

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface. The main window displays a document titled "downloadBinario.seam" with the identifier "13847139 - CONTESTAÇÃO (2773302 CONTESTACAO 01)". The document is dated "17 Dec 2020". On the left, there is a sidebar with a tree view of the document structure, listing items such as "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO", "13847133 - CONTESTAÇÃO (2773302 CONTESTACAO 01)", "13847141 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)", "13847142 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)", "13847344 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)", and "13847346 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)". The right side of the document shows the header "JOÃO BARBOSA - ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the footer "Processo: 08278378920208180140". The browser's address bar shows the URL "tjpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=624166&ca=72be5ba1ed6dc680fa0332532ce15ac8743...". The taskbar at the bottom includes icons for Windows, Internet Explorer, Firefox, Google Chrome, and Microsoft Word.



Número: **0827837-89.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/11/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| SILVIO VALDINAR RIBEIRO (AUTOR) | JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|--|-------------------------|
| 13847 141 | 17/12/2020 15:27 | <u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |



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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200032243 Vítima: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

Data do Acidente: 05/10/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVIO VALDINAR RIBEIRO

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 n° 15398020



Page 01923/01924



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121715275888000000013095809>
Número do documento: 2012171527588800000013095809

Núm. 13847141 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200032243 Vítima: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

Data do Acidente: 05/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILVIO VALDINAR RIBEIRO

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 dos cotovelos

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: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000097061-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200032243 Vítima: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

Data do Acidente: 05/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SILVIO VALDINAR RIBEIRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00497/00498 - carta_02 - INVALIDEZ



00100249

Carta nº 15530904



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121715275888000000013095809>
Número do documento: 20121715275888000000013095809

Num. 13847141 - Pág. 3



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

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200032243 Vítima: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

Data do Acidente: 05/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVIO VALDINAR RIBEIRO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00249/00250 - carta_09 - INVALIDEZ



00030125

Carta nº 15562421



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121715275888000000013095809>
Número do documento: 20121715275888000000013095809

Num. 13847141 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

015.545.692-06 Silviano Valdinar Ribeiro

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Silviano Valdinar Ribeiro
Ribeiro G. Pauape. Pueru SN
Pauape. Pueru
15 - E-mail:

6 - CPF:

015.545.692-06

9 - Número:

02 0101.137

10 - Complemento:

PI 64.025.490

16 - Tel (DDD):

(86) 9901-29591

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

7 - Profissão:

Ribeiro

8 - Endereço:

G. Pauape. Pueru SN

12 - Cidade:

Tucuruí

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.025.490

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0987

CONTA:

91970

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascer

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim Não

pais/avós vivos?

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

34

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, Tucuruí - PI 05.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Keyilly Lacerda Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

NAO ALFABETIZADO



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003889/2019-63

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
Data/Hora: 09/10/2019 - 14:02

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

05/10/2019 - 21:35

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

PARQUE PIAUÍ

Endereço

AV. W SALMITO, Nº:

Ponto de Referência**Complemento**

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

RG: 000701488

Mãe: LAURA CELESTINA DA SILVA

Endereço: QUADRA 137, CASA 02, CON. PARQUE PIAUÍ, Nº

Bairro: PARQUE PIAUÍ

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9408-6646

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A PÉ A CITADA AVENIDA, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, QUE A VITIMA FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT. PRONTUÁRIO 524879. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POL'

+ Silvio Valdinar Ribeiro

SILVIO VALDINAR RIBEIRO - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parabó
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

015.545.692-06 Silviano Valdinar Ribeiro

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

13 - Estado:

6 - CPF:

9 - Número:

14 - CEP:

16 - Tel (DDD):

10 - Complemento:

17 - CEP:

(86) 4401-29591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0987

013

CONTA: 91970

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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 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:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos:

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascer

 Sim

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

pais/avós vivos?

 Não

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

34

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, Teresina - Piauí 05.12.1941 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Silviano Valdinar Ribeiro43 - Assinatura do Procurador (se houver) Kelly Lacerda Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1010

TESTEMUNHAS



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: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000097061-0

Nr. da Autenticação E99B5A66DBC67918



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121715275888000000013095809>
Número do documento: 20121715275888000000013095809

Num. 13847141 - Pág. 8



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Guaíra - 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/06/96

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO! →
SEU CÓDIGO
0032539-2

Nº da Nota Fiscal

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

028283783

CONTA MÊS: **OCTUBRO/2019** VENCIMENTO: **15-10-2019**

CONSUMO (LW) **474** TOTAL A PAGAR (R\$) **494,51**

LUCIA M COSTA DOS SANTOS
CJ PARQUE PIAUI 5/N QD 137 CASA 02 PARQUE PIAUI
CPF: 0000000000000000

DADOS DE IRREGULARIDADES - TERESINA

| Atual: | Anterior: | Constance de Multiplicação: | Consumo Medido: | Consumo Faturado: | Forma de Faturamento: | DATAS DA LEITURA |
|--------|-----------|-----------------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|-----------------------------|
| | 27688 | | | | | Atual: |
| | 27214 | | | | | Anterior: 08/10/2019 |
| | | | 1.000 | | | Próxima Leitura: 06-09-2019 |
| | | | 474 | | | Emissão: 07-11-2019 |
| | | | 474 | | FCAM | Apresentação: 07-10-2019 |
| | | | | | | Dias de Consumo: 08-10-2019 |

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA - 32

Classe/Subclasse Leitura Número Medidor Posto Código Faz. Média 12 meses

RESUMO DA CONTA - MONO A107797 DESCRIÇÃO DA CONTA 1.1.1.1 157

| | | | | |
|--------|-----|--------------------------------|----------------------|--------|
| SET/19 | 331 | CONSUMO | 474 A R\$ 0,965387 = | 457,59 |
| AGO/19 | 306 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | | 36,92 |
| JUL/19 | 347 | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - | 1,75 | |
| JUN/19 | 331 | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - | 14,21 | |
| MAI/19 | 153 | | | |
| ABR/19 | 245 | | | |
| MAR/19 | 30 | | | |
| FEV/19 | 30 | | | |
| JAN/19 | 30 | | | |
| DEZ/18 | 30 | | | |

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 474 - 0,649866

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ 09/2019 348,65 Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 23-10-2019, em função das contas reavisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SENSA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavisada(s) no valor de R\$ 16.800,11 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode pagar pelas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entrando em contato por meio dos nossos canais de atendimento:

RESERVADO AO FISCO

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|--|--|-------------|
| Distribuição: | 00CF.F.389.AF3B.22A7.C32E.15A.6D0C.6439 | VALOR DO ICMS | 0,00 |
| Energia: | | Alíquota ICMS: | |
| Transmissão: | 89,98 | Valor do ICMS: | 457,59 |
| Encargos: | 173,89 | Valor do PIS: | 334,04 |
| Tributos: | 29,41 | Valor do COFINS: | 123,54 |
| | 14,39 | INDICADORES DE CONTINUIDADE | 1,40% 4,70 |
| | 149,92 | FIC | 6,49% 21,63 |
| | | Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual Mensal | |
| Límite: | | | |
| Realizado: | | | |
| Conjunto | 5,08 10,15 20,30 3,43 6,18 13,70 2,86 1,02 | | |
| | 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 | | |

TERESINA 08/2019 108,35
SEU CÓDIGO 0032539-2 TOTAL A PAGAR - R\$

0032539-2 MÊS FATURADO 494,51 VENCIMENTO 10/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Guaíra - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal:

028283783 FCAM

8366000004 3 94510017000 6 00000000032 3 53921019008 5

SEQ.: 00333 UC: 0032539-2 DT.LEIT.: 08/10/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 27688 NORMAL TOTAL: 494,51 CARGA: 011
DT.VENC.: 15-10-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0252





Para contato
contato, informe
seu NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SERAZ/PI/MEI

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| SETEMBRO/2019 | 01/10/2019 | 162 | 164,27 |

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

| DADOS DA LEITURA | kWh | DATAS DA LEITURA |
|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| Atual: | 13692 | Atual: 24/09/2019 |
| Anterior: | 13530 | Anterior: 26/08/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: 24/10/2019 |
| Consumo Médio: | 162 | Emissão: 23/09/2019 |
| Consumo Faturado: | 162 | Apresentação: 24/09/2019 |

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 29

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
|------------------------------|---------|----------------|--------------------------------|----------------------|----------------|
| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL | MONO | A1484335 | | 1.1.1.1 | 152 |
| HISTÓRICO kWh | | | | | |
| Mês/ano consumo | | | CONSUMO | 162 A R\$ 0,912203 = | 147,77 |
| AGO/19 | 158 | | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | | 12,74 |
| JUL/19 | 151 | | CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 | | 0,01 |
| JUN/19 | 154 | | CORRECAO MONETARIA IC 08/19-00 | | 0,16 |
| MAI/19 | 140 | | MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 | | 0,24 |
| ABR/19 | 143 | | JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 | | 0,03 |
| MAR/19 | 153 | | MULTA POR ATRASO 08/19-00 | | 2,89 |
| FEV/19 | 204 | | JUROS POR ATRASO 08/19-00 | | 0,43 |
| JAN/19 | 133 | | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - | 6,47 | |
| DEZ/18 | 136 | | | | |
| NOV/18 | 160 | | | | |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: | | | | | |
| | | | | | |

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode agitar este bilhete no vencimento de suas faturas nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25 para que evite pagar multa de atraso de pagamento.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.80E6.B8A3.BC4E

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição: | 31,07 | Base de Cálculo: | 147,77 |
| Energia: | 60,00 | Aliquota ICMS: | 22,00% |
| Transmissão: | 18,14 | Valor do ICMS: | 32,58 |
| Encargos: | 4,96 | Valor do PIS: | 1,40% |
| Tributos: | 41,60 | Valor do COFINS: | 1,62 |
| | | | 6,49% |
| | | | 7,48 |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| | DIC | | FIC | | OMIC | | DIOB | |
|-----------|------------------|------------|-------|--------|------------|-------|-------------------------|---------|
| | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Mensal |
| Límite | 5,31 | 10,63 | 21,25 | 3,11 | 6,23 | 12,45 | 3,03 | |
| Realizado | 0,00 | | 0,00 | | | 0,00 | | |
| Conjunto | TERESINA-MACAUBA | | | | | | Período de Anuração: | 07/2019 |
| | | | | | | | EUSI: | 53,46 |

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

0051867-0

TOTAL A PAGAR - R\$

164,27

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

01/10/2019

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201217152758800000013095809
Número do documento: 201217152758800000013095809

Num. 13847141 - Pág. 10



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 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 RESEGURO. 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kiyilly Meire de Oliveira,

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Silviano Valdinar Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.545.692-06
do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima Silviano Valdinar Ribeiro

inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.545.692-06, 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 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: | <u>Rua: 24 de Janeiro</u> | Número: | <u>554</u> | Complemento: |
| Bairro: | <u>Centro</u> | Cidade: | <u>Teresina</u> | Estado: <u>PI</u> CEP: <u>64.000.902</u> |
| E-mail: | | | | Tel.(DDD): <u>(86)994724591</u> |

Local e Data: Teresina - Piauí 12.11.19

Kiyilly Meire de Oliveira

Assinatura do Declarante





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: H. Parque Piauí

Nome: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

Data do exame: 25/10/2019

Id Paciente: 923PP

Data do laudo: 30-10-2019

Raio X de Cotovelo Esquerdo

Controle radiológico pós-operatório de fratura do olecrâneo da ulna esquerda. Presença de fios metálicos e pinos metálicos para correção da fatura.

Conclusão: fratura do olecrâneo da ulna esquerda. Exame radiológico controle.


Dr. Manoel Antonio Gomes de Castro
Médico Radiologista
CRM-PI: 805

Pág



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121715275888000000013095809>
Número do documento: 20121715275888000000013095809

Num. 13847141 - Pág. 12



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: H. Parque Piauí

Nome: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

Data do exame: 25/10/2019

Id Paciente: 923PP

Data do laudo: 30-1

Raio X de Cotovelo Esquerdo

Controle radiológico pós-operatório de fratura do olecrâneo da ulna esquerda. Presença de fios metálicos para correção da fatura.

Conclusão: fratura do olecrâneo da ulna esquerda. Exame radiológico controle.



Dr. Manoel Antonio Gomes de Castro

Médico Radiologista

CRM-PI: 805



NOME DO PACIENTE: Silvio Voldim Líbero

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 524879

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 URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otávio Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDISTA
~~OK~~ OK

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NM⁰
05/10/19 8:00

Imp: 05/10/2019 22:23:51

(User: JUCILEIA AGUIAR)

(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

| | | |
|---|-------------------|-------------------------------------|
| Nome: SILVIO VALDINAR RIBEIRO | | Prontuário: 524879 |
| Mãe: LAURA CELESTINA DA SILVA | Pai: | |
| End. Resid.: QD:138 CS:02 - PARQUE PIAUÍ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 | | |
| Nascimento: 01/04/1970 | Idade: 49a6m4d | Sexo: Masculino Fone: 86-99481-2295 |
| Responsável: KLEITON | CNS: | |
| Profissão: PEDREIRO | Documento: | |
| G. Instrução: Não informado | E.Civil: Ignorado | |
| End. Local.: - - - | | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | |
|--|---------------------------|------------------------------|
| Código: 744990 | Data: 05/10/2019 22:17:30 | Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE) | | Convênio: S U S |
| Acid. Trab.: Não | Acid. Trajeto: Não | Acid. Trab. Típico: Não |
| | | CID Secundário: V099 |

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

| | | | |
|--|--------------------------------|--|------------------------|
| Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR | Evento Principal: Dor moderada | Destino: ORTOPEDISTA | Classificação: Amarelo |
| Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, A 40 MIN. CONSCIENTE, ORIENTADO. REFERE DOR EM OMBRO E. NEGA TRAUMA CEFÁLICO. NEGA COMORBIDADES, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. | | Profissional Clas. Risco: JUCILEIA AGUIAR DA SILVA COREN 177884 Em: 05/10/2019 22:23:50 | |

| | | | |
|---|--------|---------|--------|
| DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____) PACIENTE CON TCG POS ATROPELAMENTO + Trauma NO COTOVÉO E OMBRO (E) | | | |
| TOMOGRAFIA REALIZADA DATA 05/10/19 HORA 23:30 EXAME: CINTO DE CINTO TECNICO: DR. MACH | | | |
| PA X mmHg | Pulso: | FC: bpm | Temp.: |
| Diagnóstico Inicial: | | CID: | |

| | | | |
|---|-----------|---|--|
| CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: Rx: Fratura DE COTOVÉO (Cerrado). CONSIDERAÇÃO PARA ORTOPEDIA POSS NEURO 2185202 | | | |
| MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: | | Se Internado, Indique o Procedimento e CID Procedimento: _____ CID: _____ | |
| DATA: / / . | HORA: : . | | |

Cláudia Damasceno de Oliveira
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico





UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121715275888000000013095809>
Número do documento: 2012171527588800000013095809

Num. 13847141 - Pág. 16



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

24 93 95

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 2-CNES 5828856 | Código da Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 4-CNES 5828856 | 249041 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | |
|--|---------------------------------|
| 5-Nome: SILVIO VALDINAR RIBEIRO | 6 - Prontuário: 524879 |
| 7-CNS: | 8-Nascimento: 01/04/1970 |
| 9-Sexo: Masculino | |
| 11-Mãe: LAURA CELESTINA DA SILVA | 12-Fone: 86-99481-2295 |
| 13-Resp: KLEITON | 14-Cor: Sem Informação |
| 5-Ender: QD:138 CS:02 - PARQUE PIAUI - CEP: 64000-010 | |
| 16-Munic: TERESINA | 17-Cod.IBGE: 221100 |
| | 18-UF: PI |
| | 19-CEP: 64000-010 |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUINDO COM TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO . DOR, EDEMA, LIMITAÇÃO DE ADM, NEUROVASCULAR PRESERVADO. RX - FRATURA OLECRANO

CD: INTERNAÇÃO P/ TTO CIRURGICO

marcuna amiga!!

21 - Condições que justificam a internação:

AS ACIMA

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

RX + EXAME CLINICO ORTOPEDICO

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin: **S520** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

Fratura da extremidade superior do côbito [ulna]

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020415 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METÁFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO

Tempo S

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02 01 CPF 003.695.133-12

*Dr. LEANDRO PUNCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2608
CBO-As. Carimbo Med.Sol. (CRM)*

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

06/10/2019

ANDRE LEAL DE VASCONCELOS

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-Nº Bilhete: 41-Série:

37-() Acidente Trabalho Tipico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa: 44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento: () CNS () CPF

49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*José Luís Mendes de Mesquita
Matrícula: 1330
HUT
FIM ORIGINAL*

Endereço: (CLAUDIO AURELIO
Consulta Local: 744990
Consulta SUS:
Impressão: 06/10/2019 01:39:18



Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

DATA 07/10/19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Helvio Valdinar Oliveira</u> | | PRONTUÁRIO N°: <u>3027829</u> |
| DIAGNÓSTICO: <u>Fract. colo crânio expurado</u> | | CIRURGIA: <u>Osteosíntese</u> |
| ANESTESIA: | | Nº DA SALA: <u>06.</u> |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Leonardo Gonçalves</u> | | CPF N° <u>167 786 998-41</u> |
| AUXILIAR: <u>Lucas (M-2)</u> | | CPF N° |
| ANESTESIA: <u>Dr. Danilo</u> | | CPF N° |
| INSTRUMENTADORA: <u>feymuf</u> | | CPF N° |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | | | |
|-------------------------|------------|------------|-------|---|--|------------|-------|--|--|--|
| AGULHA 25X8 | UNID. | <u>02</u> | | LÂMINA DE BISTURI | UNID. | <u>01</u> | | | | |
| AGULHA 30X8 | UNID. | <u>01</u> | | LUVA N° <u>7,0</u> | PAR | <u>04</u> | | | | |
| AGULHA 40X12 | UNID. | <u>01</u> | | LUVA N° <u>7,5</u> | PAR | <u>04</u> | | | | |
| AGULHA RAQUE | UNID. | | | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR | <u>04</u> | | | | |
| ÁLCOOL 70% | ML | <u>100</u> | | PVPI DE GERMANTE | ML | <u>150</u> | | | | |
| ALGODÃO | BOLA | - | | PVPI TÓPICO | ML | <u>150</u> | | | | |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | - | | PVPI TINTURA | ML | | | | | |
| COMPRESSA | PAC. | <u>04</u> | | SERINGA 20CC | UNID. | <u>02</u> | | | | |
| EQUIPO MACRO-GOTA | UNID. | <u>01</u> | | SERINGA 10CC | UNID. | <u>04</u> | | | | |
| ESPARADRAPO | CM | <u>50</u> | | SERINGA 5CC | UNID. | <u>01</u> | | | | |
| ESCALPE N° | UNID. | - | | SERINGA 3CC | UNID. | | | | | |
| FORMOL | ML | - | | SORO FISIOLÓGICO <u>500 ml</u> | FRASCO | | | | | |
| GASES | PAC. | <u>06</u> | | SONDA URETRAL | UNID. | | | | | |
| JELCO N° | UNID. | | | <u>Catete 02</u> | | <u>04</u> | | | | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA | <i>Glutiads - 08 unid. Brocas - 03 unid. Crepom - 02 unid.</i> | | | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG. | | | | | | | | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. | | | | | | | | | | |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG. | | | | | | | | | | |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. | | | | | | | | | | |
| ALCOFIL | | | | | | | | | | |
| MONONYLON | <u>3-0</u> | <u>03</u> | | | | | | | | |
| FITA UMBILICAL | | | | ENFERMARIA: | | | | | | |
| VICRYL | <u>1</u> | <u>02</u> | | | | | | | | |
| PROLENO | | | | CIRCULANTE: | | | | | | |
| | | | | <i>Solange Coutinho Téc. Enfermagem COREN PI: 453.435</i> | | | | | | |

MOD. 94





SOLICITAÇÃO DE OPME (ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Silvio Valdinar Rebeiro.

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Beautro.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

CÓDIGO OPME: _____

JUSTIFICATIVA:

- ~ Fíos de Kirschner nº 02-02 und
- ~ Cetragem (fio) -

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2608

Teresina, 07/10/2019.

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

Joana Luisa Mendes Mesquita
Matrícula: 07300
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

AUDITOR:

Teresina, _____ / _____ / _____

Assinatura do Médico Solicitante





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

| | | |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| Nome do Paciente <i>Belen Valdinar Sabecu</i> | | |
| Diagnóstico pré-operatório <i>Preturco colorectal E 107164</i> | | |
| Operação - Tipo <i>Intussusseção cl. erdogut</i> | | |
| Cirurgião <i>Dr. Leandro Ponce</i> | 1º Assistente | <i>leucos (1m)</i> |
| 2º Assistente | 3º Assistente | |
| Instrumentador(a) <i>Jef my</i> Anestesíco(a) | Anestesista <i>Dr. Danilo</i> | Anestesia <i>BBB + Sedacão.</i> |
| Data da Operação <i>07/10/19</i> | Ínicio <i>09:30</i> | Fim <i>14:30.</i> |
| Diagnóstico Pós-operatório <i>O mrm</i> | | |

| |
|---|
| Relatório Imediato do Patologista <i>- - -</i> |
|---|

| |
|---|
| Acidente Durante a Operação <i>Não houve</i> |
|---|

| | |
|---|---|
| DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) <i>Punção em DTH Amplie e corte sorpreendente estenose DEMIKICOS SENSIS DE CRONICIDADE DA FURCA COMO FIBROSE E IMPORTANTE ENCONTRAR DO MUSCULO TRICÉPS BRAQUEIR. Alongamento proximal do m. triceps Molusco e friso e grande dificuldade Fémico e friso do corvado. cl. erdogut + FK poli 225 1x70 Sutura por planos</i> | <i>Joana Luiza Mendes de Mesquita Matrícula 47330 Série - HUT CONFIRME COM O ORIGINAL</i> |
|---|---|

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 1608

Mod. 76 HUT

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

| | | | | | | |
|--|--|---------------------------|------------------|--------------|---------------------------------------|---|
| NOME DO PACIENTE | | Sérgio Valdirnair Ribeiro | | | Nº DE REGISTRO | 500849 |
| DATA: | P. ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA |
| 07.10.2018 | 130/88 | 76 | | | | |
| EXAMES DE SANGUE | GR. SANGUÍNEO | HEMATIMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS | GLICEMIA | DOS. URÉIA |
| EXAMES DE URINA | | | | | | |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | | | | | | |
| SISTEMA CRICULATÓRIO | | | | | ELETROCARDIOGRAMA | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | | | | ASMA | BRONQUITE |
| SISTEMA DIGESTIVO | | | SISTEMA URINÁRIO | | | |
| ESTADO MENTAL G=15 | | | CORTICOIDES | | ATARAXICOS | OUTROS |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO | | | | | FÍSICOS | |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) | | | APLICADO AS | | EFEITOS | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | OXIGÉNIO 1 2 3 | | | | | TOTAL DE DOSES |
| LÍQUIDOS | SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100 | | | | | Lidocaina 2L 2ml Fomec 0,6% - 10L Agua doce 10L |
| TEMPERATURA T | C° 260 250 240 230 220 210 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10 | | | | | |
| P. ARTERIAL V O PULSO | 38 | | | | | SEQUÊNCIA |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X | | | | | | 1 Cefotaxima 4g 2 Cefazolina 4g 3 Dipirona 4g 4 Diclofenac 100mg 5 Decadron 10mg 6 Anticoagulante 100mg 7 Antidiáuretico 100mg 8 Anticoagulante 100mg 9 Outros 4g 10 T. Lábil 2g 11 T. Lábil 2g 12 RPA 13 RPA 14 RPA 15 RPA |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO | | | | | | |
| RESPIRAÇÃO O | | | | | | |
| SÍMBOLOS | | | | | DURAÇÃO | |
| TÉCNICAS | | | | | INCIDENTE - ACIDENTE | |
| OPERAÇÕES | | | | | | |
| CIRURGIÕES | | | | | | |
| ANESTESISTAS | | | | | | |
| Dr. Daniel Marcos M. da Silva ANESTESELOGISTA CRM-PI: 5068 | | | | | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS | |
| PARITICULARIDADES | | | | | | |

100% HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59
<http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121715275888000000013095809>

Número do documento: 20121715275888000000013095809

Num. 13847141 - Pág. 21

Jeane J. Ferreira de Melo
Natalia A. M. Ferreira
Silvana M. Ferreira
CONFIRME COMO ORIGINAL



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

LAUDO MÉDICO

| | | | |
|-------------|--|-------------------------|--|
| Paciente: | SILVIO VALDINAR RIBEIRO (Prontuário: 524879) | | |
| Endereço: | QD:138 CS:02 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI CEP: 64000-010 | | |
| Nascimento: | 01/04/1970 | Idade: 49a6m9d | Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 744990 |
| Requisição: | 1008819 | Solicitação: 05/10/2019 | Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA |
| Controle: | 1327792 | Convênio: SUS | |

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 05/10/2019

COTOVELO ESQUERDO

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

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente no olecrâneo com diastase dos fragmentos osseos.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 10/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121715275888000000013095809>
 Número do documento: 20121715275888000000013095809

Num. 13847141 - Pág. 22



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

LAUDO MÉDICO

| | | | |
|-------------|--|-------------------------|--|
| Paciente: | SILVIO VALDINAR RIBEIRO (Prontuário: 524879) | | |
| Endereço: | QD:138 CS:02 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI CEP: 64000-010 | | |
| Nascimento: | 01/04/1970 | Idade: 49a6m5d | Sexo: Masculino |
| Requisição: | 1008831 | Solicitação: 05/10/2019 | Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 744990 |
| Controle: | 1327825 | Convênio: SUS | Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA |

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 05/10/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA CRANIANA PARIETAL BILATERAL.
- PEQUENAS CONTUSÕES HEMORRÁGICAS CORTICAIS NAS REGIÕES FRONTAL BASAL DIREITA E PARIETAL ESQUERDA.
- ÁREA HIPODENSA MAL DELIMITADA EM SUBSTÂNCIA BRANCA PARIETAL ESQUERDA, INESPECÍFICA.
- HEMATOMA LAMINAR SUBDURAL NA CONVEXIDADE PARIETAL À DIREITA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/10/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696 958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121715275888000000013095809>
 Número do documento: 20121715275888000000013095809

Num. 13847141 - Pág. 23



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

LAUDO MÉDICO

| | | | | |
|-------------|--|-------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Paciente: | SILVIO VALDINAR RIBEIRO (Prontuário: 524879) | | | |
| Endereço: | QD:138 CS:02 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI CEP: 64000-010 | | | |
| Nascimento: | 01/04/1970 | Idade: 49a6m9d | Sexo: Masculino | Origem: INTERNAÇÃO |
| Requisição: | 1009525 | Solicitação: 07/10/2019 | Solicitante: LUCAS ARAUJO SILVA | Atendimento: 249041 |
| Controle: | 1329305 | Convênio: S U S | CLINICA ORTOPEDICA - P11 | ENFERMARIA 230 LEITO 08 |

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 07/10/2019

COTOVELO ESQUERDO

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

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura recente alinhada no olecrâneo fixado com fios metálicos.
- Aumento de volume e bolhas gasosas de permeio em partes moles.
- Conclusão:
- Controle de osteossíntese.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 10/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Mostra ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apropriada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesqui-

sada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" con-

corram para o aggravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de

eletrociade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de

um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve res-

pectá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de

seus n-stress e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde vo-

cê trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes

pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos catá-

logos e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fa-

zem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guarda-das protetoras das máquinas nos

devidos lugares.

Pará a máquina quando houver que consertá-la ou lubrificá-

-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use

equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manjio dos extintores e demais dispositivos de

combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você

pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E DA

PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL - INSS



CARTEIRA DE TRABALHO E DE
PREVIDÊNCIA SOCIAL

76-845 00005-PO

Número



Polegar Direito

SALVO VALDIVAR RIBEIRO
ASSINATURA DO PORTADOR



1

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Adriana Elizabethan Ribeiro
Loc. Nasc. Joey Fazenda B.
Est. RO Data 10/04/1970
Filiação Elizabethan Ribeiro da
Nova e Laura Góis -
de Oliveira
Est. Civil solteira Doc. Nº 2016
Fís. 56 Liv. 15 Reg. Civil dirigida
Outro doc.
Situação Militar:
Doc. N° Órgão Est.
Naturalizado Dec. N° Est. / /

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em.....
Doc. Ident. Nº..... Exp. em/...../
Estado
Obs.
.....
Data Emissão 09.08.94 DRT.
.....
.....

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

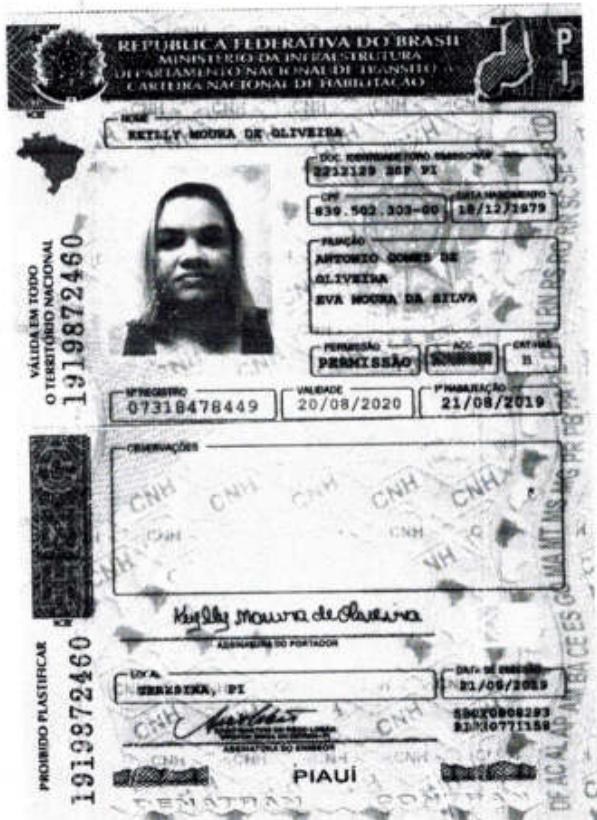
| | |
|-----------------|--|
| Nome..... | |
| Doc..... | |
| Nome..... | |
| Doc..... | |
| Nome..... | |
| Doc..... | |
| Est. Civil..... | |
| Doc..... | |
| Est. Civil..... | |
| Doc..... | |
| Nascimento..... | |
| Doc..... | |





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121715275888000000013095809>
Número do documento: 20121715275888000000013095809

Num. 13847141 - Pág. 27



1

2

3

4

5

6

7

8

9

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

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: SILVIO VALDINAR RIBEIRO
RG: 8045 695 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 015.545.692-06 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: Pedreiro
Endereço: g. Parque Piaui s/n Qd 137 Nº 02
Bairro: Parque Piaui Cep: _____ Cidade/UF: TERESINA - PI
Telefone: (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: SILVIO VALDINAR RIBEIRO
CPF: 015.545.692-06 Data do Acidente: 05/10/19
Cobertura solicitada: (X) Invalidez Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 21 NOVEMBRO 2019
Local e data

Silvio Valdinar Ribeiro
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

| | |
|--|--|
| Cartório Themistocles Sampaio Av. Lúcio Mendes Nogueira, 1222 - Centro - CEP: 64000-300 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-4119 - Email: atendimento@cartoriothemispi.com.br | TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Titular: <u>Audálio Gonçalves de Sampaio Pereira</u> |
| RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SILVIO VALDINAR RIBEIRO , DOU FE. EM TESTE OB DA VERDADE. Teresina-PI, 21/11/2019. Selos: AM80678-PR19 www.tjpi.jus.br/portalextra OBaut | |
| EDUARDO DENIS DO VALE BARRETO-Escrivão Autorizado Enol:13.85 TJ:0,77 FNCIP/PI:0,10 Selos:0,26 Total:4,98 - OP:367 PROCURAÇÃO PARTICULAR PESSOA FÍSICA | |
| CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Eduardo Denis do Vale Barreto Escrivão Autorizado Teresina-PI | |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027290/20

Número do Sinistro: 3200032243

Vítima: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

CPF: 015.545.692-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

Titular do CPF: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 17/02/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: JEAN CARLOS CARLI
CPF: 439.543.160-72

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

JEAN CARLOS CARLI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012171527588000000013095809>
Número do documento: 2012171527588000000013095809

Num. 13847141 - Pág. 30

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200032243 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: SILVIO VALDINAR RIBEIRO Data do acidente: 05/10/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER).ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.7/9_CIRURGIA.

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 dos cotovelos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| | | Total | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **015.545.692.06** 3 - CPF da vítima: **015.545.692.06** 4 - Nome completo da vítima: **Silvio Valdinar Ribeiro**

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

| | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| 5 - Nome completo: Silvio Valdinar Ribeiro | 6 - CPF: 015.545.692.06 | | |
| 7 - Profissão: Retireiro | 8 - Endereço: q. Parque Piau | 9 - Número: 02 | 10 - Complemento: 00.137 |
| 11 - Bairro: Parque Piau | 12 - Cidade: Teresina | 13 - Estado: PI | 14 - CEP: 64.025.490 |
| 15 - E-mail: | 16 - Tel.(DDD): (86) 990729591 | | |

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 checked="" 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 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: 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: **2004 01** CONTA: **97061** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (váfnascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Teresina - Piauí 04.02.2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Silvio Valdinar Ribeiro**

43 - Assinatura do Procurador (se houver) **Kelly Oliveira**

o Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200032243**

Nome do(a) Examinado(a): **SILVIO VALDINAR RIBEIRO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Quadra Parque Piauí, 02 - Teresina - PI - CEP 64025-490

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **8045695**

Data e local do acidente: [**05/10/2019**] **AV W SAMITO PARQUE PIAUI TERESINA PI**

Data e local do exame: [**27/02/2020**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO.

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

VÍTIMA APRESENTA DIMINIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 20º) DO COTOVELO ESQUERDO, COM DEFORMIDADE ÓSSEA E DIMINIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ALTA DO TRATAMENTO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do cotovelo esquerdo

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

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



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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Cotovelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

**VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 22/01/2020. A
INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO COTOVELO ESQUERDO EM GRAU
MODERADO**



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

