

Email - Alana Lima - Out | Controle de documentos | ... Sistema SAJ - Conveni | ... Sistema SAJ - Conveni | Consulta processos - Pro | 0801135-54.2020.8.18.0 | +

tpj.pje.jus.br/l/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=549038&ca=2e645b359172fe48d0abb4e0f90ad1... | 0801135-54.2020.8.18.0 | +

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

Pje ProceComCiv 0801135-54.2020.8.18.0028 | JOAO LUIS NUNES X GENTE SEGURADORA SA

13319711 - CONTESTAÇÃO (2762372 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/11/2020 08:46:58

24 Nov 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
13307002 - CONTESTAÇÃO
- 13319711 - CONTESTAÇÃO (2762372 CONTESTACAO 01)
- 13319714 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 13319718 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuração compressed web)
- 13319719 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
- 13319720 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10
2762372- C3/ 2020-04022/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOCADOS ASSOCIADOS
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANÓ/PI



Número: **0801135-54.2020.8.18.0028**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Floriano**

Última distribuição : **22/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

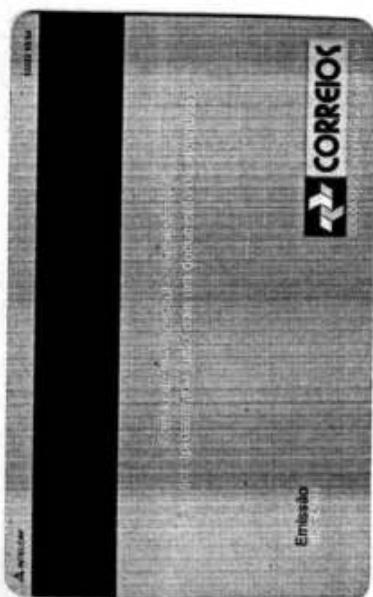
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO LUIS NUNES (AUTOR)	THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO)
GENTE SEGURADORA SA (REU)	

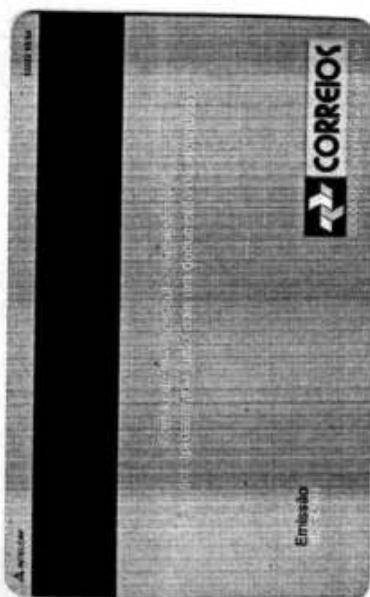
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
13319 714	24/11/2020 08:46	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112408465771300000012597933>
Número do documento: 20112408465771300000012597933

Num. 13319714 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112408465771300000012597933>
Número do documento: 20112408465771300000012597933

Num. 13319714 - Pág. 3



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

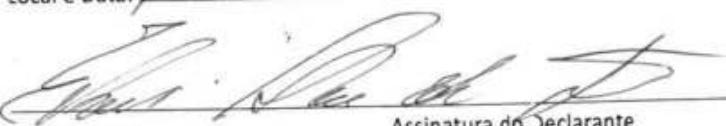
¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE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

Pelo exposto, eu EDNAN SOARES Coutinho
inscrito (a) no CPF/CNPJ 748.086.807 ,00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Túlio Luis Nunes inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.931.853 ,85.
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Túlio Luis Nunes
inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.931.853 ,85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

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

Endereço:	Número:	Complemento:
<u>Rua Julia Soares</u>	<u>891</u>	<u>apto</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>JBRETA</u>	<u>FLORESTA</u>	<u>PIAUÍ</u>
E-mail:	<u>mezinho_seguros@hotmail.com</u>	
		<u>CEP: 69806-405</u>
		<u>Tel.(DDD): 89199423 5886</u>

Local e Data: Floriano - PI 17-01-20


Assinatura do Declarante



AGESPISA
Águas e Esgotos do Piauí S/A

Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

MATRÍCULA	Hidrômetro	Referência																																																																																										
2349863-3	A04N236779	DEZ/2019																																																																																										
Nome/Razão Social/Endereço EDHAR ALVES DOS SANTOS RUA JULIA SOARES, 291A TIBERÃO FLORIANÓ 64806405																																																																																												
AG= 80																																																																																												
Situação Água/Esgoto 3/1	Categorias de Uso Res. 1 Com. Ind. Pub.	Inscrição 41 8 01 0165 0205-000																																																																																										
Período do Consumo 30/11/2019 03/01/2020 Dias Consumo 34																																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Letra</th> <th>Cessante</th> <th>Open:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>06/19</td><td>2301</td><td>16</td><td>25</td></tr> <tr><td>07/19</td><td>2317</td><td>16</td><td>21</td></tr> <tr><td>08/19</td><td>2333</td><td>16</td><td>2</td></tr> <tr><td>09/19</td><td>2349</td><td>16</td><td>25</td></tr> <tr><td>10/19</td><td>2365</td><td>16</td><td>2</td></tr> <tr><td>11/19</td><td>2381</td><td>16</td><td>25</td></tr> <tr><td>12/19</td><td>2397</td><td>16</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Histórico do Consumo</th> <th colspan="3">Forma de Faturamento</th> </tr> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Letra</th> <th>Cessante</th> <th colspan="3">2-HIDROMETRO DANIFICADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>06/19</td><td>2301</td><td>16</td><td colspan="3">907973590</td></tr> <tr><td>07/19</td><td>2317</td><td>16</td><td colspan="3">01</td></tr> <tr><td>08/19</td><td>2333</td><td>16</td><td>Gessante Médio</td><td>Cess. Fluo Água</td><td>Cess. Fluo Esgoto</td></tr> <tr><td>09/19</td><td>2349</td><td>16</td><td>16</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10/19</td><td>2365</td><td>16</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11/19</td><td>2381</td><td>16</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12/19</td><td>2397</td><td>16</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Consumo</th> <th>Consumo Faturado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>16</td><td>16</td></tr> </tbody> </table>			Mês/Ano	Letra	Cessante	Open:	06/19	2301	16	25	07/19	2317	16	21	08/19	2333	16	2	09/19	2349	16	25	10/19	2365	16	2	11/19	2381	16	25	12/19	2397	16	2	Histórico do Consumo			Forma de Faturamento			Mês/Ano	Letra	Cessante	2-HIDROMETRO DANIFICADO			06/19	2301	16	907973590			07/19	2317	16	01			08/19	2333	16	Gessante Médio	Cess. Fluo Água	Cess. Fluo Esgoto	09/19	2349	16	16			10/19	2365	16				11/19	2381	16				12/19	2397	16				Consumo	Consumo Faturado	16	16
Mês/Ano	Letra	Cessante	Open:																																																																																									
06/19	2301	16	25																																																																																									
07/19	2317	16	21																																																																																									
08/19	2333	16	2																																																																																									
09/19	2349	16	25																																																																																									
10/19	2365	16	2																																																																																									
11/19	2381	16	25																																																																																									
12/19	2397	16	2																																																																																									
Histórico do Consumo			Forma de Faturamento																																																																																									
Mês/Ano	Letra	Cessante	2-HIDROMETRO DANIFICADO																																																																																									
06/19	2301	16	907973590																																																																																									
07/19	2317	16	01																																																																																									
08/19	2333	16	Gessante Médio	Cess. Fluo Água	Cess. Fluo Esgoto																																																																																							
09/19	2349	16	16																																																																																									
10/19	2365	16																																																																																										
11/19	2381	16																																																																																										
12/19	2397	16																																																																																										
Consumo	Consumo Faturado																																																																																											
16	16																																																																																											
DESCRIPÇÃO DA FATURA																																																																																												
Cod. ÁGUA	Nome do Serviço MANUTENCAO HIDROMETRO	Total a Pagar (R\$) 66,47 2,35																																																																																										

VENCIMENTO 09/01/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 66,82
AVISO DE DEBITO! CONTAS: 2 VALOR: R\$144,09
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2934/2011-MSC

Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Ferro	Colif. Total	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	4,0-9,5	0,3	Asente	Asente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,09	1,03	7,02		0,00	0,00	

RESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMPRENTAMENTE.

Manutenção
A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL

AGESPISA
Águas e Esgotos do Piauí S/A
Atendimento ao Consumidor 0800 86 8888

MATRÍCULA	Hidrômetro	Referência
2349863-3	A04N236779	DEZ/2019
VENCIMENTO 09/01/2020	TOTAL A PAGAR (R\$) 66,82	
82610000000-7 68820001822-6 34986331220-4 19000000001-7		



Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!!

SEU CÓDIGO
0706265-6

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 08/98

CONTA MÊS	VENCIMENTO*	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	24/12/2019	274	292,49

EDINAR ALVES DOS SANTOS
R. PROJETADA 291 TIBERAO 291-A - B-URBANO
CPF: 00074308680300
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

ROT: 196.800.13.15.042300

DADOS DA LEITURA	xwh	DATAS DA LEITURA
Atual:	2864	17/12/2019
Anterior:	2590	Atual: 19/11/2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Anterior: 16/01/2020
Consumo Medido:	274	Próxima Leitura: 16/12/2019
Consumo Faturado:	274	Emissão: 17/12/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Apresentação: 28
		Dias de Consumo: 28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2192262		1.1.1.1	291

HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
NOV/19 645	CONSUMO 274 A R\$ 0,914371 = 250,53
OUT/19 437	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COÓIP) 12,00
SET/19 451	CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00 2,17
AGO/19 305	MULTA POR ATRASO (2X) 20,73
JUL/19 291	JUROS POR ATRASO (2X) 7,06
JUN/19 282	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,22
MAI/19 179	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 4,47
ABR/19 171	
MAR/19 191	
FEV/19 192	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 274 - 0,639942	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 16/12/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, sempre com aviso prévio por meio dos mesmos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 3980.25BF.64FA.BDCA.BCFB.6778.D860.C063

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	51,27	Base de Cálculo:	250,53 182,89
Energia:	99,09	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	16,76	Valor do ICMS:	67,64
Encargos:	8,20	Valor do PIS:	0,73% 1,35
Tributos:	75,21	Valor do COFINS:	3,40% 6,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DMC		FIC		DMIC		DICRI	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54
Realizado	0,00			0,00		0,00	
Conjunto FLORIANO				Período de aprovação:	10/2019	ano:	154,74

ROT: 196.800.13.15.042300

SEU CÓDIGO
0706265-6

TOTAL A PAGAR - R\$
292,49

MÊS FATURADO
12/2019

VENCIMENTO
24/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 31516991 FCAM*

83660000002 7 92490017000 3 00000000706 2 26561219008 1





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0696930-5

Nº da Nota Fiscal 022794803

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOV /2019	14/11/2019	64	40,45

MIGUEL CÉZARIO C CAVALCANTE CONJ SALINAS
CJ MARTINS MENDES DE CARVALHO 3 Q-09 B-RURAL

CPF: 000000000000000

DADOS DA LEITURA

CEP: 64.550-000 - SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ

Atual:

DATAS DA LEITURA

Atual:





Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!!

SEU CÓDIGO
0706265-6

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 08/98

CONTA MÊS	VENCIMENTO*	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	24/12/2019	274	292,49

EDINAR ALVES DOS SANTOS
R. PROJETADA 291 TIBERAO 291-A - B-URBANO
CPF: 00074308680300
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

ROT: 196.800.13.15.042300

DADOS DA LEITURA	xwh	DATAS DA LEITURA
Atual:	2864	17/12/2019
Anterior:	2590	Atual: 19/11/2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Anterior: 16/01/2020
Consumo Medido:	274	Próxima Leitura: 16/12/2019
Consumo Faturado:	274	Emissão: 17/12/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Apresentação: 28
		Dias de Consumo: 28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2192262		1.1.1.1	291

HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
NOV/19 645	CONSUMO 274 A R\$ 0,914371 = 250,53
OUT/19 437	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COÓIP) 12,00
SET/19 451	CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00 2,17
AGO/19 305	MULTA POR ATRASO (2X) 20,73
JUL/19 291	JUROS POR ATRASO (2X) 7,06
JUN/19 282	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,22
MAI/19 179	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 4,47
ABR/19 171	
MAR/19 191	
FEV/19 192	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 274 - 0,639942	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 16/12/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, sempre com aviso prévio por meio dos mesmos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 3980.25BF.64FA.BDCA.BCFB.6778.D860.C063

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	51,27	Base de Cálculo:	250,53 182,89
Energia:	99,09	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	16,76	Valor do ICMS:	67,64
Encargos:	8,20	Valor do PIS:	0,73% 1,35
Tributos:	75,21	Valor do COFINS:	3,40% 6,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DMC		FIC		DMIC		DICRI	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54
Realizado	0,00			0,00		0,00	
Conjunto FLORIANO				Período de aprovação:	10/2019	ano:	154,74

ROT: 196.800.13.15.042300

SEU CÓDIGO
0706265-6

TOTAL A PAGAR - R\$
292,49

MÊS FATURADO
12/2019

VENCIMENTO
24/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 31516991 FCAM*

83660000002 7 92490017000 3 00000000706 2 26561219008 1





SAMU ESTADUAL
REGISTRO DE OCORRÊNCIA



SAMU

192

USB 04

DATA: 28/05/19

AMBULÂNCIA ACIONADA:

BR 230

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

NUNES

NOME DO PACIENTE:

JOÃO VITÓRIO NUNES

SEXO: M 18.40

IDADE: 59

SAÍDA DO P.A.

19:46

CHEGADA AO LOCAL

20:27

SAÍDA DO LOCAL

19:46

CHEGADA AO HOSPITAL

20:27

SAÍDA DO HOSPITAL

CHEGADA DO P.A.

- | | | |
|--|--|--|
| 01- <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO | 08- <input type="checkbox"/> QUEDA | 15- <input type="checkbox"/> NÃO REMOVIDO |
| 02- <input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA | 09- <input type="checkbox"/> URGÊNCIA CLÍNICA ADULTA | 16- <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA |
| 03- <input type="checkbox"/> URGÊNCIA PSQUIÁTRICA | 10- <input type="checkbox"/> URGÊNCIA CLÍNICA PEDIATRICA | 17- <input type="checkbox"/> REMOÇÃO ANTECIPADA |
| 04- <input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO | 11- <input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE TRANSPORTE | 18- <input type="checkbox"/> EVADIU-SE DO LOCAL |
| 05- <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO | 12- <input type="checkbox"/> ÓBITO ANTES DO SOCORRO | 19- <input type="checkbox"/> URGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 06- <input type="checkbox"/> QUEIMADURAS | 13- <input type="checkbox"/> TROTE | 20- <input type="checkbox"/> OUTROS |
| 07- <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO | 14- <input type="checkbox"/> REMOÇÃO ANTECIPADA | 21- <input type="checkbox"/> JÁ REMOVIDO |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA

RESponde a comando

RESponde a dor

SEM RESPOSTA

PULSO RADIAL:

FORTE

SANGRAMENTO:

AUSENTE

FRACO

MÍNIMO

AUSENTE

MODERADO

INTENSO

TEMPERATURA

OBSERVAÇÕES: Paciente sofreu queda de madeira com escoriações em M.S.D.C e M.I.D. suspeita de fratura em MID

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO | <input checked="" type="checkbox"/> PRANCHA LONGA | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> OXIGÊNIO | <input type="checkbox"/> PRANCHA CURTA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR | <input type="checkbox"/> KED | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CURATIVOS | <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES | <input type="checkbox"/> ASSIST. OBSTÉTRICA | <input type="checkbox"/> |

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MELHORADO | <input type="checkbox"/> ÓBITO |
| <input type="checkbox"/> PIORADO | <input type="checkbox"/> ANTES DO SOCORRO |
| <input type="checkbox"/> INALTERADO | <input type="checkbox"/> ANTES DO TRANSPORTE |
| | <input type="checkbox"/> NO TRANSPORTE |

HOSPITAL DE DESTINO

Franca

Assinatura

ÓBITO

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ANTES DO SOCORRO |
| <input type="checkbox"/> ANTES DO TRANSPORTE |
| <input type="checkbox"/> NO TRANSPORTE |

Assinatura





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

456 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 202746.000076/2019-54

Unidade de Registro: 4º DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Ivan Monteiro De Carvalho

Data/Hora: 20/09/2019 - 09:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ

28/05/2019 - 19:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

EM SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

PRÓXIMO A ENTRADA DE SÃO FRANCISCO

573844.

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOÃO LUIS NUNES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1.165.126 SSP PI

Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA

Pal: JOSÉ MARIA NUNES

Endereço: CONJUNTO MARTINS MENDES DE CARVALHO, Nº S/Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9442-3148

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA NXR150 BROS ES

2010 NIF4455 9C2KD0510AR016627

208701958

Preta

Condutor: ERASMILDO DE SOUSA BARBOSA

End: CONJUNTO MARTINS MENDES Número: S/Nº Complemento:

Cidade: SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: ERASMILDO DE SOUSA BARBOSA

End: CONJUNTO MARTINS MENDES Número: SN

Cidade: SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ UF: Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA o noticiante que, por volta das 19:00 do dia 28/05/2019, trafegava sentido SÃO FRANCISCO-PI a NAZARÉ-PI, de carona com seu amigo ERASMILDO (proprietário e condutor do veículo), QUE próximo a entrada de SÃO FRANCISCO, colidiram com um animal (jumento),QUE em decorrência da batida o noticiante fraturou o tornozelo direito, QUE foi socorrido pelo SAMU, QUE imediatamente foi encaminhado para o HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES EM FLORIANO-PI, QUE ficou 8 dias internado, QUE foi submetido a procedimento cirúrgico as 18:00 do dia 04/06/2019.

Luzardo Ferreira Dos Santos - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

JOÃO LUIS NUNES - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Reiko Leal Parába
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS	Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:					
	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE				
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:				
200931853-85 JOSÉ LUIS NUNES						
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012						
5 - Nome completo:	6 - CPF:					
JOSÉ LUIS NUNES	200.931.853-85					
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:				
Lavrador	CONJ. MARIAZINHA MENDES Q. 09.C.	03				
10 - Complemento:	CASA					
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:				
MUNICÍPIO	EST. FORNECIMENTO DO PAU	11				
14 - CEP:	09550-000					
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (180) 999235886					
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR						
17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:					
19 - Profissão do Representante Legal:						
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).						
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:						
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00						
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)						
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)						
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)						
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>				
(Informar o dígito se existir)						
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.						
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE						
INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.</p> <p>Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.</p>					
	<input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.</p> <p>Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.</p>					
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE						
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nasceu (vivas/nascidas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<p>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.</p>						
NÃO ALFABETIZADO	34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)			
			<input type="text"/> <input type="text"/>			
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				
40 - Local e Data, <i>FLORES - PR 17-01-20</i>		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>José Luis Nunes</i>				
Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)				

Assinatura do Representante Legal (se houver)

.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **000931853-85** 3 - CPF da vítima: **000.931.853-85** 4 - Nome completo da vítima: **JOÃO LUIZ NUNES**

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

5 - Nome completo: **JOÃO LUIZ NUNES** 6 - CPF: **000.931.853-85**
 7 - Profissão: **Lavrador** 8 - Endereço: **CONJ. ALFREDO MENDES Q. 09-C-03** 9 - Número: **03** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **MUNICÍPIO** 12 - Cidade: **SAO FRANCISCO DO PARANÁ** 13 - Estado: **PR** 14 - CEP: **64550-000**
 15 - E-mail: **189 9991235886**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **071** CONTA: **06397** (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **071** CONTA: **06397** (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO
 34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Florianópolis - SC 17-01-20**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Eduardo Coutinho
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

- Assinatura do Representante Legal (se houver)

5.001 V002/2019



FIRST DATA DO BRASIL
NSU FDB-OM: 001316100505 NS: 06528854

Data: 18/01/2020 Hora de Brasilia: 15:51

Deposito em Conta Corrente

Favorecido

Banco : 237

Agencia: 00971 - FLORIANO

Conta : 0000000026397-4

Nome : JOAO LUIS NUNES

Depositante : O PROPRIO

FAVORECIDO

Valor em dinheiro :

Valor em reais :

10,00
0,00





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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200036430 Vítima: JOAO LUIS NUNES

Data do Acidente: 28/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO LUIS NUNES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOAO LUIS NUNES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000971-7

Conta: 0000026397-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200036430 Vítima: JOAO LUIS NUNES

Data do Acidente: 28/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO LUIS NUNES

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, contados 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 15410955

Pag. 00951/00952 - carta_01 - INVALIDEZ



00040476



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112408465771300000012597933>
Número do documento: 20112408465771300000012597933

Num. 13319714 - Pág. 15

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO LUIS NUNES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00971-7

CONTA: 000000026397-4

Nr. Autenticação
BRADESCO110220200500000000023700971000000026397168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112408465771300000012597933>
Número do documento: 20112408465771300000012597933

Num. 13319714 - Pág. 16

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030785/20

Vítima: JOAO LUIS NUNES

CPF: 020.931.853-85

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/05/2019

Titular do CPF: JOAO LUIS NUNES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

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

JOAO LUIS NUNES : 020.931.853-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112408465771300000012597933>
Número do documento: 20112408465771300000012597933

Num. 13319714 - Pág. 17

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: JOÃO LUIS NUNES Est. Civil: SOLTEIRO
Nacionalidade: Brasileiro Profissão: Lavrador
Identidade: 1165.136 CPF: 020.931.853-85
Endereço: Conselho Martinho Mendes Carvalho 3-0-09

PROCURADOR:

Nome: **Edimar Alves dos Santos**
Nacionalidade: **Brasileiro** Est. Civil: **Autônomo**
Profissão: **Autônomo**
Identidade: **1.585.662 SSP - PI** CPF: **748.086.803-00**
Endereço: **Rua Julia Soares nº 291 Floriano - PI**

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sinceres, e Corretores), para fins específico de dar entrada no meu seguro DPVAT de **(INVALIDEZ PERMANENTE e DAMS)**, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Local e data


João Luis Nunes

Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Rua Fernando Marques, 619 - Centro
Floriano-PI - CEP 64800-000
Fone: (88) 3522-2527 - E-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO LUIS NUNES. DOU
FE. EM TEST. Assinatura DA VERDADE. FLORIANO-PI, 16/01/2020.
Salto: AAR68754-77WF www.tjpi.jus.br/portalextra

Osvaldo Emílio Aires Miranda do Nascimento-Escrivente
OSVALDO EMÍLIO AIRES MIRANDA DO NASCIMENTO-ESCREVENTE
Endo:3,85 TJ:0,77 FIMDP/PI:0,10 Selos:0,26 Total:4,98 - OP:2
PROCURAÇÃO PARTICULAR



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030785/20

Número do Sinistro: 3200036430

Vítima: JOAO LUIS NUNES

Data do acidente: 28/05/2019

CPF: 020.931.853-85

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO LUIS NUNES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112408465771300000012597933>
Número do documento: 20112408465771300000012597933

Num. 13319714 - Pág. 19



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES

2365146

4 - CNES

2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOAO LUIZ NUNES

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

209955673180002

10 - NOME DA MÃE

MARIA PEREIRA DA SILVA NUNES

12 - ENDEREÇO

MARTINS MENMDES DE CARVALHO, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SAO FRANCISCO DO PIAUÍ

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/04/1963

Masc. X 1

Fem. 2

9 - SEXO

() -

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2209708

15 - UF

PI

16 - CEP

64550-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sociente vítima de acidente de estrada com fratura de esfero lotus à R

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Verdade de TTO Lawyer
Acum + Fractura + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/05/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia

CRM 3916 TECF 13125

36 - CNPJ DA SEGURADORA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

37 - N° DO BILHÉM

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

38 - CNPJ EMPRESA

CONFIRMO ORIGINAL

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

39 - CNPJ EMPRESA

DATA 10/07/2019

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

ANIN

DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANÓPOLIS

Atendimento	1074805
Data:	28/05/2019
Hora:	21:06

DINEYANNE

BOLETIM DE ADMISSÃO

194170 - JOAO LUIZ NUNES

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 26/04/1963 - 56 ANOS, 1 MÊS, 2 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: E01- EXTRAS Leito: EX20 Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO Médico: 3918 - CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

CPF: 020.931.853-85 RG: C/N: SIS Prenatal:

Endereço: MARTINS MENDES DE CARVALHO, N° 0 - CEP: 64550-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2209708- SAO FRANCISCO DO Profissão: LAVRADOR Telefone: (89) 9941-91422

Pai: JOSE MARIA NUNES Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA NUNES

Responsável: JOAO LUIZ NUNES - (89) 9941-91422 - O MESMO

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Lia de Acompanhante:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Resultado	Adm.: ___ / ___ / ___	Alta: ___ / ___ / ___
		<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Removido <input type="checkbox"/> -48 Horas		
		<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Pedido <input type="checkbox"/> +48 Horas		
		<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Obito		
		<input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Indisciplina		
		Transferido		

História Clínica

(Handwritten note: Rx d TDM com D + lesões ligeiras de fraco)

Diagnóstico Provável

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
DATA: 12/07/2019
ASSIN.

Dr. Alexandre Magno
CRM-SC 320 / CRP-SC 4462
CENTRO DE TRAUMATOLOGIA
CELESTINO ANTONIO MENDES COIMBRA



Evolução Clínica

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANÓPOLIS
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 12/07/2019
ASSINATURA





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N
MANGUINHA - FLORIANÓ / PI - CEP: 64800-000
Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323
BOLETIM CIRURGICO

1074805 - JOAO LUIZ NUNES

Data: 28/05/2019

Diag. Cirúrgico: Frx de Malvois letal d tbro + Com agmunt de hiof

Cirurgia: Ostrembo i Reuniao d ligadu de hiof

Descrição da Cirurgia: Pto - Osteo fix Ante

Forante

Apo d esp

men oclut e mord

Lme - Boctue ent + pse oplo opz
hom jnt

Alexandre Magno
CRM: 39207
TOPODIA E TRAUMATOLOGIA

Cirurgião: _____

Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

Anestesista: _____

Anestesia:

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RAQUI | <input type="checkbox"/> GERAL |
| <input type="checkbox"/> CAUDAL | <input type="checkbox"/> TRONCULAR |

OUTRAS: _____

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ - PIAUÍ
CONFIRA COM O ORIGINAL
DATA: 12/07/2019
ASSIN.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES/FLORIANO-PI
RUA GABRIEL FERREIRA S/N- BAIRRO MANGUINHA FLORIANO – PI

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU _____
RESIDENTE _____ E DOMICILIADO _____ À
RUA _____ IDENTIDADE _____
Nº _____ RESPONSÁVEL _____ PELO _____ PACIENTE _____
ABAIXO ASSINADO DECLARO:

() AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA, APÓS SER INFORMADO SOBRE A NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO, BENEFÍCIOS E POSSIVEIS RISCOS.

() AUTORIZO EM CASO DE INDICAÇÃO MEDICA, A AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S) DO PACIENTE, ASSIM COMO A DESTINAÇÃO FINAL DO MEMBRO AMPUTADO SOB A RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL. MEMBRO _____

() NÃO ACEITO A REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO, ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELO MEU ATO E ESTENDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.

() NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL, MESMO ESTENDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO.

() NÃO AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR MESMO COM DETERMINAÇÃO/ENCAMINHAMENTO MÉDICO E CIENTE DOS RISCOS QUE PODEM COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE COM ESTE ATO.

() ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE, PARA RETIRAR O PACIENTE ANTES DA ALTA HOSPITALAR, MESMO SABENDO QUE O MEU ATO PODE COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE.

(&) AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA _____ ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.

PACIENTE: _____

RESPONSÁVEL: _____ Jonas Batista dos Reis

TESTEMUNHA: _____

FLORIANO, 04 DE julho DE 20 19

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 16/07/2019
ASSIN. [Signature]





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO-OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: joao lucy menezes Reg. Same: 194170
 Cirurgia: extirpação de Tumor do "D" Sala: 05
 Cirurgião: Dra. Alexandra Auxiliar: de oliveira
 Instrumentador: Lindorival Circulante: marcelo peregrino
 Data: 04/06/19 Início: 18:00 Término: _____ Durada: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	PUNTO	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA	<i>Dimenox</i>	01amp		
	ALBUMINA HUMANA	<i>Purificacina</i>	01amp		
03	ATROPINA				
04	AGUA DESTILADA		05amp		
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLIRIO				
11	CEFALOTINA 1g		02 Frascos		
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL		01amp		
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOSORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOMÉ ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		02 Frascos		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL	HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES TIBÚRIO NUNES			
41	VALIUM				

CONFECÇÃO ORIGINAL
DATA: 12/06/2014
ASSIN.



CATÁLOGO DE MATERIAIS MÉDICOS	
07 CO2	04 unid
08 CREPON	04 unid
09 COTONETES	
10 DRENO PENROSE	
11 DRENO T	
12 EQUIPO PARA SORO	01 unid
13 EQUIPO MICRO GOTAS	
14 EQUIPO PARA TRANSFUSÃO	
15 ESPARADRAPO	100un
16 GASES	06 pacotes
17 GESSO	
18 KIT TORÁCICO	
19 LUVA ESTERIL	05 pares
20 LUVA DE PROCEDIMENTOS	05 pares
21 LÂMINA DE BISTURI N° 15	
22 LÂMINA DE BISTURI N° 24	02 unid
23 LENTE INTRACOCCULAR	
24 MÁSCARAS	05 unid
25 OXIGÉNIO	
26 POVIDINI TÓPICO	
27 POVIDINI DEGERMANTE	60ml
28 POLIFIX	
29 SERINGA DESCARTAVEL 1mm	
30 SERINGA DESCARTAVEL 3mm	
31 SERINGA DESCARTAVEL 5mm	01 unid
32 SERINGA DESCARTAVEL 10mm	01 unid
33 SERINGA DESCARTAVEL 20mm	01 unid
34 SERINGA DE INSULINA	
35 SONDA FOLEY N°	
36 SONDA NASAL PARA OXIGENIOTERAPIA	
37 SONDA NASOGASTRICA N°	
38 SONDA RETAL N°	
39 ESCALP N°	
40 SURGICAL	
41 GELCIO	
42 USO DE ASPIRADOR DE SECREÇÃO SIM () NAO (x)	
43 USO DE BISTURI ELETRICO SIM () NAO (x)	
RECURSOS TERAPÉUTICOS	
01 SANGUE	
02 PLASMA	
03	
FIOS	
01 CROMADO COM AGULHA N°	11 VICRYL 8
02 CROMADO S/AGULHA	12 CERA P/ OSO
03 FIO DE ALGODÃO	13 FITA CARDÍACA
04 FIO DE SEDA	fermes 05 unid
05 KIT OFTALMOLÓGICO	PROLENE 12/0
06 LIG CLIPS	Xao - xao 03 pares
07 MONONYLON N° 2-0 03 unid	Chicota regevante 01 unid
08 PROLENE N°	
09 AGULHA PARA RAQUI	04 unid
10 VICRYL 0 0-0 02 unid	

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA -
CHECK LIST PRE-OPERATÓRIO

Nome do Cliente: José Antônio

Data de nascimento: 26/10/63

Prontuário: 19.4140

Enf/ Leito: D5

Procedimento Cirúrgico:

Pulseira de identificação: () Sim () Não Horário SSVV: 17:00h T: 36,6°C FC: bpm FR: 18pm PA: 120x70 mmHg

Glicemia Capilar: 241 mg/dl Acesso Venoso: () Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dígitos) 16/00/04/06/19

SNG () Drenos (especificar):

Jejum () Sim () Não A partir das: 06:00h

Avaliação Pré-Anestésica: () Sim () Não Avaliação Cardiológica: () Sim () Não Utiliza Anticoagulante: () Sim () Não Último horário.

Sítio Cirúrgico Demarcado: () Sim () Não Adomos Retirados: () Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: () Sim - Retirada () Não

Higienizado: () Sim () Não Tricotomia: () Sim () Não Camisola, gorro e pro-pés: () Sim () Não

Alergias: () Sim Qual: () Não Exames essenciais disponíveis: () Sim () Não

Antimicrobiano Profilático: () Sim () Não Hora do Encaminhamento ao CC:

OBSERVAÇÕES:

Assinatura e carimbo: Karen Nogueira
ENFERMEIRO

Dr. Duarte S. Lima
Médico Internista
CONSUL 31 6611-6612

TÉCNICO EM ENFERMAGEM



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURO - CHECK LIST

Nome: Genivaldo Lus **Cunha**

Procedimento: estomacoscopia

Cirurgião: Dr. Alexandre

Auxiliar: Dr. celso

Instrumentador: Genivaldo

Enfermeiro: Genivaldo

Anestesista: Genivaldo

Circulante: Genivaldo

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		IDENTIFICAÇÃO DO CIRURGIO		PREVENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS	
Identificação de forma verbal junto ao paciente (Identidade, local cirúrgico, procedimento e consentimento):	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Confirmar nome realizado:	<input checked="" type="checkbox"/> P.A. 10x 58 mm SpO2: 98%
Demarcação: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () Não se aplica		Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: identificação do cliente; Sílio cirúrgico		Número de comp	Procedimento a ser realizado:
Verificação do equipamento de anestesia e monitorização, pelo anestesiologista:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual o tempo previsto para cirurgia?	P: 60	Sutura:	Coflagem dos in
P: 10x 58 mm SpO2: 98%		Alguma preocupaçao específica relacionada ao paciente?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	corretos ao término	<input checked="" type="checkbox"/>
Via de acesso difícil ou risco de aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Preparo da pele?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	- Peças anatômica	
Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionários?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Confirma esterilização dos materiais (verificados indicadores)?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	acopladas:	
Risco de perda sanguínea > 500ml? Reserva sanguínea?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Equipamentos e instrumentais revisados?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	preenchida?	
Acesso venoso adequado e período?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	P: 10x 58 mm SpO2: 98%		Algun problema	
Conselimento anestésico e cirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			ser resolvido?	

ENFERMEIRO

Genivaldo Lus Cunha

TEC. EM ENFERMAGEM

CIRURGIAO

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
 Hospital Regional "Tibério Nunes"
 Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <i>geno luiz Nunes</i>		Leito:		Registro: <i>194170</i>			
Enf.:						Apto.:	
Data <i>4/6/19</i>	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura	
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hemotórito	Glicemia	Dos. Uréia	
Exame de Urina							
Função Respiratória							
Sistema Circulatório				Eletrocardiograma			
Sistema Respiratório				Assina	Bronquite		
Sistema Digestivo			Sistema Urinário				
Estado Mental			Corticóides	Ataráxicos	Outros		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura Tarsalgica</i>			Risco				
Pré-Medicação (Agentes e Doses)			Aplicado As:		Efeitos:		
Agentes Anestésicos	Oxigênio 1 2 3					TOTAL DE DOSES <i>cafaezolna 0</i>	
LÍQUIDO	Sólido 500 400 Sangue 300 200 Outros 100					<i>7</i>	
Temperatura T°	C 260 240 220					SEQUÊNCIA	
P. Arterial	<i>100</i>					1	
V	38	180					2
A	36	160					3
Pulso	34	150					4
Início e Fim Anestesia X	32	140					5
Início e Fim Operação	30	120					6
Respiração O	28	100					7
SÍMBOLO	26	80					8
	24	60					9
	22	40					10
	20	20					11
	18	10					12
							13
							14
							15
Técnica: <i>RAQUIANESTESIA</i>			DURAÇÃO <i>60</i>				
Operação: <i>OSTEOSSÍNTESE TARSALGICA</i>			Incidentes - Acidentes <i>NFU 17/06</i>				
Cirurgiões: <i>ACCRANARE</i>			Glicocídios pós-oper. imediata <i>MANITAS</i>				
Anestesiologistas:			<i>Dr. Lívio Lima Herde</i> Médico Anestesiologista CRM-PI				





SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME 1317
Est.: 19.472.999-0

AMT: 11-664-118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

J. 11.664.118/0001-30 INSC. ESTAT. 100
C. Mazzalbano Filho 175 / Centro Norte

CNPJ: 01.1111-1
Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte
Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com
Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM (x3,5 - ~~para download~~)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME	João Luiz Nunes	
Nº AIH	10	
Nº PRONTUÁRIO	94170	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:	Distecintese de Tumozelo "D"	
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME		
CRM Nº		
DATA INTERNAÇÃO	28/05/2019	
DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL		
04/06/2019		
MATERIAL UTILIZADO		
ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)		
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	
	01	Placa semi-tubular nº 06 Euro
	01	Parafuso Vertical nº K
	02	Parafuso Vertical nº 16
	01	Parafuso Vertical nº 20
DADOS DO FORNECEDOR		
EMPRESA:	CNPJ Nº	
ENDERECO:		
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM 04/06/19	EM 04/06/19	
<i>Dr. Alexandre Magno</i> CRM-PI: 4462 Medico Responsável (Assinatura e carimbo)	<i>[Carimbo]</i> Assinável pela autorização (Assinatura e carimbo)	

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1^a via - Prontuário, 2^a via - Fornecedor.



Tibério Nunes

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente	José Luiz Nunes	D.N.	26.04.63
Data	04/06/19	Admissão às	19:35
Alergia	Nenhum	Prontuário	194170
		Procedimento realizado	Intervenção de Ormogel

OS REFERENTES À ANESTESIA

ANESTESIA: () Geral; (x) Raqui; () Peridural; () Sedação; () Local; () Bloqueio- Tipo:

ESTELOGISTA: Dr. Tibério CIRURGÃO: Dr. Alexandre

TIPOS (HORÁRIO DE INÍCIO:)

	15'	15'	15'	15'	30'	30'	30'	30'
pa	132x52	132x52	133x52	132x52				
so	64 bpm	64 bpm	74 bpm	64				
O ₂	95%	95%	95%	94%				
BT								
x(0-10)								
s.Func.								

	INDICE DE ALDRETE E KROULIK	Valor	Adm.	50'	60'	120'	Observação
atividade motoria sob comando	Capaz de mover os membros	4	2				
	Capaz de mover 2 membros	2	1	3			
	Incapaz de mover os membros	0					
spí	Respira profundamente ou tosse livremente	2		2	2	1	
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apneia	0					
rculação	PA 20% do nível pré-anestésico	2		2	2	0	
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
nsciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2		2	2	2	
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
turação de rigênia	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2		2	2	2	
	Necessita de O ₂ para manter sat.O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
	TOTAL		03	03	30		
	ALTA às 20:35						
		Ass. Médico:					



Secretaria de Saúde do Estado do Rio
Sípital Regional "Tibério Nunes"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112408465771300000012597933>
Número do documento: 20112408465771300000012597933

Num. 13319714 - Pág. 32

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

NOME	ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
DATA		PREScriÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO	
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. THIATEL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSW + CCGG				
13 - 600mls de 60% na x/12h				



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPED/
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES	
DATA	HORÁRIO MEDICAÇÃO			
30 / 05 / 19				
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		08/05/2019		
04. CHAMADA 16 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CHAMADA 16 HORAS				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSW + CCGG				
13. Clozapina 4 - 01 amp IV 8/10hs				
14. Gentamicina 80mg - 03 amp + 10ml 50mL sv 12hs				



Dr. Ednán Soares Coutinho
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PI: 11021

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

NOME	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
		HORÁRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(18)	08	Qd 11.30 realizado	curativo - dedo	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	(18)	08		curativo, dedo	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	(18)	08			
06. TRAMAL 20MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (SIN)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 4X/DIA (sem reac)					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SIN)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
11. CURATIVO					
12. SSV + CCGG					
13 - Olho esquerdo 1g bi x 1x	12/12	06			
14 - Gengivite 80g - 1g + 50ml 5% / 200ml	12/12				

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

NOME PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPED/
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
DATA <u>01/06/11</u>				
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04-CEFAZOLINATO - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILAATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (SN)				
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 4X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCCG				
<i>10- Cefazolinato 1g b/8h 05- Tilaatil 20mg b/12h 05- Clexane 40mg b/4h 05- Plasil 1g b/8h 05- Captopril 25mg SL se PA > 160x110 mmhg</i>				

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
J. ODE LIES			HORÁRIO MEDICAÇÃO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA 02/06/19				
01. DIETA LIVRE	1406102	06	100 grama la sūs 1100	
02. JELCO HIDROLISADO	1206102	1806102	160 grama 1100	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	1206102	1806102	160 grama 1100	
04. CEFALOTINA 4G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	1206102	1806102	160 grama 1100	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	1206102	1806102	160 grama 1100	
06. THIATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/42 HORAS	1206102	1806102	160 grama 1100	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	1206102	1806102	160 grama 1100	
08. ELEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA	1206102	1806102	160 grama 1100	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)	1206102	1806102	160 grama 1100	
10. CAPTOPRIL 25 mg SI se PA > 160x110 mmhg	1206102	1806102	160 grama 1100	
11. CURATIVO	1206102	1806102	160 grama 1100	
12. SSW + CCGG	1206102	1806102	160 grama 1100	
Diproteline 1g 10 8987. Captopril 25 10 8987. Bebiflucose 500 10 8987.	1206102	1806102	160 grama 1100	

Dr. Condeguende P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CNPJ: 2512 7662 1248

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

NOME DATA	ALA PRESCRIÇÃO MÉDICA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES	
João Vans 03/06/15			09:30 realizado curativo ur - supíos já rebocada	
01. DIETA LIVRE				
02. JEL CO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. GEFALOTINA 4G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. FENATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. GLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCCG				
Cefazocina 1g iv 6/6 Cefazocina 1g iv 8/8				
Dr. Condega Dr. P. Filho Ortopedista Traumatologista Ótico 2572 AD: 7348				

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
João Luiz Ferreira	18	140		
DATA	04/06/18		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
01. DIETA LIVRE	06	06	# Fixo aduelo de HORÁRIO MEDICAÇÃO	Perigoso não
02. JELCO HIDROLISADO				to urin. desidratação
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				ja que é facon
04. CEFALOTIN 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. ÁLCOOL 20ML - 04 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CLOXAMOL 1G - 01 AMP 8C XADAR				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSW + CCGG				
13: Fagofolha 1g 5v 6/6h	18	24		
14: Goutamox 80mg - 03 amp 10ml				
15: Fosfato de ferro 1000mg 10ml				

DA 20:45h, pct 56g admindo
em poz. Osteomartite TUB^③,
várias de acentuadas.
presente de sete frax de braço
P.S., acompanhado do
primeiro. Nega alergia medicamentosa.
morbida. Segue no resto alter
funcionamento, sem queixas.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

**Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Capital Regional “Tibério Nunes”**

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58
<http://tpje.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=20112408465771300000012597933>
Número do documento: 20112408465771300000012597933

Num. 13319714 - Pág. 40

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036430 Cidade: São Francisco do Piauí Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOAO LUIS NUNES Data do acidente: 28/05/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.1,20(BAM) P.4(CIRURGIA) P.21(ALTA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112408465771300000012597933>
Número do documento: 20112408465771300000012597933

Num. 13319714 - Pág. 41

RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

- ASL-0030785/20

Vítima: JOAO LUIS NUNES

CPF: 020.931.853-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO LUIS NUNES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

JOAO LUIS NUNES : 020.931.853-85

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112408465771300000012597933>

Número do documento: 20112408465771300000012597933

Num. 13319714 - Pág. 42

RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

- ASL-0030785/20

Vítima: JOAO LUIS NUNES

CPF: 020.931.853-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO LUIS NUNES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

JOAO LUIS NUNES : 020.931.853-85

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112408465771300000012597933>

Número do documento: 20112408465771300000012597933

Num. 13319714 - Pág. 43

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036430 Cidade: São Francisco do Piauí Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOAO LUIS NUNES Data do acidente: 28/05/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.1,20(BAM) P.4(CIRURGIA) P.21(ALTA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112408465771300000012597933>
Número do documento: 20112408465771300000012597933

Num. 13319714 - Pág. 45