seqüela):
4º pododáctilo esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



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: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.181,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIN BERG SILVA MENDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000019398-0

Nr. da Autenticação 895342173B848CC9



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190489094 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIN BERG SILVA MENDES **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO ILÍACO COM DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO. FRATURA NA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO COM AUMENTO DE PARTES MOLES.

Descrição do exame físico: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO (ADM 50°), EXTENSÃO (ADM 40°), ABDUÇÃO (ADM 60°) E ADUÇÃO (ADM 20°) DO QUADRIL À ESQUERDA, COM DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR. LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO QUADRIL. TRATAMENTO CONSERVADOR DO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA DO TRATAMENTO EM JULHO DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º pododáctilo esquerdo, Limitação funcional do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			8,75 %	R\$ 1.181,25





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Din. Berg Silva Mendes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 258909

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

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".

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O 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

UNIVERSAL
 ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

NHEA
 24/04/19 16:30

Imp: 24/04/2019 08:53:17
 (User: MATHEUS VILARINHO)
 (Estação: CONSULPA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: DIN BERG SILVA MENDES		Prontuário: 258909	
Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES		Pai: RAIMUNDO NONATO MENDES	
End.Resid.: QD 9, CS 38 B - RES.REDONDA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 01/06/1976	Idade: 42a10m23d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9404-8157
Responsável: LUCIANA RIBEIRO GOMES		CNS: 898003438285217	
Profissão: ELETRICISTA		Documento: RG: 1952346 - PI	
G. Instrução: Médico Completo		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 718403	Entrada: 24/04/2019 08:32:37	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
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: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR NO QUADRIL COM LESAO SANGRANTE EM FIE. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. DOR EM MMII.		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 24/04/2019 08:38:03

SSVV: (Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg | Altura: 0,00 M | IMC: 0,00 Kg/m2 | Pulso: bpm | Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:
 QUEDA DE MOTO HA 40 MINUTOS. REFERE DOR EM QUADRIL ESQUERDO.
 AO EXAME:
 A: VA PERVEAS COM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RIGIDA
 B: MVUA SEM RA, SATURANDO BEM EM AR AMBIENTE
 C: BNF, RCR, 2T. PA 140/100. SANGRAMENTO ATIVO EM FLANCO ESQUERDO EM LESÃO PERFURANTE
 D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOFOTORREAGENTES SEM DEFICITS MOTORES
 E: PELVE ESTAVEL, ABDOME INOCENTE. PRESEÇA DE LESÃO PERFURO CORTANTE EM FLANCO ESQUERDO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 20 AGO 2019
 GENTE SEGURO SORA S.A.
 Rua Cosme de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-440
 Teresina - PI

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:
 (1201974) - QUADRIL ESQUERDO
 (1201975) - PERNA ESQUERDA
 (1201976) - PELVE

RAIO-X REALIZADO
 DATA 24/04/2019
 Técnica: [assinatura]

Prescrição Médica:
 PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

Motivo da Alta/Encerramento:
 Observação (Adulto)

Joana Luísa Mendes de Mesquita
 Matrícula 47390
 SAMU - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA: / / HORA: : :

Matheus Vilarinho Serra
 Médico
 CRM-917423

[Assinatura Din Berg Silva]
 Assinatura Paciente ou Responsável

[Assinatura Matheus Vilarinho Serra]
 MATHEUS VILARINHO SERRA
 CRM 7423 Em: 24/04/2019 08:53:16





231626

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

199140

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	237626

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIN BERG SILVA MENDES	6 - Prontuário: 258909		
7-CNS: 898003438285217	8-Nascimento: 01/06/1976	9-Sexo: Masculino	RG: 1952346 - PI
11-Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES	12-Fone: 86- 9404-8157		
13-Resp: LUCIANA RIBEIRO GOMES	14-Cor: Parda		
15-Ender: QD 9, CS 38 B - RES.REDONDA - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Trauma, dor e limitação em movimento no eq.</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>TFO e fratura</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>RA</i>			
23-Diagnóstico Inicial: Fratura do ílio	24-CID Prim: S323	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408040254	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO	Respo. SUS: 10
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01	31-Docum.: CPF: 217.817.218-07
32-Doc. Méd. Solic.:	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	34-Data Solicitação: 24/04/2019
	35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Aposentado	Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: <i>Dr. Fernando C. de Oliveira</i>	47-Data Autorização: 16/05/19
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:

Dr. Fernando C. de Oliveira
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 11913
Dr. Manoel da Silva
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 11913

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Ednan Soares Coutinho</i>	Usuário: (IAO TSE) Consulta Local: 718403 Consulta SUS: Data: 20/04/2019 18:17:22
--	--



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 199140
	AIH: 2219100289110

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 707006855976435	NOME DO PACIENTE DIN BERG SILVA MENDES	NASCIMENTO 01/06/1976	SEXO M	PRONTUÁRIO 258909
DOCUMENTO CPF 8681096750	TELEFONE 8681096750	NOME DA MÃE MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP RENASCENCA III	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA CAMUCIN	BAIRRO RENASCENCA III	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA
			UF PI	NUMERO / LOTE 2621

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NA BACIARX E TC EVIDENCIAM FRATURA DA ILIACO ESQTRATAMENTO DE INICIO CONSERVADORINTERNADO PARA ANALGESIA E CONTROLE DE SANGRAMENTO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
 TRATAMENTO ESPECIALIZADO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
 EXAME CLINICO RX E TC

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S323 - FRATURA DO ILIO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
 0408040254 - TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIACAO FRATURA LUXACAO FRATURALUXACAO DISJUNCAO DO ANEL PELVICO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CAJO VAZ DE OLIVEIRA NETO CPF: 77632702334
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 24/04/2019
DATA ADMISSÃO 24/04/2019 08:32	DATA ALTA 28/04/2019 09:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	



CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 46261079315	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
DATA ANALISE: 03/05/2019 11:03:47	CPF
CRM	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 87390
SAME - HUT
LEVE COM O ORIGINAL





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Din Beia Silva Mendes</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>F.H.A.T. Mão</i>		
Operação - Tipo <i>R.A.F.T.</i>		
Crucificação <i>Fernando Couto</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>ET611 ID=...</i>	Anestesista <i>Dr. Fernando C. de Oliveira</i>	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

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

- 1) Site dds sob hagn. anestesia
- 2) Preparo hdb. fva.
- 3) Site inicial eq + dissecação
- 4) Redução
- 5) Fixação com pda + pda fusos
- 6) Lavagem cl 5% q.a.
- 7) SUTURA
- 8) CURATIVO

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

Dr. Fernando C. de Oliveira
M-P1 3490

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matriçula: 47990
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE Dm Berg Silva Mendes				Nº DE REGISTRO 258909						
DATA: 26/04/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA				
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA				
EXAMES DE URINA										
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				ELETROCARDIOGRAMA						
SISTEMA CIRCULATORIO				ASMA		BRONQUITE				
SISTEMA RESPIRATORIO				SISTEMA URINARIO						
SISTEMA DIGESTIVO				CORTICOIDES		OUTROS				
ESTADO MENTAL				FISICOS						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO				EFEITOS						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS						
				TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTESICOS	OXIGÊNIO 1 2l/min 2 3					1. Midazolam 1mg EV				
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100					2. Fentanyl 75ug EV				
TEMPERATURA T	38					3. BSA 1ml vag quicuck no 25 ml no cápsula 0,5% pesada 12mg + morfina 80ug.				
P. ARTERIAL V O PULSO						SEQUÊNCIA				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X										
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO										
RESPIRAÇÃO O										
SÍMBOLOS						DURAÇÃO				
TÉCNICAS Gequies Subaracnoides						INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES Con cir. fut Basilar Pélvica - Fixação de ilíacos						7				
CIRURGIÕES Dr. Fernando										
ANESTESISTAS Dna. Milena R. Bezerra										
PARTICULARIDADES										
				CONDIÇÕES PÓS-OPERATORIO IMEDIATAS						

MOD 76 - HUT

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 77390
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____
 Proc. Nº _____
 Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26 / 04 / 19

NOME DO PACIENTE: <u>Din Berg Silva Mendes</u>	PROF. Nº: <u>258909</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Fernando Couto</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Drª Milena</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Raquel</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 8.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL 20 AGO 2019	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01		eletrodos		05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Escovas p/ dogmas		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Gel p/ placa do bisturi mg		20	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Duvas p/ sucção 4.4		01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 20	"	02					
FITA UMBILICAL 0	"	03		ENFERMARIA:			
VICRYL 0	"	02		CIRCULANTE: <u>Neves</u>			
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE EXATOS
 PRIVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

AGENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja 0
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina - PI

Joana Luiza Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAÚDE
 CONFERE COM O ORIGINAL





PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Rin Berg Silva Mendes
Nº AIH: 237626
Nº do Prontuário: 258909 Data da Internação: / /
Procedimento Médico Realizado: 0408040254
Indicador de Compatibilidade: 0702030937
MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Fernando
CRM Nº _____ CPF Nº _____
DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 26/04/19 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx-103	02 placas de reparação de 4,5mm de 5 e 6 furos para furos verticais nº 18
	nº 22(03)
	nº 24
	nº 26
	nº 28
	nº 32(03)

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 26 de Abril de 2019
Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha
C.N.P.J: _____
Assinatura: _____
Cargo: natia

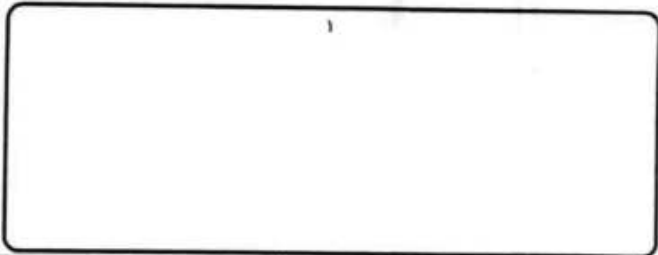
Dr. Fernando de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 1913

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 237626
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIN BERG SILVA MENDES	6 - Prontuário: 258909
7-CNS: 898003438285217 8-Nascimento: 01/06/1976 9-Sexo: Masculino	RG: 1952346- PI-Exp:
11-Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES	12-Fone: 86- 9404-8157
13-Resp: LUCIANA RIBEIRO GOMES	14-Fone: 86- 9404-8157
15-Ender: QD 9, CS 38 B - RES.REDONDA - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408040254	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO
31-Cod.Procedi-mento Especial 0702030937	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 4,5 MM (INCLUÍ PARAFUSOS)
Fornecedor da OPM: PIMES	
Quant. Soli-cidata: 2	

38-Profissional Responsável: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 26/04/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 217.817.218-07

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 11913
Assessor Imbo Med.Sol. (CRM)

DEPARTAMENTOS DE CENSTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 100 Lga C
Centro, Teresina - PI CEP: 64.002-470

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura do ilíaco

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 16,05,19	52-CNS/CPF
	53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	

Dr. Marília da Silva Leal
Assessor Imbo Med.Sol. (CRM)
CRM-PI 162317384

(ANTONIO EURIVAN)

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SANE-HUT
LEVERE COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

SOLICITAÇÃO DE PERMANÊNCIA MENOR

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Din Berg Silva Mendes Nº PRONT: 158909 Nº LAUDO: 137626

JUSTIFICATIVA

PACIENTE RESPONDEU DE FORMA SATISFATÓRIA AO TRATAMENTO OFERTADO, COM MELHORA CLÍNICA CONSIDERÁVEL.

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

mt
Médico Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Unidade Teresina - HUT

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

AUDITOR

DATA: 16/05/19

ASSINATURA DO AUDITOR

mt
Dra. Marilice da Silva Leal
Assessoria Médica (ORÇAMA / FMS)
CRM: 228.175.743 - 04
CBO: 35202010
CBO: 35202010

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47890
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





231626

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

199140

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	237626

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIN BERG SILVA MENDES	6 - Prontuário: 258909
7-CNS: 898003438285217	8-Nascimento: 01/06/1976
9-Sexo: Masculino	RG: 1952346 - PI
11-Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SILVA MENDES	12-Pone: 86- 9404-8157
Resp: LUCIANA RIBEIRO GOMES	14-Cor: Parda
15-Ender: QD 9, CS 38 B - RES.REDONDA - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100
16-Munic: TERESINA	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NA BACIA RX E TC EVIDENCIAM FRATURA DA ILIACO ESQ TRATAMENTO DE INICIO CONSERVADOR INTERNADO PARA ANALGESIA E CONTROLE DE SANGRAMENTO	
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO ESPECIALIZADO	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): EXAME CLINICO RX E TC	
23-Diagnóstico Inicial: Fratura de outras partes da coluna lombossacra e da pelve e de partes não	24-CID Prin: S328

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465
Cidade de Teresina - PI CEP: 64.002-470

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408040289	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL	Tempo SUS: 8
29-Clinica:	30-Caráter: 02	31-Ident.: 01
	32-Docum.: CPF	33-Doc. Méd. Solic.: 776.327.023-34
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO	34-Data Solicitação: 24/04/2019	35-Ass.Carimbo Med.Soc. (CRM) Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI 3054

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (CAIO VAZ) Consulta Local: 718403 Consulta SUS: Impressão: 24/04/2019 10:54:28





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

NOME Din Berg Silva Mendes IDADE _____ anos DATA 26/04/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 16 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura em pele CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>110/56</u>	<u>117x51 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>70</u>	<u>84 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>97</u>	<u>96 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	<u>/</u>	<u>/</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>	<u>/</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Silva</u>	<u>Mendes</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO  TOTAL 09

ESCALA DE DOR ALTA  ASS. data de entrega

() SONTA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na POE de fratura de pele; segue calma.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
 CONTROLADO NASCI NASCE
 SONTA VERIFICADO
 20 AGO 2019
 GENTE SEGRADA
 Rua...
 Centro-Norte 664 66000-000
 Fone: (11) 3388-1111

Maria Jurema de Oliveira
 Enfermeira
 COREN-PI 484.168

RAIO-X REALIZADO
 DATA 26/04/2019
 Técnico: f

RESCRIÇÃO MÉDICA
 Joana Luiza Mendes de Mesquita
 Matrícula: 77390
 SAME - HUT
 SEM O ORIGINAL

ALTA SRPA
 17:47
 Dr. Alvaro Regino C. de Melo
 Médico Anestesiologista
 CRM-PI 3986 / RQE 2836
 ANESTESIOLOGISTA

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






Fundação Municipal de Saúde



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DIN BERG SILVA MENDES		258909	Ortopédica	233	238	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES / ALERGIAS	
24/04/19	# ILIACO ESQ				15:30h - Paciente em cuidados - do para o posto II -	
1	DIETA LIVRE				2000. Sujeito a	
2	SF 0,9% 1000 ML EV EM 24H				Então, calma, emphece e	
3	DIPIRONA 1G - 2CC + AD EV 6/6H				sem alge -	
5	TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H				Colégio de Santo C. N. 11001	
6	TRAMADOL 100MG 01 AMP + 250ML SF EV 8/8H				CONSELHO 1531024 - 14	
7	CUIDADOS GERAIS					
8	 Dr. Carlo Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI 3054					
9						
	FRATURA DA ILIACO ESQ					
	TRATAMENTO DE INICIO CONSERVADOR					
	INTERNADO PARA ANALGESIA E CONTROLE DE SANGRAMENTO					

DEPARTAMENTOS DE SIMSTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 20 AGO 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Niterói - CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

José Luis Mendes da Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAMS - HUT
 CONFERE COMO 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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 40095 - Em: (24/04/2019)

Prontuário: 718403	Paciente: 258909	DIN BERG SILVA MENDES	Dt. Nasc. Clínica: 01/06/1976	SALA VERDE	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistentes: MATEUS VILARINHO SERDA				
Evolução:		QUEIDA DE MOTO HÁ 40 MINUTOS REFERE DOR NO QUADRIL ESQUERDO SOLICITO RADIOGRAFIA E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA									
Hora: 08:52	Alergias:										
Seq.:		Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta		ORAL Tipo ORAL ZERO,									
1	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	6/6h				AD	
2	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL		1,00	Ampola	EV	SN					

DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Bases da 5^a e 6^a
DATA: 24.04.2019 10:10
Zenon Rocha
TOMOGRAFIA

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA
DATA: 24/04/19
MÉDICO: MATEUS VILARINHO SERDA
EXAMES: abd total
LAUDO PROVISÓRIO

MATEUS VILARINHO SERDA
MATEUS VILARINHO SERDA
MATEUS VILARINHO SERDA

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O 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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 40095 - Em: (24/04/2019)

Atendimento: 718403	Prontuário: 258909	Paciente: DIN BERG SILVA MENDES	Dt.Nasc.: 01/06/1976	Clinica: SALA VERDE	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente: MATHIEUS VILARINHO SERRA				
Evolução:		QUEIDA DE MOTO HÁ 40 MINUTOS REFERE DOR NO QUADRIL ESQUERDO SOLICITO RADIOGRAFIA E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA									
Hora: 08:52		Alergias:									
Seq.:		Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta		ORAL TIPO ORAL ZERO,									
1	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Amola	EV	6/6h			AD		
2	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL		1,00	Amola	EV	SN					


 Ednan Soares Coutinho
 Médico
 CRM-PI 15423

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

 20 AGO 2019

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

Joana Luísa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 42890
 SAME-ELIT
 CONFERE COM O 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: **DIN BERG SILVA MENDES (Prontuário: 258909)**
Endereço: QD 9, CS 38 B - RES.REDONDA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/06/1976 Idade: 37a3m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 312717
Requisição: 326804 Solicitação: 07/06/2013 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
Controle: 416475 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 07/06/2013

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura na base da falange proximal do 4º pododactilo sem desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 12/09/2013

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Conferido e Liberado por Senha em: 12/09/2013 18:54:32



Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O 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: **DIN BERG SILVA MENDES (Prontuário: 258909)**
 Endereço: QD 9, CS 38 B - RES. REDONDA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 01/06/1976 Idade: 42a10m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 718403
 Requisição: 946698 Solicitação: 24/04/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
 Controle: 1202062 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 24/04/2019

T.C. DE BACIA

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA COMINUTIVA NA PORÇÃO ANTERIOR DA ASA DO ILÍACO ESQUERDO.
- ÁREAS DE EDEMA E ENFISEMA NAS PARTES MOLES LATERAIS DA PELVE À ESQUERDA (SUBCUTÂNEO E PAREDE MUSCULAR)
- ARTICULAÇÕES COXO-FEMURAIS E SACRO-ÍLIACAS COM SUPERFÍCIE E ESPAÇO ARTICULAR PRESERVADOS.
- AS RELAÇÕES ENTRE OS ACETÁBULOS E AS CABEÇAS FEMURAIS SÃO NORMAIS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LESÕES EXPANSIVAS OU OSTEONECROSE.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 24/04/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável



Joana Luísa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47380
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E ACIDENTES AERONAUTICIS DE TRANSPORTES
 CATEGORIA NACIONAL DE TRANSPORTES

PI

SEAM
 MARIA DO CARMO PROCEDIMIO DA SILVA

DOC. CONTINENTE / OVA. EMOTORIZ
 1457994 SSP PI

CPF
 703.754.703-44

DATA NASCIMENTO
 10/09/1971

PRENOME
 LUIS PROCEDIMIO DA SILVA

MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO
 B

ACC
 B

CAT. VEH
 B

Nº REGISTRO
 02651011130

VIGENCIA
 15/12/2022

PRIMEIRAÇÃO
 29/04/2003

OBSERVAÇÕES
 A

Assinatura do Titular
 MARIA DO CARMO PROCEDIMIO DA SILVA

LOCAL
 TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
 20/12/2017

70615801944
 91320021300

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1554660910

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 AGO 2019

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



PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE <i>Din Berg Silva Mendes</i>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>autonomo</i>
Identidade nº: <i>1.952.346 SSP/PI</i>	CPF nº: <i>860.902.833-04</i>	
Endereço: <i>R. Seira Branca n: 2799 Ruas Enca III Teresina</i>		
CEP: <i>64.000-000</i>	Telefone: <i>(86) 99982-3093</i>	

*Teresina
Piauí*

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira	Profissão: Bacharel em Direito
Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI	CPF/MF nº: 703.754.703-44	
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,		
CEP: 64.019-330	Telefone: (86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055	

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () **POR MORTE** (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () **DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia *24/04 19* para a Vitima *Din Berg Silva Mendes*

Timon-MA 09.08.2019

Local e data



Din Berg Silva Mendes

- Vitima ou Representante Legal -



Cartório do 1º Ofício
T. 004 - MA
Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Din Berg Silva Mendes
Em Testemunho
Ruth Maria de Oliveira
09/08/2019
Ruth Maria de Oliveira
Escrivã Substituta



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0285880/19

Vítima: DIN BERG SILVA MENDES

CPF: 860.902.833-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 24/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIN BERG SILVA MENDES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

DIN BERG SILVA MENDES : 860.902.833-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/08/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190489094 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIN BERG SILVA MENDES **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190489094 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIN BERG SILVA MENDES **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA. P5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proudomio da Silva
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Din Berg Silva Mendes inscrito (a) no CPF sob o Nº 860.902.833/00
 do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da vítima Din Berg Silva Mendes
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 860.902.833 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar

DEPARTAMENTO DE SINISTROS -
 DPVAT:
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 20 AGO 2019
 SEGURADORA S.A.
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina - PI

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Henrique Dias</u>		Número: <u>790</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Vermelha</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64019-330</u>
E-mail: _____		Tel.(DDD): <u>86/99982-3093</u>	

Local e Data: Teresina-PI 19.08.2019

Maria do Carmo Proudomio da Silva
Assinatura do Declarante

DLDRI.001 V001/2017



