

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Mensagens, Audiências, Acesso 1º Grau..., Consulta proc..., 0807921-06.20..., Baixar o arquiv...

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=204043&ca=f3caacd0416eaca817aa6ee1f77b3b4...

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

Header: **PJE** ProceComCiv 0807921-06.2019.8.18.0140 CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCI...

Page Title: 12378585 - CONTESTAÇÃO (2756382 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/10/2020 10:41:05

Left Sidebar: 07 Oct 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
12378582 - CONTESTAÇÃO
12378585 - CONTESTAÇÃO (2756382 CONTESTACAO 01)
12378588 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
12378591 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
12378893 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
12378894 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content Area: downloadBinario.seam 1 / 9
2756382- C3/ 2020-03763/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Taskbar: Windows icons, System tray: PT, 10:41, 07/10/2020



Número: **0807921-06.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **04/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

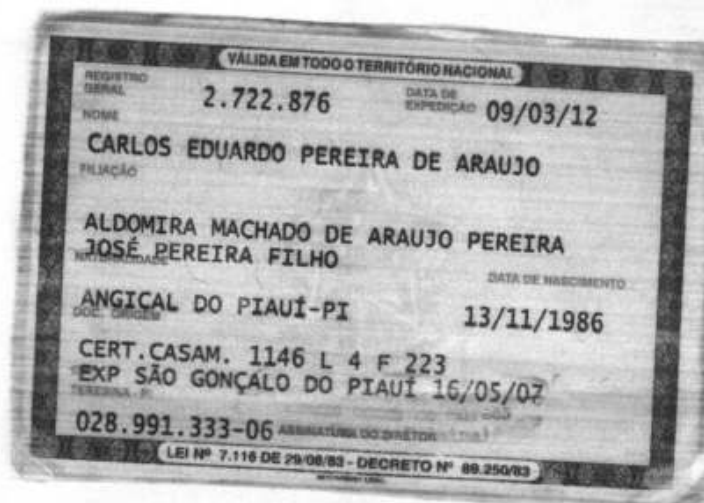
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12378588	07/10/2020 10:41	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



[Handwritten signature]
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 12/03/12

Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sr. CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO,
Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.
Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde - SUS.
Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	028.991.333-06	CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAÚJO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAÚJO		
Profissão: RECUZO	Endereço: AV. MAIOREL LUIS FERREIRA	CPF: 028 991 333-06
Bairro: URBANO	Cidade: SANTO ANTONIO DOS MILAGRES	Número: 489
E-mail:	Estado: RJ	Complemento:
	CEP: 64438000	
	Tel. (DDD): 86.9905 4014	

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

REDA MENSAL:
☒ RECUZO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3824 ☐ CONTA: 21581 ☐	AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	

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

Local e Data, TEXESINA - RJ - 07 MARÇO 2019.
Nome: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAÚJO
CPF: 028.991.333-06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Carlos Eduardo Pereira de Araújo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

FPS.001 V001/2018





[Handwritten signature]
VIDA CORRETORA DE SEGUROS
Rebido em: 11/03/19



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO
C.N.P.J: 06.554.810/0001-76



WT

Sendo:

JD: 54122
AUT: 438221850

CORRIGIDO DA CONSULTA: 11/03/18

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (sem abreviações)	Carlos Eduardo Pereira de Araújo		
Data de Nascimento	13/11/1986		
Filiação: MÃE (sem abreviações)	Aldemira de Araújo Pereira		
PAI (sem abreviações)	Jose Pereira Filho		
Sexo: Masculino (X) Feminino ()	Raça/Cor:	Telefone:	CEP: 64438000
Endereço completo	AV-Miguel Luis Ferreira		Nº 713
Bairro	Zona rural		Município: Santo Antônio
Nacionalidade: Brasileira	Município de Nascimento:	IBGE MUN:	UF:

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

POSSUI C.N.S. - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: () SIM () NÃO Nº:			
() RG Nº: 2722876	ORGÃO EMISSOR: SSPS	DATA EMISSÃO: 09/05/12	
() CPF Nº:	CERTIDÃO TIPO: () NASCIMENTO () CASAMENTO		
Nº ORDEM:	LIVRO:	FOLHA:	DATA EMISSÃO:
NOME DO CARTÓRIO:			
CARTEIRA DE TRABALHO Nº:	SÉRIE:	DATA EMISSÃO:	Recebido em: 11/03/18

Histórico Clínico:

Paciente vítima de acidente de moto, com fratura exposta de fêmur / fíbula D. O mesmo encontra-se alcoolizado e no momento estável.
PA = 110 x 60 mmHg / GC = 105 mg/dL

Exames Físicos:

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta / Pcte alcoolizado

Tratamento Solicitado

Regula com urgência para o KUT -
Liberado a custo de 23,58 reais -> Transfiro com urgência

São Pedro do Piauí (PI), 30/11/2018

Dr. Brício Barbosa
GERAL

Dr. Naima Brito Barbosa
CLÍNICA GERAL

+ Gerson Ricardo Pereira de Araújo



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0257069-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.042-740/0001-88 (Insc. Estadual: 18.201.383-6)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de Imposto autorizada pela 30762/09/RS

Nº da Nota Fiscal 015953760

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 13.408 de 26 de abril de 2012.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	11-01-2019	102	102,65

ALDONIRA MACHADO DE A PEREIRA
R. MIGUEL E FERREIRA 713 713 B-URBANO
CPF: 014.182.883.033
GEP: 64.438-000 - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	9131	Atual:	04/01/2019
Anterior:	9029	Anterior:	06-12-2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	05-02-2019
Consumo Medido:	102	Entidade:	03-01-2019
Consumo Faturado:	102	Apresentação:	04-01-2019
NORMAL		29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	NOVO	A305578		1.1.1.1	105

HISTÓRICO DE KWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	KWh		
DEZ/18	305	CONSUMO	102 A R\$ 0,862958 = 88,02
NOV/18	127	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	14,63
OCT/18	125		
SET/18	117		
AGO/18	102		
JUL/18	95		
JUN/18	98		
MAI/18	94		
ABR/18	93		
MAR/18	104		

SEDA CORRETORA DE SEGUROS

Devido em: 11/03/19

MENSAGENS IMPORTANTES / MÊS DE VENCIMENTO	
Mês/Ano	Valor R\$
12/2018	108,08

LIGUE 0800 066 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO 47F8.E341.BD39.E255.2790.CD3D.BD10.88DD									
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$					IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$				
Distribuição:	18,37				Base de Cálculo:	88,02			
Energia:	35,48				Alíquota ICMS:	22,00%			
Transmissão:	6,00				Valor do ICMS:	19,36			
Encargos:	3,73				Valor do PIS:	0,89			
Tributos:	24,39				Valor do COFINS:	4,14			
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,48			
0,00			0,00			0,00			
SAO PEDRO DO PIAU									
					11/2018		37,04		



SEU CÓDIGO
0257069-6

TOTAL A PAGAR - R\$
102,65

MÊS FATURADO
01/2019

VENCIMENTO
11-01-2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.042-740/0001-88 (Insc. Estadual: 18.201.383-6)

Nº da Nota Fiscal: 015953760 FCM

83670000001 8 02650017000 1 00000000257 6 06960119008 0



SEQ.: 00182 UC: 0257069-6 DT. LEIT.: 04/01/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 9131 NORMAL TOTAL: 102,65 CARGA: 002
DT. VENC.: 11-01-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0472



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JEYSON RICARDO PEREIRA DE ARAUJO,
 RG nº 2818583, data de expedição 02.02.2006.
 Órgão SSP PI, portador do CPF nº 034.382.683-61, com
 domicílio na cidade de SANTO ANTONIO DOS MILAGRES Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. MANDEL LUIS FERREIRA, nº 489,
 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 CAXIAS EDUARDO P. DE ARAUJO cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA / NXR150 BROS ES
 Ano: 2014
 Placa: PIB 7485
 Chassi: 9C2KD0550ERT13355
 Data do Acidente: 30/11/2018
 Local e Data: SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI
08/03/2019

Jeyson Ricardo Pereira de Araujo
 Assinatura do Declarante

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

RECUPERAÇÃO AFIRMA DE
Antonio Nascimento de Oliveira
 Tab. Reg. C. R. de Registros
 Matrícula Nº 7887372

Cartório Único de Registro e Notas
 Av. Mal. Castelo Branco - 278 - Centro
 São Gonçalo do Piauí - PI
 CEP - 64.435-000

SSU
 MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS
 Recebido em: 11/03/19



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	028.991.333-06	CAKLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAÚJO.
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
CAKLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAÚJO.	028.991.333-06	
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO.	AV. MADEL LUIS FERREIRA.	489.
Complemento:	Cidade:	Estado:
	URBANO.	SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI
Bairro:	CEP:	
	64438000	
E-mail:	Tel.(DDD):	
	86.999054014	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 3824 CONTA: 21581

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO 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 concordância com futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOSSIÊ Nº 11.03.14
MEDICINA CORRETORA DE SINAIS
Recebido em:

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____	Falecidos: _____
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:	TEXEIRA - PI - 07 MARÇO 2019.
Nome:	CAKLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAÚJO
CPF:	028.991.333-06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

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

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

1.001 V001/2018



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, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190186818

Vítima: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 30/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

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,

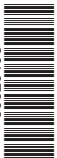
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14054272

Pag. 00805/00806 - carta_01 - INVALIDEZ

00020403





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

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190186818

Vítima: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 30/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 0000021581-0

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



MEDEIA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 11/03/2019



CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

LAUDO PARA DPVAT

FisioWand

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM 01/12/18, COM DIAGNOSTICO DE FISTURAS NO TERÇO MEDIO DA TIBIA, OU SEJA FRAGMENTADA NA TIBIA E TRANSVERSA NA FIBULA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR COM A PRESENÇA DE FIOS METALICOS E DE FIXAÇÃO EXTERNO NA TIBIA, O PACIENTE FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO, COM O OBJETIVO DE ALIVIO DAS DORES E MELHORAR MOBILIDADE FUNCIONAL.

APRESENTOU ROLIO-X (EXAME) ONDE CONSTA FISTURA EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, E DE ACORDO COM O EXAME CINÉSIOLOGICO FUNCIONAL, APRESENTA DEBILIDADE FUNCIONAL COM SEQUELA DE 70% DO SEGMENTO FISTURADO, ASSOCIADO A FORTES DORES. O MESMO ENCONTROU-SE DE ALTA

CID10-S82.2 S82.4


Jorge da Silva Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFITO 161067-F

FisioWand – Fisioterapia E Acompanhamento Ocupacional.
Endereço: Quadra 8, Lote 1, casa B. Tel. 0**86 9 9814 9002

Promorar, Teresina – Piauí
Jorge da Silva Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFITO 161067-F





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

UNIC
Nº 10
BUCCO SV
SUS SUS
- limpo gentl PK

BOLETIM DE ENTRADA - BE **Nº 04112118** **11:00**

Imp: 01/12/2018 04:00:12

(User: FLAVIA HEIDES)
(Estação: RECEPCAO01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO		Prontuário: 175822
Mãe: ALDOMIRA MACHADO ARAUJO PEREIRA	Pai: JOSE PEREIRA FILHO	
End.Resid.: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI - CEP: 64438-000		
Nascimento: 13/11/1986	Idade: 32a0m18d	Sexo: Masculino Fone: 86-99520-8229
Responsável: GEISO RICARDO	CNS: 160461210280007	
Profissão: LAVRADOR	CPF: 028.991.333-06	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 696145	Data: 01/12/2018 03:57:50	Condução: AMBULANCIA UNIDADE DE TERESINA
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não CID Secundário: V299
Convênio: S U S		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico há 4 horas, chega em de capacete, fez ingestão de bebida alcoólica. Nega náusea, vômito, epistaxe, otorragia. A) Vias aéreas permeáveis, sem edema faríngeo e prurido na glote. B) MV + bt, sem RA. SaO₂: 98%. C) BNFRR, 2T, SS. Abdomen: sem sinais de peritonite. Tempo de enchimento capilares < 2s. Pulso estável. D) Glurgas: 15, papulas fotossensíveis e urticárias. E) Escoriações na face.

PA: X mmHg	Pulso: 100 bpm	FC: - bpm	Temp.: -
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito Rx de coxa, joelho, e perna D. TC de crânio e face.
Painel da Neuro, ORTO, BUCCO.
Exames de Urina e Sangue após RX

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retorno
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência
	☐ Inalterado	☐ Por Evasão	
	☐ A Pedido		
ÓBITO:	DESTINO:		
	☐ Até 24 Hs	☐ Família	
	☐ De 24 a 48 Hs	☐ IML	
	☐ Após 48 Hs	☐ Anat. Patol	
DATA SAÍDA: 01/12		HORA: 18	
Proced. Solicitado: Sm		CID Compatível:	
Prof. Solicitante		Internação:	

Assinatura Paciente ou Responsável: **Recebido em: 11/03/19**

Dr. José Luiz T. F. F. Luz
Carimbo- Assinatura Profissional - BE





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Carlos Eduardo Pereira de Araújo
Diagnóstico pré-operatório Lesão exposta do fêmur D + patela D
Operação - Tipo Amputação cirúrgica + fixação externa do fêmur D
Cirurgião Dr. Marcos Vitor Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Ortopedia
CRN 14792 Assistente
2º Assistente Acad.

Instrumentador(a) Jura Anestesista Dr. Marcelo Anestesia Raque

Anestésico(a)

Data da Operação 01.12.18 Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- ① Paciente em DDH sob requinte
- ② Amputar + corrigir fratura extensor
- ③ Implante fixador em fêmur D; lavagem com SF 0,1% de fendas
na zona e joelho D + desbridamento de partes moles; realização
de inserção medial de quadriceps à patela e sutura comissura do fêmur
- ④ Montagem de fixador externo linear em fêmur D por acesso
percutâneo
- ⑤ Sutura + curativo extensor
- ⑥ RLA

Mod. 76 HUT



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/12/18

NOME DO PACIENTE: Carlos Eduardo P. de Araújo PRONTUÁRIO Nº: 175822

DIAGNÓSTICO: Intussuscepção de íleo D CIRURGIA: LMC + Drenagem de abscesso

ANESTESIA: Raquel Nº DA SALA: 05

CIRURGIÃO: Dr. Marcos Vitor Trauma e Ortopedia CPF Nº: _____

AUXILIAR: Aciolá CPF Nº: _____

ANESTESIA: Dr. Marcelo CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Jua CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	-		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE nº 25	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	120		PVPI TINTURA	ML	.	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	.	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	.		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	.		SERINGA 3CC	UNID.	.	
FORMOL	ML	.		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	10	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	.	
JELCO Nº	UNID.	.		Oxapax	04	.	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	butirados	DS	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Chupom	04		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	1111						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	c.c		
VICRYL				CIRCULANTE:	bayana		
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:41:05

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710410466200000011711122

Número do documento: 20100710410466200000011711122

Num. 12378588 - Pág. 14



**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: 228051
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	228051

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO	6 - Prontuário: 175822		
7-CNS: 160461210280007	8-Nascimento: 13/11/1986	9-Sexo: Masculino	CPF: 028.991.333-06
-Mãe: ALDOMIRA MACHADO ARAUJO PEREIRA	12-Fone: 86-99520-8229		
13-Resp: GEISO RICARDO	14-Fone: 86-99520-8229		
15-Ender: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - CEP: 64438-000			
16-Munic: SANTO ANTONIO DOS MILAGRES	17-Cod.IBGE: 220945	18-UF: PI	19-CEP: 64438-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: PIMMES		

38-Profissional Responsável: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO	40-Tp. Documento: CPF	Marcos Vitor P. de Carvalho Filho Traumatologia Ortopédica CRM 7792 TEOT 12501 41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)
40-No.Doc. Méd. Solic.: 887.204.893-15		
41-Data Solicitação: 01/12/2018		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Requerimento de fratura extensa da perna D

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: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
		(ANTONIO EURIVAN)





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: Carlos Eduardo Pereira de Araujo

Nº AIH: 228051

Nº do Prontuário: 175822 **Data da Internação:** / /

Procedimento Médico Realizado: 0408050500

Indicador de Compatibilidade: 0702030406

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Marcos Vitor

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 4752 TEOT 12501

CRM Nº **CPF Nº**

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 01/12/18 **DATA DA ALTA:** / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx - 116	01 fixador externo linear
	04 pinos de changes
	02 hastes de 400
	08 conectores simples

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

Teresina 01 de dezembro de 2018
Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome: Anália





FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Carlos Eduardo Pereira de Araújo Sala: 05 Alergia: Nega Data: 01/12/18
Procedimento: Fratura de tíbia - fixação Cirurgião: Marcos Victor Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupivacaína pesada	13mg												
2 Fentanil	20µg												
3 Morphina	80µg												
4 Clorazepato	20mg												
5 Ranitidina	50mg												
6 Dipirona	2g												
7 Decedron	10mg												
8 Cetoprofeno	100mg												
9 Efedrina	20mg												
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico PREVIO
- ☐ Cat. Venoso nº G
- ☐ Dificuldade aces. venoso
- ☐ Gastos cateteres
- ☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
- ☐ IOT nº
- ☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PANI
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raquianestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: Dorsal

	RE	RE	RE
SPO2 (%)	99%	99%	99%
ETCO2 (mmHg)			
Aces. Venoso	(SF)	(RL)	
Aces. Venoso			
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia: Monitorização + reversão da ventilação. Amnésia + antináusea. Raquianestesia, punção mediana única entre L3-L4, Ag 27GQ; LCR limpa, sem intercorrências. A SRPA acordado estável.

Dr. Marcelo G. Oliveira
Anestesiologista
CRM-PR: 4646
Anestesiologista



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOS() AL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Yolaine

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		CLÍNICA		ENF. OU AP		LEITO		MÉDICO ASSISTENTE	
Círculo Eduardo Leanne de Araújo		175822		Ortopédica		237		EXT.		Yolaine	
DATA/HORA CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES			
01/12/18	As 3 doses expensas de glicose + Xilina D										
	1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO										
	2 SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN										
	3 CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H			Visto Nutricionista Adriana Kelly CHN		24/01 06h				14:00 - Paciente radiografado com oclusão, apresentando dor na região da articulação temporomandibular e com oclusão de glicose + Xilina D. Paciente em tratamento com analgésicos e anti-inflamatórios. Não há alteração da função mandibular e com oclusão de glicose + Xilina D.	
	4 GENTAMICINA 240MG + 200 ML SF 0,9% EV 1X/DIA					23/01					
	5 PLASIL 01 AMP + AD EV 8/8 H SN					24/01 06h					
	6 RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H					24/01 06h					
	7 TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% EV 8/8 H SN					24/01 06h				24:00h RA = 140 x 70 mm Hg.	
	8 DIPIRONA 1G - 1/2 AMP + AD EV 6/6 H					24/01 06h				P = 87 bpm 95-99	
	9 TENOXICAM 20 MG - 01 AMP + AD EV 12/12 H					24/01					
	10 CURATIVO										
	11 CCGG + SSV										
	12 Claxone 40 mg SC 1X/24h					24/01					
	AGUARDAR ANTIBIOTICOTERAPIA +										
	FIXAÇÃO DEFINITIVA										

Marcos Vinícius P. de Carvalho Filho
Ortopedista
CRM-PI 12591



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Carlos Eduardo Pereira de Araújo*
Diagnóstico pré-operatório *FX de fêmur D A*
Operação - Tipo *Redução cirúrgica + Fixação externa Biplan*
Cirurgião *Celso Antônio Mendes Coimbra* 1º Assistente *Dr. Ricardo Valença*
2º Assistente *CRM-PI: 3915 TEOT: 13135* 3º Assistente *CRM-PI: 3766 TEOT: 11305*
Instrumentador(a) Anestesista 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 Paciente em decúbito dorsal sob requiebramento.
- ② Anestesia Antimio + Anestesia de Fêmur Esterno
- ③ Fêmur em fêmur D
- ④ Redução cirúrgica
- ⑤ Fixação externa Biplan.
- ⑥ Sutura -

Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3915 TEOT: 13135

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3766 TEOT: 11305

Mod. 76 HUT



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 05/12/18

NOME DO PACIENTE

Carlos Eduardo Pereira de Araújo

PRONTUÁRIO Nº:

175822

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA:

ANESTESIA:

Nº DA SALA: 05

CIRURGIÃO:

CPF Nº:

AUXILIAR:

CPF Nº:

ANESTESIA:

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA:

Maria José

CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 8.0 e 7.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPEL	UNID.	04		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			eletrodos	"	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	03						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:41:05

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710410466200000011711122>

Número do documento: 20100710410466200000011711122

Num. 12378588 - Pág. 20



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome:	Carlos Eduardo P. de Araújo	Sala:	5	Alergia:	-	Data:	5/12/18
Procedimento:	Debridamento de ferida	Cirurgião:	Alto	Observações:			

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupivacaína puro	01	15											
2 Morfina	01	100											
3 Propofol	02	2											
4 Halotano	01	10											
5 Dexmedetomidina	01	10											
6 Dipriona	02	2											
7 Etomidato	01	100											
8 Pilocarpina	01	10											
9 Midazolam	01	5											
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico MSD
Cat. Venoso nº 20G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: 90°H

SPO2 (%)	99	99	99	99	99
ETCO2 (mmHg)					
Aces. Venoso					
Aces. Venoso					
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia: 1) Preleção prof. + cat. cavit. 2) Monitorização 3) Indução (fentanyl + propofol) 4) Manutenção (fentanyl + propofol) 5) ATB + Sintetização 6) Exs. 5-10 min 6) ATB + Sintetização 7) Exs. 5 min

Dr. Henrique Rocha
Médico Anestesiologista
CRM-PI: 4507 RQE 2841



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: **CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO** (Prontuário: 175822)
Endereço: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI CEP: 64438-000
Nascimento: 13/11/1986 Idade: 32a0m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696145
Requisição: 896943 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1112586 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/12/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- CISTO ARACNOIDE NA FOSSA CRANIANA MÉDIA DIREITA, MEDINDO 3,6 x 1,4 CM.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/12/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO** (Prontuário: 175822)
Endereço: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI CEP: 64438-000
Nascimento: 13/11/1986 Idade: 32a0m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696145
Requisição: 896943 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1112586 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/12/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- CISTO ARACNOÍDE NA FOSSA CRANIANA MÉDIA DIREITA, MEDINDO 3,6 x 1,4 CM.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/12/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

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: **CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO** (Prontuário: 175822)
 Endereço: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI CEP: 64438-000
 Nascimento: 13/11/1986 Idade: 32a0m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696145
 Requisição: 896945 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1112587 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 01/12/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- AUMENTO DE VOLUME DAS PARTES MOLES EM HEMIFACE DIREITA.
- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- DISCRETO ESPESSAMENTO DO REVESTIMENTO MUCOSO FRONTO-ETMOIDAL À DIREITA E MAXILO-ESFENOIDAL BILATERAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/12/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:41:05
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710410466200000011711122>
 Número do documento: 20100710410466200000011711122





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: **CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO** (Prontuário: 175822)
Endereço: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI CEP: 64438-000
Nascimento: 13/11/1986 Idade: 32a2m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696145
Requisição: 896938 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1112581 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 01/12/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominuta no terço médio da tibia.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2019

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: **CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO** (Prontuário: 175822)
Endereço: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI CEP: 64438-000
Nascimento: 13/11/1986 Idade: 32a2m21d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696145
Requisição: 897004 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO
Controle: 1112667 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 01/12/2018

BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA, os seguintes aspectos observados:

- Extremidades ósseas e superfícies articulares sem anormalidades.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 04/02/2019

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: **CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO** (Prontuário: 175822)
Endereço: CHAPADA DO GENESIO - ZONA RURAL - SANTO ANTONIO DOS MILAGRES - PI CEP: 64438-000
Nascimento: 13/11/1986 Idade: 32a2m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 228339
Requisição: 898261 Solicitação: 05/12/2018 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1114458 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 05/12/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes alinhadas na diáfise dos ossos da perna, fragmentada na tíbia e transversa na fíbula.
- Presença de fios metálicos e de fixador externo na tíbia.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/02/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013227912740
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01014684860 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
JEYSON RICARDO PEREIRA DE ARAUJO

CPF / CNPJ
03438268361

PLACA
PIB-7485

PLACA ANT. / UF

CHASSI
9C2KD0550ER113355

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA

COMBUSTÍVEL
ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO
HONDA/MOTOLAN 150R ES

ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP/POT FOR
02P/0149CC

CATEGORIA
PARTICU

COLOREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

VENÇ. COTAS

1
P
V
A

FAIXA LÉVIA

PARCELAMENTO / COTAS

1º IPVA
2º PAGO
3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC ION
DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SANTO ANTONIO DOS MILAGRE

22/05/2018

VENIO MARTINS DO PRADO LOBATO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 013227912740 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2018

DATA EMISSÃO
22/05/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 03438268361

PLACA
PIB-7485

RENAVAM
01014684860

MARCA / MODELO
HONDA/MOTOLAN 150R ES

ANO FAB
2014

COL. C.C.
09

CHASSI
9C2KD0550ER113355

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 (R\$)

000,00 (R\$)

000,00 (R\$)

000,00 (R\$)

000,00 (R\$)

185,50 (R\$)

X COTA ÚNICA

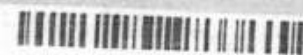
PAGAMENTO

PARCELADO

22/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.508/0001-04



MEDEIA CORRETORES DE SEGUROS
Recebido em: 12/03/19



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190186818 **Cidade:** Jardim do Mulato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 30/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DA PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO MEMBRO INFERIOR DIREITO. (FIXADOR EXTERNO)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: LAUDO CIRÚRGICO: PÁGINA 05 06
RELATÓRIO MÉDICO: PÁGINA 18

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080309/19

Vítima: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

CPF: 028.991.333-06

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 30/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO : 028.991.333-06

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: 08/03/2019
Nome: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO
CPF: 028.991.333-06

CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



1356 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 273887.000007/2019-84

Unidade de Registro: DP DE AMARANTE

Resp. pelo Registro: Erico Mauriz Ramos

Data/Hora: 27/02/2019 - 10:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE JARDIM DO MULATO

Tipo Local

OUTROS

Município

JARDIM DO MULATO

Endereço

POVOADO MIMOSO, Nº:

Complemento

ZONA RURAL

Data/Hora

30/11/2018 - 23:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO

RG: 2722876 SSP PI

Mãe: ALDOMIRA MACHADO DE ARAUJO PEREIRA

Pai: JOSÉ PEREIRA FILHO

Endereço: RUA MANOEL LUIS FERREIRA, Nº 713

Complemento: CHAPADA DO GENESIO

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: SANTO ANTÔNIO DOS MILAGRES

Telefone(s): 86-9487-9116

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

"DOCUMENTO ORIGINAL"

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 08/03/19

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

- 1 - Dirigir veículo automotor sem permissão ou habilitação (Art. 309 do CTB);
- 2 - Dirigir sob a influência de álcool ou substância análoga (Art. 306 do CTB);
- 3 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	NXR150 BROS ES	2014	PIB7485	9C2KD0550ER113355	01014684860	Preta

Condutor: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO
RG: 2722876 Órgão: SSP UF RG: PI
End: RUA MANOEL LUIS FERREIRA Número: 713 Complemento: CHAPADA DO GENESIO
Cidade: SANTO ANTÔNIO DOS MILAGRES UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL
Proprietário: JEYSON RICARDO PEREIRA DE ARAUJO
End: RUA MANOEL LUIS FERREIRA Número: 713
Cidade: SANTO ANTÔNIO DOS MILAGRES UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

RELATO DA OCORRÊNCIA

O notificante relata que no dia e por volta do horário supra citados, estava deslocando-se da Cidade de Jardim do Mulato (Povoado Mimoso, Zona Rural) para sua residência, em Santo Antonio dos milagres-PI, quando perdeu o controle da moto em uma curva, próximo a um posto de gasolina, devida à chuva, momento em que caiu ao solo, e a motocicleta caiu encima da sua perna direita; Que estava pilotando a motocicleta, acima descrita, e não possui CNH; Que chegou em Jardim do Mulato por volta das 19hrs e ficou conversando com uns amigos em um bar; Que ingeriu somente cerca de oito cervejas, com os seus amigos; Que acredita que essas oito cervejas não lhe deixou embriagado; Que o motivo que queda foi porque a pista estava molhada, e por isso o notificante perdeu o controle da motocicleta, e não porque o notificante estava embriagado; Que após o acidente foi socorrido por populares que chamaram a ambulância de Santo Antônio dos Milagres; Que foi levado ao Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro, em São Pedro-PI, e depois encaminhado ao Hospital de Urgência de Teresina (HUT); Que o notificante teve fratura exposta na perna direita, tendo que passar por uma cirurgia, na mesma; Que tanto na ficha de atendimento do Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro, em São Pedro-PI, como no do H.U.T, constam que o notificante estava alcoolizado; Era o que tinha noticiar.//////

Boletim de Ocorrência emitido em: 27/02/2019 10:31 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/10/2020 10:41:05
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100710410466200000011711122
Número do documento: 20100710410466200000011711122

Num. 12378588 - Pág. 31



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1356 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 273887.000007/2019-84

Erick Mauriz Ramos

Erick Mauriz Ramos - Mat. 3112772
AGENTE DE POLÍCIA

Carlos Eduardo Pereira de Araújo
CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Otony Nogueira Neto
Delegado de Polícia

Bel. Otony Nogueira Neto
Delegado de Polícia Civil-PI
Matrícula: 272256-9

"DOCUMENTO ORIGINAL"
[Assinatura]
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 08/03/19



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190186818 **Cidade:** Jardim do Mulato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 30/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

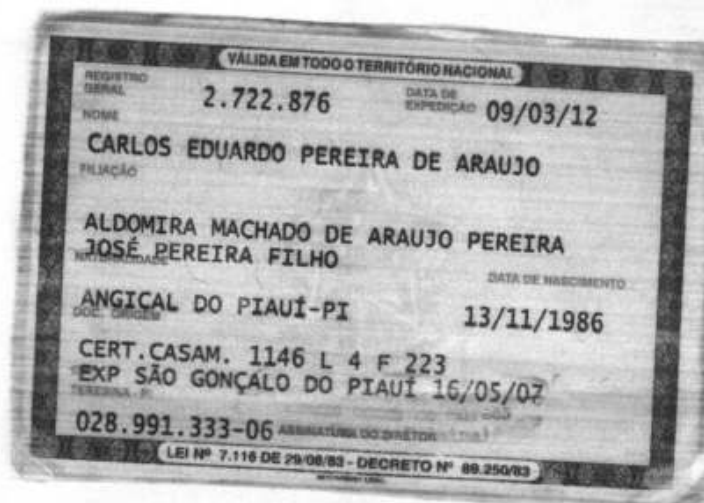
Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





[Handwritten signature]
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 12/03/12

Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sr. CARLOS EDUARDO PEREIRA DE ARAUJO,
Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.
Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde - SUS.
Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.

