

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface (PJe) for a civil process (ProceComCiv).

The main title bar reads: PJe ProceComCiv 0805498-73.2019.8.18.0140 □

The page header includes the date: 08 Oct 2020.

The left sidebar shows a tree view of documents:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12408990 - CONTESTAÇÃO (2757264 CONTESTACAO 01)
 - 12409261 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12409264 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12409266 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12409269 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The main content area displays a document titled "downloadBinario.seam" (page 1 of 10). The document header includes the case number 2757264-C3/2020-03807/ INVALIDEZ and the logo of the law firm "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The text within the document reads:

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

The status bar at the bottom right shows the date 08/10/2020 and the time 11:01.



Número: **0805498-73.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **11/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARCOS ANTONIO LIMA (AUTOR)	GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12409 261	08/10/2020 11:01	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO LIMA**

Nº Sinistro: **3180341965**
Vitima: **MARCOS ANTONIO LIMA**
Data do Acidente: **13/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180341965**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13193000



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: MARCOS ANTONIO LIMA
Nº Sinistro: 3180341965
Vitima: MARCOS ANTONIO LIMA
Data do Acidente: 13/03/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180341965**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13201370

Pag. 00257/00258 - carta_03 - INVALIDEZ



0060129



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 11:01:37
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811013698500000011740003>
Número do documento: 20100811013698500000011740003

Num. 12409261 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: MARCOS ANTONIO LIMA
Nº Sinistro: 3180341965
Vitima: MARCOS ANTONIO LIMA
Data do Acidente: 13/03/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180341965**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 01779/01780 - carta_03 - INVALIDEZ

00040890


A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13308677

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 11:01:37
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811013698500000011740003>
Número do documento: 20100811013698500000011740003

Num. 12409261 - Pág. 3

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

053.593.823-33

Nome completo da vítima

Marcos Antonio Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo marcos Antonio Lima	CPF titular da conta 053.593.823-33	Profissão Pintor
Endereço Rua Mauro Almada	Número 1540	Complemento Casa
Bairro VL Firmino Filho	Cidade Teresina	Estado PI
Email	CEP 64060-370	Telefone (DDD) (86) 3303-4104

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO. 0855 D/V 826.718 CONTA
NRO. 4 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA
NRO. _____ D/V _____ CONTA
NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 23 de Julho de 2018
 Local e Data

Marcos Antonio Lima
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Caixa Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

DATA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

204-602661775-5

23/JUL/2018

HORA DE 10:18:57

LOT. 16.005418-4

TERM 011642

LOCALIDADE: TERESINA

AG. VINCULADA: 0855

CONTROLE: 204403863

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POU POU CAIXA FÁCIL

NOME: MARCOS ANTONIO LIMA

AGÊNCIA: 0855

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.126.718-4

DATA DA ABERTURA: 23/07/2018

LOTERIAS CAIXA

204-602661775-5

1ª VIA

Caixa Loterias CAIXA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 11:01:37

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811013698500000011740003>

Número do documento: 20100811013698500000011740003

Num. 12409261 - Pág. 5



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002353/2018-41

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Esp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro
Data/Hora: 10/07/2018 - 09:45

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

459889

Data/Hora
13/03/2016 - 16:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

SATÉLITE

TERESINA

Endereço

RUA SANTA QUITÉRIA, Nº:

Ponto de Referência

ANTIGA COMPANHIA DA POLICIA MILITAR

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCOS ANTONIO LIMA (49 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1337357 SSP PI

Mãe: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA

Endereço: RUA MAURO ALMEIDA, Nº 1540

Bairro: VILA FIRMINO FILHO

Cidade: TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

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

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO YAMAHA/T115 CRYPTON K, COR AZUL, PLACA PIM-3285-PI, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO NUNES DOS SANTOS, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO À UPA-RENASCENÇA (PRONTUÁRIO 31165), E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO AO HUT (PRONTUÁRIO 395934). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Marcos Antonio Lima
MARCOS ANTONIO LIMA (49 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Policia

Boletim de Ocorrência emitido em: 10/07/2018 09:45 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 1/1

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 11:01:37

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811013698500000011740003>

Número do documento: 20100811013698500000011740003

Num. 12409261 - Pág. 6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Marcos Antônio Lima

CPF da Vítima

053.593.823-33

Data do Acidente

31/03/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazos superiores a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Centro Administrativo
Rua Coelho de Resende, 6500
64.002-470
Teresina-PI

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Teresina, 23 de Julho de 2018
Local e Data

Marcos Antônio Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Dados do Chamado	01 N°. do chamado 05-SD-2269	02 Data do chamado 13/10/13 14:46	03 PRO (código) 2890	04 Saída do PA 16:40	05 Chegada ao local 16:45
	06 Saída do local 16:48	07 Chegada ao 1º hospital 16:45	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Santa Quitéria, S/Nº (rua pública) 11 Bairro Satélite 12 Município-UF Te-PI Código IBGE				
Dados do Paciente	13 Ponto de referência ANTIGA COMPANHIA DE POLÍCIA 14 Nome Antônio Marques Lino 15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
Tipo de Ocorrência	16 Idade 42 Ano <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Dia <input type="checkbox"/> 2 - Mês <input type="checkbox"/> 3 - Ano <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência UPAR 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Condutor <input type="checkbox"/> 3 - Passageiro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado 20 Meio de locomoção 1 - A pé <input type="checkbox"/> 5 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 2 - Automóvel <input type="checkbox"/> 6 - Outro <input type="checkbox"/> 3 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel <input type="checkbox"/> 5 - Objeto fixo <input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 6 - Animal <input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 7 - Outra <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>				
Assistência	23 Glasgow = <input type="checkbox"/> ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma RESPOSTA VERBAL 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum RESPOSTA MOTORA				
Hospital de Destino	24 Sinais Vitais Pulso _____ Resp. _____ PA _____ TAX. _____ Sat02 _____ 25 Local da lesão 				
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1 - Iguais <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Desiguais <input type="checkbox"/> 27 P脉so Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor <input type="checkbox"/> 3 - Leve <input type="checkbox"/> 6 - Moderada <input type="checkbox"/> 9 - Intensa <input type="checkbox"/> 10 30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeita <input type="checkbox"/> 31 Procedimentos realizados 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Respiração <input type="checkbox"/> Francha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Celar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> b) CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 JUL 2018 RUA COELHO DA FAZENDA, N.º 465 LOJA C CENTRO - FONTE CEP: 64.002-470 TERESINA-PI				
	# Embriaguez. Queda de moto. Suspeita de fractura de clavícula. Agitação # CONFERE COM O ORIGINAL Marilia Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU				
	Socorristas Médico Fernando M. Lemos AE/TE Thiago Araújo Enfermeiro Condutor Edvaldo Silva Responsável pela recepção (296690-46)				

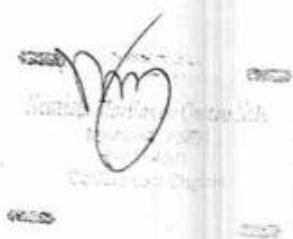
RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada o nome do paciente está como **ANTONIO MARQUES LIMA**, porém o nome do paciente em questão é **MARCOS ANTONIO LIMA**. A troca do nome se deu devido o paciente está sem os documentos na hora do atendimento sendo colocado o nome do seu irmão que o acompanhava.

Dados do Paciente:

RG: 1.337.357 SSP-PI

CNS: 898003704890059



Teresina, 13 de março de 2016

G. Almeida Lettão
Gabriella de Almeida Lettão
Assistente Social
CRESS 3282 - 22ª Região PI

Assistente Social



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: 08/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

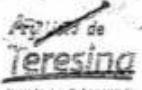
CONTA: 000000126718-4

Nr. da Autenticação B939BC1871F4AF0D



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 11:01:37
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811013698500000011740003>
Número do documento: 20100811013698500000011740003

Num. 12409261 - Pág. 10

 <p>Águas de Teresina</p> <p>Presságua é marca registrada</p>		<p>CNPJ 27157474000106 - IE 195965574 Av. Odilon Araújo, 1035, Picanco - CEP 64017-380, Teresina - PI Telefone: 0820 222 2000 ou 113 / (85) 38124-3199</p> <p>MATRÍCULA 13302825-9 MÊS/ANO 151602958 TC 1,05 6/2018</p>																																	
<p>NOSSO ENDERECO MORADORES NELLE ROZE SOARES MARQUES</p> <p>RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 544-CENTRO-TERESINA-PI-cep: 64018650</p>																																			
<p>LOCALIZAÇÃO 001-00008-000050</p>		<p>GRUPO 001</p>		<p>NÚMERO DO HODÓMETRO A10X133657</p>																															
<p>HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS / ANO TIPO LIDO FABRICADO</p> <table border="1"> <tr><td>05/2018</td><td>Lido</td><td>92</td><td>19</td></tr> <tr><td>06/2018</td><td>Lido</td><td>92</td><td>10</td></tr> <tr><td>07/2018</td><td>Medida</td><td>98</td><td>11</td></tr> <tr><td>08/2018</td><td>Lido</td><td>91</td><td>10</td></tr> <tr><td>09/2018</td><td>Medida</td><td>93</td><td>10</td></tr> <tr><td>10/2018</td><td>Lido</td><td>92</td><td>10</td></tr> <tr><td>11/2018</td><td>Lido</td><td>92</td><td>10</td></tr> </table>		05/2018	Lido	92	19	06/2018	Lido	92	10	07/2018	Medida	98	11	08/2018	Lido	91	10	09/2018	Medida	93	10	10/2018	Lido	92	10	11/2018	Lido	92	10	<p>CONSUMO - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Comercial - Normal</p>					
05/2018	Lido	92	19																																
06/2018	Lido	92	10																																
07/2018	Medida	98	11																																
08/2018	Lido	91	10																																
09/2018	Medida	93	10																																
10/2018	Lido	92	10																																
11/2018	Lido	92	10																																
<p>DATA LITURA ANTERIOR 04/05/2018 168 ATUAL 06/06/2018 168</p>		<p>CONSUMO MÊS/MÊS 11</p>		<p>ABR 18/04/2018 PESQUISA 15.1441,65% - 1,76 CORR 115,297,62% - 0,76</p>																															
<p>TABELA DE TARIFAS</p> <table border="1"> <tr> <td>RESIDENCIAL</td> <td>DISCUSSÃO</td> <td>REF.</td> <td>VALOR</td> </tr> <tr> <td>FAZADA DE CONSUMO (R\$) MÊS E (%)</td> <td>VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,52</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0 12 5,7439 20</td> <td>> Comercial-Normal 11,0 m³</td> <td>62,52</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16 26 9,1292 34</td> <td>VALOR DE ESGOTO - 50,02</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>26 9999999 14,6108 40</td> <td>> Comercial-Normal 11,0 m³</td> <td>50,02</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>JUROS POR ATRASO 04/2018</td> <td>0,74</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>MULTA POR ATRASO 04/2018</td> <td>2,01</td> <td></td> </tr> </table>						RESIDENCIAL	DISCUSSÃO	REF.	VALOR	FAZADA DE CONSUMO (R\$) MÊS E (%)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,52			0 12 5,7439 20	> Comercial-Normal 11,0 m³	62,52		16 26 9,1292 34	VALOR DE ESGOTO - 50,02			26 9999999 14,6108 40	> Comercial-Normal 11,0 m³	50,02			JUROS POR ATRASO 04/2018	0,74			MULTA POR ATRASO 04/2018	2,01			
RESIDENCIAL	DISCUSSÃO	REF.	VALOR																																
FAZADA DE CONSUMO (R\$) MÊS E (%)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,52																																		
0 12 5,7439 20	> Comercial-Normal 11,0 m³	62,52																																	
16 26 9,1292 34	VALOR DE ESGOTO - 50,02																																		
26 9999999 14,6108 40	> Comercial-Normal 11,0 m³	50,02																																	
	JUROS POR ATRASO 04/2018	0,74																																	
	MULTA POR ATRASO 04/2018	2,01																																	
<p>NÃO RESIDENCIAL</p> <table border="1"> <tr> <td>FAZADA DE CONSUMO (R\$) MÊS E (%)</td> <td>DISCUSSÃO</td> <td>REF.</td> <td>VALOR</td> </tr> <tr> <td>0 12 5,7439 20</td> <td>VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,52</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16 26 9,1292 34</td> <td>> Comercial-Normal 11,0 m³</td> <td>62,52</td> <td></td> </tr> <tr> <td>26 9999999 14,6108 40</td> <td>VALOR DE ESGOTO - 50,02</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						FAZADA DE CONSUMO (R\$) MÊS E (%)	DISCUSSÃO	REF.	VALOR	0 12 5,7439 20	VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,52			16 26 9,1292 34	> Comercial-Normal 11,0 m³	62,52		26 9999999 14,6108 40	VALOR DE ESGOTO - 50,02																
FAZADA DE CONSUMO (R\$) MÊS E (%)	DISCUSSÃO	REF.	VALOR																																
0 12 5,7439 20	VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,52																																		
16 26 9,1292 34	> Comercial-Normal 11,0 m³	62,52																																	
26 9999999 14,6108 40	VALOR DE ESGOTO - 50,02																																		
		<p>VENIMENTO 18/06/2018</p>		<p>TOTAL INSCRIÇÃO 115,29</p>																															
<p>IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES</p>																																			
<p>MENSAGEM O CÓDIGO IDENTIFICADOR PARA CADASTRAR A CONTA DE ÁGUA NO DEBITO AUTOMATICO DEVE SER 00 + NÚMERO DA MATRÍCULA + DIGITO</p>																																			
<p>ESTE DOCUMENTO, CÓPIA DE CÓDIGO DE CADASTRO, VISTO DESEJO, É SUSPENSO DO SERVIÇO. Nº 00157474000106, AV. ODILON ARAÚJO, 1035, PIANCO, 64017-380, TERESINA, PI, 08/2018.</p>																																			
<p>CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MÊS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLORO LIVRE</td> <td>2.762</td> <td>2.715</td> <td>47</td> <td>1,25</td> <td>0,20-5,00 mg/L</td> </tr> <tr> <td>COP APROVADO</td> <td>2.570</td> <td>1.787</td> <td>783</td> <td>10,14</td> <td>Inférior a 15,0</td> </tr> <tr> <td>PH</td> <td>2.756</td> <td>2.718</td> <td>38</td> <td>6,66</td> <td>6,00-9,50</td> </tr> <tr> <td>TURBOZ</td> <td>2.767</td> <td>2.435</td> <td>332</td> <td>2,82</td> <td>Inférior a 5,00</td> </tr> </tbody> </table>						PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO	CLORO LIVRE	2.762	2.715	47	1,25	0,20-5,00 mg/L	COP APROVADO	2.570	1.787	783	10,14	Inférior a 15,0	PH	2.756	2.718	38	6,66	6,00-9,50	TURBOZ	2.767	2.435	332	2,82	Inférior a 5,00
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																														
CLORO LIVRE	2.762	2.715	47	1,25	0,20-5,00 mg/L																														
COP APROVADO	2.570	1.787	783	10,14	Inférior a 15,0																														
PH	2.756	2.718	38	6,66	6,00-9,50																														
TURBOZ	2.767	2.435	332	2,82	Inférior a 5,00																														
<p>CARACTERÍSTICAS MICROBIOLOGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MÊS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COLIFORMES TOTais</td> <td>907</td> <td>890</td> <td>17</td> <td>Ausencio</td> <td>Ausente</td> </tr> <tr> <td>ESCHERICHIA COLI</td> <td>907</td> <td>907</td> <td>0</td> <td>Ausencio</td> <td>Ausente</td> </tr> </tbody> </table>						PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO	COLIFORMES TOTais	907	890	17	Ausencio	Ausente	ESCHERICHIA COLI	907	907	0	Ausencio	Ausente												
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																														
COLIFORMES TOTais	907	890	17	Ausencio	Ausente																														
ESCHERICHIA COLI	907	907	0	Ausencio	Ausente																														
<p>DATA DA EMISSÃO: 06/06/2018 HORA DA EMISSÃO: 10:50</p>																																			
<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 JUL 2018</p>																																			
<p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>																																			



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 pessoa, 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 Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário marcos Antonio lime inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.593.823-33, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima marcos Antonio lime, inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.593.823-33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua 24 De Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email		Telefone comercial(DDD)	(86) 3303-4104	Telefone celular (DDD)	64000-2355

Teresina, 24 de Julho de 2018
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO NUNES DOS SANTOS,
RG nº 856.722, data de expedição 15/08/08,
Órgão SSP / PI, portador do CPF nº 341.632.983-04, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUI Localidade Santa Lia, nº 5172
complemento lesor, declaro, sob as penas da Lei, que o veiculo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima
marcos Antonio Lima, cujo o condutor era
marcos Antonio Lima

Veiculo: MOTO
Modelo: YAMAHA / 115 CRYPTON
Ano: 2013/2014
Placa: PIM-3285
Chassi: 9C6KE1560E0029888
Data do Acidente: 13/03/2016

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

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

Local e Data: B-SALÉCITE, dia 73/03/076

Antônio Nunes dos Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um torcedor que não é motorista)

 <p>TERESINA/CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE NOTAS TITULAR - ANATÁSIA GONÇALVES DE RAMOS PEREIRA RUA LINDANDRO NOGUEIRA, 1221 CENTRO - CEP: 84000-200 - TERESINA/PI Fone: (86) 3221-7686 - E-mail: anotonio@gmaill.com.br</p>		<p>RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE DA FIRMA DE: ANTONIO LUMES DOS SANTOS, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 09/07/2018. Emol.+3,71 TJ:0,74 Selos 0,24 Total:4,71 Selos:ABG 40720 (FB074)</p> <p>JUDITE DE CASTRO CARDOSO-Escrevente Autorizada</p> <p><input type="checkbox"/> Tabelião <input checked="" type="checkbox"/> Escrevente autorizado</p> <p>CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO 2º Ofício de Notas Judite de Castro Cardoso Escrevente Compromissada</p> <p>RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº ABG 40720</p> <p>SELO DE FIDELIDADE Autenticação Por Teresina/Cartório 2º Ofício de Notas Teresina-PI Vinte e Quatro Registros de Justiça</p>
--	--	--





Dados do Chamado	01 N°. do chamado 05-SD-2269	02 Data do chamado 13/10/2016	03 PRO (código) 2890	04 Saída do PA 16:20	05 Chegada ao local 16:25	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 16:48	07 Chegada ao 1º hospital 16:45	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Santa Quitéria, S/Nº (rua pública)	11 Bairro Satélite	12 Município-UF Te-PI	Código IBGE		
	13 Ponto de referência ANTIGA COMPANHIA DE POLÍCIA					
	14 Nome Antônio Marques Lino	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
	16 Idade 42	1 - Dia <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Mês <input type="checkbox"/> 3 - Ano <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência UPAR	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espacamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	
Acidente de Transporte	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/>	20 Meio de locomoção 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Ónibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>		
Exame Físico	23 Glasgow = <input type="checkbox"/>	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4-Esportânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso _____ Resp. _____ PA _____ TAX. _____ SatO2 _____	25 Local da lesão	
	26 Pupilas 1 - Igualas <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais <input type="checkbox"/>	27 Dor <input type="checkbox"/>	28 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10 - Muito Intensa Sem Dor <input type="checkbox"/>			
	29 P脉 1 - Radial <input type="checkbox"/> 2 - Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio <input type="checkbox"/> 2 - Fino <input type="checkbox"/> 3 - Ausente <input type="checkbox"/>	30 Sangramento 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Corretivos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Cetor Devitaliz. <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	32 Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) _____ b) _____	33 Hospital de Destino UPA	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>
Assistência	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 JUL 2018					
Hospital de Destino	GURADORA Rua Coelho de Carvalho, 445 Loja C Centro - CEP: 64.002-470 Teresina-PI					
Observações Interdisciplinar	<p># Enxaquecimento. Queda de moto - Suspeita de natureza de danos. Agitação. #</p> <p>CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU</p>					
	Fernando Meyer Responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE	35 Enfermeiro Condutor Edvaldo Silva			

0: 27.11.2011

296690-16



FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada o nome do paciente está como **ANTONIO MARQUES LIMA**, porém o nome do paciente em questão é **MARCOS ANTONIO LIMA**. A troca do nome se deu devido o paciente está sem os documentos na hora do atendimento sendo colocado o nome do seu irmão que o acompanhava.

Dados do Paciente:

RG: 1.337.357 SSP-PI

CNS: 898003704890059



Teresina, 13 de março de 2016

Gabriela
Gabriela de Almeida Letta
Assistente Social
CRESS 3262 - 22º Região PI

Assistente Social



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 11:01:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811013698500000011740003>
Número do documento: 20100811013698500000011740003

Num. 12409261 - Pág. 15



NOME DO PACIENTE: Marcos Antônio Dime

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 395934



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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

10/03/2016 10:20h

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCOS ANTONIO LIMA		Prontuário: 395934
Mãe: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA	Pai: VALDEMARVIANA LIMA	
End. Resid.: R. SAO FRANCISCO ,4165 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 17/04/1969	Idade: 46a:11m:25d	Sexo: Masculino Fone: 86-99479-0965
Responsável: ANTONIO MARQUES LIMA(IRMAO)	CNS: 898003704890059	
Profissão: PINTOR	Documento: CPF: . . .	
Instituição: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 530204	Data: 13/03/2016 19:58:13	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: Queda de moto com suspeita de fratura em clavícula e, nega perda de consciência, encaminhado da UPA para avaliação com ortopedista		Profissional Clas. Risco: LETICIA MARIA CARVALHO DE SOUSA CRM: 158837 Em: 13/03/2016 20:03:06	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

AVC da UPA

HAAT. Cervicais

PA: ____ mmHg	P脉: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial: CID: ____			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

0908010150

Se Internação, indique o Procedimento e CID

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	0908010150	592-0
DATA: 11/03/2016	HORA: : :	Procedimento: CID: ____

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Raul Ruben de Macedo Neto
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
TEOT/12594
Assinatura Profissional Médico



17.577.205/0015-321

UPA RENASCENÇA

Rua Rio Verde, nº 2610

Renascença III - CEP: 64.082-110,

Teresina - PI



Fundação Municipal de Saúde



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade

UPA Renascença

Para Unidade

HUT

Paciente

Antônio Menezes Lira

Registro

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente vítima de acidente motociclistico c/ trauma em ambos ()
Alcoolizado no colateno c/ lesão frs. 00

HD. Fratura de clavícula () fechada

Dr. Antônio Nunes Martins Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3528 TEDT 11/205

Data 13/03/16

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade

Para:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

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

DIAGNÓSTICO

Data ____ / ____ / ____

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENFERMAGEM	LEITO		MÉDICO ASSISTENTE
				DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Marcos Antônio Lins	469					
CÓDIGO						
14						
05						
16						
02						
01						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						
101						
102						
103						
104						
105						
106						
107						
108						
109						
110						
111						
112						
113						
114						
115						
116						
117						
118						
119						
120						
121						
122						
123						
124						
125						
126						
127						
128						
129						
130						
131						
132						
133						
134						
135						
136						
137						
138						
139						
140						
141						
142						
143						
144						
145						
146						
147						
148						
149						
150						
151						
152						
153						
154						
155						
156						
157						
158						
159						
160						
161						
162						
163						
164						
165						
166						
167						
168						
169						
170						
171						
172						
173						
174						
175						
176						
177						
178						
179						
180						
181						
182						
183						
184						
185						
186						
187						
188						
189						
190						
191						
192						
193						
194						
195						
196						
197						
198						
199						
200						
201						
202						
203						
204						
205						
206						
207						
208						
209						
210						
211						
212						
213						
214						
215						
216						
217						
218						
219						
220						
221						
222						
223						
224						
225						
226						
227						
228						
229						
230						
231						
232						
233						
234						
235						
236						
237						
238						
239						
240						
241						
242						
243						
244						
245						
246						
247						
248						
249						
250						
251						
252						
253						
254						
255						
256						
257						
258						
259						
260						
261						
262						
263						
264						
265						
266						
267						
268						
269						
270						
271						
272						
273						
274						
275						
276						
277						
278						
279						
280						
281						
282						
283						
284						
285						
286						
287						
288						
289						
290						
291						
292						

Marcos Antonio Jiménez

1

Dr. Raul Huber de Mendoza
ORTOGONOMIA 17
TCA 12
CRM-1
5043

Dr. Raúl Robles de Mendoza Díaz
CANTO DE LA 12.000
TETRA
C.P.M.

MOD 007 - HUT



SUMÁRIO DE ALTA

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:
395934
 Internação:
157174

Nome: **MARCOS ANTONIO LIMA**

End. Resid.: R. SAO FRANCISCO ,4165 - SATELITE
 Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 17/04/1969	Idade: 46a:11m:26d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: PINTOR
--------------------	---------------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------

Internação		Alta	Permanência	
Data	Hora	Data	Hora	
13/03/2016	00:59	16/03/2016	17:30	

Diagnósticos:

CID Principal: 1603 Cod.CID:

CID Secundário:

CID Causa Mortis:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: ____/____/____ Tipo: _____

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: Curado Melhorado Pedido Evasão Administrativa
 Óbito Transferência outro serviço Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____

José Ferreira Neto
 CRM-1568
 CPF: 096.897.373-88

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

25 JUL 2018

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 400 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Confira com o(a) original que
foi apresentado(a) e coloque
Em 29/07/18

Setor de Arquivo Técnico do HPMPI

Luis Henrique Vasconcelos Reis - 2º TEN PM
NPM: 105198193-2 / Mat: 14435-0
Chefe de Setor de Arquivo Técnico

NOME DO PACIENTE: Marcos Antônio Roma

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 94125

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado





**LAUDO PARA SOLICITAR
AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

- 1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR
- 3 - Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRETORIA VERDE

AIH : 2216100201//-/ UNI : HOSPITAL DA POLICIA - DIRETORIA
MARCUS ANTONIO LIMA

Órgão Emissor: MZ21100001

NASCIMENTO
17/04/1989

01. LIBERA: 22/03/2016 01. LAUDO : 16/03/2016
PRÓCED. : 0408010150 TRATAMENTO CIR. / HOSPITAL DA POLICIA
OP. SIST: FRANCINEIE MEDICO AVULSO - DRCAA/SMS
CID : 5420 CMS: 170479519000008
ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

Ministro dos Santos Macedo
MEDICO AVULSO - DRCAA/SMS
CID : 5420 CMS: 170479519000008
ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

UNI

endimento

2323451 90696

Identificação do Paciente

5 - Nome: MARCOS ANTONIO LIMA

6 - Prontuário: 94125

7 - CNS: 898003704890059 8 - Nascimento: 17/04/1969 9 - Sexo: M CPF:
11 - Mãe: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA 12 - Fone: 86-9.94716531
13 - Resp: SILVIA DE ARUJO GOMES 14 - Cor: PARDA
15 - Endere: MAURO ALMEIDA 1540 PORTO DO CEP 19 - CEP: 64060-370
16 - Munic: TERESINA 17 - Cod. IBGE: 221100 18 - UF: PI RG: 13373-57

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Justificativa da Internação

*Fevere no dorundo (E) e
dor e irritação froux*

21 - Condições que justificam a Internação:

an amiss

*ADS Henrique Henriquez - 2161-1
RGPM 105199193-2/Mar 14485-3
Chefe do Setor de Emergências DE SINISTRO*

*DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO*

25 JUL 2018

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Exame froux / Radiografia

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

25 JUL 2018

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Reducao e frouxo clíflex 0408010150

30 - Carater:

Ident.:

31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic.
CPF 16778699841

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

25 JUL 2018

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> ANTONIO MARQUES LIMA		<u>Prontuário:</u> 31165
<u>Mãe:</u> NAO INFROAMDO	<u>Pai:</u> .	
<u>End.Resid.:</u> RUA SANTO ANTONIO QUITERIO, S/N, - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: -		
<u>Nascimento:</u> 13/03/2016	<u>Idade:</u> 0a:0m:0d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u>
<u>Responsável:</u> O MESMO		
<u>Profissão:</u> -		<u>Documento:</u> RG: 1337779 - SSP/PI
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Ignorado
<u>End.Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 48754	<u>Entrada:</u> 13/03/2016 16:48:23	<u>Convênio:</u> SUS
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Final/Sintoma de Apresent:</u>	<u>Área Incidência:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
Intercorrência por Trauma	MMSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
<u>Peixe História Clas. Risco:</u> A. conta de moto, piloto, alcoolizado, suspeita de fratura de clavícula.		FERNANDO MORAES DE SOUZA COREN PI - 350074 Em: 13/03/2016 16:52:52	

Ass.Profissional Clas. Risco:

<u>SSVV:</u>	<u>(Hora:</u> ____ : ____)					
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: 0	bpm	Pressão: 0	mmHg

<u>DADOS CLÍNICOS:</u> PACIENTE COM HALITO ETILICO, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO AO EXAME DOR EM TOPOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA						
---	--	--	--	--	--	--

<u>Exame:</u> Initial:	10	<u>CID:</u>
<u>EXAMES COMPLEMENTARES:</u>		
Ombro esquerdo fratura de clavícula esquerda		

<u>PRESCRIÇÃO MEDICA:</u>	<u>Confere Com o Original</u> Xanamica M. Alves Jr. 100916
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS CONTEUDO NAO VERIFICADO 25 JUL 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Centro Centro-Norte de Teresina-PI Teresina-PI Fone: 86-3234-4700	

<u>MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:</u>	<u>ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE</u>	<u>DATA:</u> / /	<u>HORA:</u> :
-------------------------------------	---------------------------------------	------------------	----------------

<u>Assinatura Paciente ou Responsável</u>	<u>Dr. Antonio Nunes Martins Jr.</u> CRM 3520 PI CRM 3520 PI CRM 3520 PI
---	---

ANTONIO NUNES MARTINS JUNIOR
CRM 3520 PI Em: 13/03/2016 18:24:49



17.577.205/0015-32

UPA RENASCENÇA

Rua Rio Verde, nº 2810

Renascença III - CEP: 64.082-110

Teresina - PI

Fundação Municipal de Saúde

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <i>UPA Renascença</i>	Para Unidade <i>17.577.205/0015-32</i>
Paciente <i>Antônio Nunes Martins Jr.</i>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <i>Atendimento de emergência</i>	
HD. <i>1</i>	Dr. Antonio Nunes Martins Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3520 TEOF 1125
Data <i>12/10/2016</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para: Renascença III - CEP: 64.082-110 Teresina - PI
DIAGNÓSTICO	
<p style="text-align: center;">* Confere com o Original</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO </div> <p style="text-align: right;"><i>Antônio Nunes Martins Jr.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>25 JUL 2016</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> GENTE SEGUROADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina - PI </div>	
Data <i>1 / 1 / 1</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo





LAUDO PARA
BPA INDIVIDUALIZADO

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - PI**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE **HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ** 2- CNES **2323451**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4 - NOME DO PACIENTE <i>WILMOS ANTONIO LIMA</i>	5 - DATA DE NASCIMENTO
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	7 - CPF DO PACIENTE
8 - NOME DA MÃE	9 - TELEFONE DE CONTATO
10 - NOME DO RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)	13 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 14 - RACA / COR
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO 17 - UF 18 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

— 19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO — 20 - NOME DO PROCEDIMENTO — 21 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

— 22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO —	23 - CID10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<i>Neoplasia uterina</i>	M25.6		
— 26 - OBSERVAÇÕES —			

Parte d'algodón interno de
una E. mala en frótoscopia
y al auscultar a gente en marcha

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2013

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 28 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 29 - ASSINATURA E CARMIM (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

30 - DOCUMENTO
() CNS CPF 31 - Nº DOCUMENTO(CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
167 786 998-41

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 2608

AUTORIZAÇÃO

- 32 - CBO	33 - CNS DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
35 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		36 - TÍTULO PROFISSIONAL





FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: H.P
CONTATO FEITO COM:
CONFIRMADO A VAGA: SIM (✓) NÃO ()

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Haroldo Antônio Lemos
IDADE: 46 ANOS
ENDERECO: --- ESTADO CIVIL: ---
RESPONSÁVEL: ---

I - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ()

CIRÚRGICO (✓)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Induzido a náuseas
nares seus

EXAMES REALIZADOS:

rx abs (F)

RGPM 105128393-2 / Mat. 14455-9
Cód. do Setor do Arquivo Técnico

DIAGNÓSTICO:

H. clorídea (F) / 542-0
0408010150

TRATAMENTO REALIZADO:

1mp

DEPARTEAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018
GENTE SEGURO UNIRIS S.A.
Av. Beira Rio Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

H. M/L

José Ferreira Neto
CRM-1558
CPF: 096.897.373-68

Ass. e carimbo do médico

ITA: 16/03/2016

2-04 - HUT





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

PEDIDO: 7637

PACIENTE: MARCOS ANTONIO LIMA

NOME DA MÃE: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA

DATA DO NASCIMENTO: 17/04/1969

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 19/03/2016

DATA DO LAUDO: 23/03/2016

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA EM AP

Controle pós-operatório.

Fratura na clavícula com fixação ortopédica.

Densificação de partes moles.

Sinais de fratura no 3º, 5º e 6º arcos costais.

[Handwritten signature]
RGPM 105198193-2 / Mat. 34405 9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



[Handwritten signature]
Nayra Virginie S. Costa
CRM-PI 3326

Dr.(a) NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

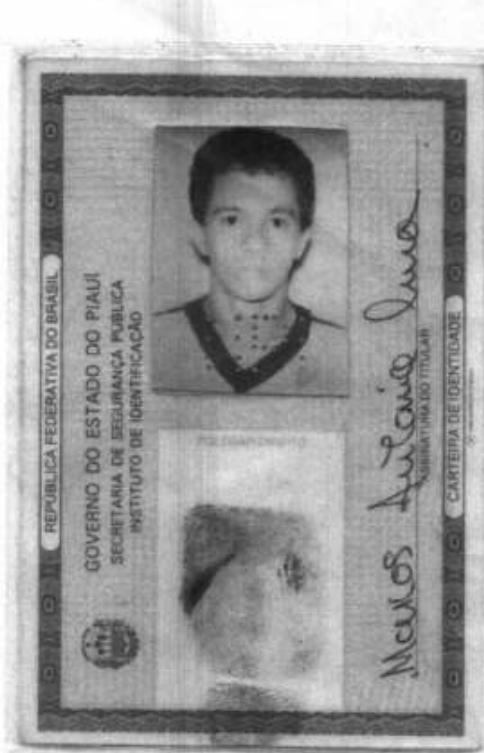
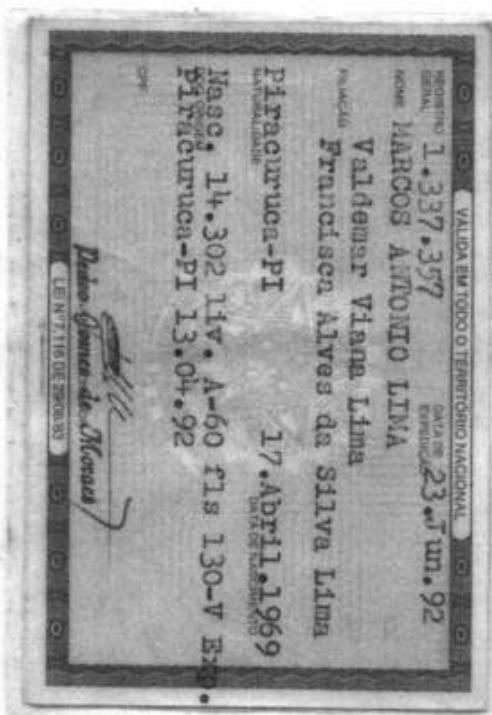
Av. Antônio Coutinho, 1542 - Centro - TERESINA-PI
CEP: 64014-220 CNPJ: 07.144.590/0002-26

Telefone: (86) 3228-1260
Fax: (86) 3216-1520



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 11:01:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811013698500000011740003>
Número do documento: 20100811013698500000011740003

Num. 12409261 - Pág. 32





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 11:01:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811013698500000011740003>
Número do documento: 20100811013698500000011740003

Num. 12409261 - Pág. 34

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180341965 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO LIMA **Data do acidente:** 13/03/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA,
FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE - CLAVÍCULA), CONSERVADOR (ARCOS COSTAIS) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 11:01:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811013698500000011740003>
Número do documento: 20100811013698500000011740003

Num. 12409261 - Pág. 35

RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada o nome do paciente está como **ANTONIO MARQUES LIMA**, porém o nome do paciente em questão é **MARCOS ANTONIO LIMA**. A troca do nome se deu devido o paciente está sem os documentos na hora do atendimento sendo colocado o nome do seu irmão que o acompanhava.

Dados do Paciente:

RG: 1.337.357 SSP-PI

CNS: 898003704890059

Teresina, 13 de março de 2016

Gabriela
Gabriela de Almeida Leitão
Assistente Social
CRESS 3262 - 22ª Região/PI

Assistente Social



RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada 48754, onde se lê:

Nome: ANTONIO MARQUES LIMA

Mãe: NÃO INFORMADO

Pai:

End. Resid.: RUA SANTO ANTONIO QUITERIO, S/N – SATELITE – TERESINA-PI

Nascimento: 13/03/2016

Leia-se:

Nome: MARCOS ANTONIO LIMA

Mãe: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA Pai: VALDEMAR VIANA LIMA

**End. Resid.: RUA MAURO ALMEIDA, 1540 VILA FIRMINO FILHO BAIRRO
SATÉLITE - TERESINA-PI**

Nascimento: 17/04/1969



Teresina (PI), 21 de setembro de 2016

Paula de Araújo Moura
Aux. Administrativo
Mat: 74735
UPARENASCENCA

Auxiliar Administrativo



Rua Rio Verde, 2810 – Renascença III.
Teresina-PI CEP 64062-110.
CNPJ 17.577.205/0015-32



86 3234 -7074



fht.uparenascenca@teresina.pi.gov.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 11:01:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811013698500000011740003>
Número do documento: 20100811013698500000011740003

Num. 12409261 - Pág. 37

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271601/18

Número do Sinistro: 3180341965

Vítima: MARCOS ANTONIO LIMA

CPF: 053.593.823-33

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/03/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 25/09/2018
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 11:01:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811013698500000011740003>
Número do documento: 20100811013698500000011740003

Num. 12409261 - Pág. 39