

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Sistema, Audiências, PJE Consulta p..., PJE 0827837-81, Baixar o arq..., Sistema CN, (34) Whats..., +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=624166&ca=72be5ba1ed6dc680fa0332532ce15ac8743...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0827837-89.2020.8.18.0140
SILVIO VALDINAR RIBEIRO X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO...

Search bar: 13847139 - CONTESTAÇÃO (2773302 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 17/12/2020 15:27:59

Left sidebar: 17 Dec 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
13847139 - CONTESTAÇÃO
13847139 - 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)
13847346 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 9
2773302- CS/ 2020-04553/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI
Processo: 08278378920208180140

Taskbar: 15:27, 15:28 17/12/2020



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	PROCESSO ADMINISTRATIVO	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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15398020

Pag. 01923/01924 - carta_01 - INVALIDEZ





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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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



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



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 4 - Nome completo da vítima: Silvio Valdimar 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 Valdimar Ribeiro 6 - CPF: 015.545.692-06
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: G. Pique Pique SN 9 - Número: 02 10 - Complemento: 001-137
11 - Bairro: Pique Pique 12 - Cidade: Tuxina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.025.490
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 99612-9541

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0987 013 CONTA: 91970 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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.

PERMANENTE

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

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

MORTE

NÃO ATUALIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não atualizado
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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Tuxina - Pique 05.12.19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Silvio Valdimar Ribeiro
43 - Assinatura do Procurador (se houver): Kelly Liane de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1/1





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
Resposta pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 09/10/2019 - 14:02

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. W SALMITO, Nº:

Complemento

Data/Hora

05/10/2019 - 21:35

Bairro

PARQUE PIAUI

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

RG: 000701488

Mãe: LAURA CELESTINA DA SILVA

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

Bairro: PARQUE PIAUI

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9408-6646

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA 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.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POL

* *Silvio Valdinar Ribeiro*
SILVIO VALDINAR RIBEIRO - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacey Ariko Leal Parafita
Lacey Ariko Leal Parafita
Delegado Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 195.331-7



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 4 - Nome completo da vítima: Silvio Valdimar 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 Valdimar Ribeiro 6 - CPF: 015.545.692-06
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: G. Pique Pique SN 9 - Número: 02 10 - Complemento: 001-137
11 - Bairro: Pique Pique 12 - Cidade: Turma 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 64.025.490
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 99612-9541

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 9987 013 CONTA: 91970 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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.

PERMANENTE

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

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

MORTE

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Turma - Pique 05.12.19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Silvio Valdimar Ribeiro
43 - Assinatura do Procurador (se houver) Kelly Liane de Almeida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1010



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





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 04/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0032539-2

Nº da Nota Fiscal

028283783

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS
OUTUBRO/2019

VENCIMENTO
15-10-2019

CONSUMO (kWh)
474

TOTAL A PAGAR (R\$)
494,51

LUCIA M COSTA DOS SANTOS
CJ PARQUE PIAUI S/N QD 137 CASA 02 PARQUE PIAUI
CPF: 000000000000000000

DCEP: 061085-490 - TERESINA

DADOS DA LEITURA			
Atual:		Atual:	08/10/2019
Anterior:	27688	Anterior:	06-09-2019
Constante de Multiplicação:	27214	Próxima Leitura:	07-11-2019
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	07-10-2019
Consumo Faturado:	474	Apresentação:	08-10-2019
Forma de Faturamento:	474 de Irregular-ECAM	Dias de Consumo:	08-10-2019

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Tipologia	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A107797		32	

RESIDENCIAL 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 - 0,649060

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ 09/2019 348,65
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-10-2019, se lunca das contas reavisdas nesta fatura. O não pagamento poderá enflar tam- sam a inclusão do nome do consumidor na SEMEA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e ja reavisdas(s) no valor de R\$ 16.000,11 (valor historico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode pagar pelas datas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio das nossas centrais de atendimento.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	DOCF.F3B9.AF3B.22A7.C32F.145A.600C.6439			Alíquota ICMS:			
Energia:				Valor do ICMS:	457,59	334,04	
Transmissão:	89,98			Valor do PIS:	27,00%		
Encargos:	173,89			Valor do COFINS:		123,54	
Tributos:	29,41						
	14,39	INDICADORES DE CONTINUIDADE		1,40%		4,70	
	149,92			FIC	6,49%	21,68	
		Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite							
Restado							
Conjunta	5,08	10,15	20,30	3,43	6,10	18,30	2,86
	0,00			0,00			0,00

TERESINA

SEU CÓDIGO

08/2019 108,35
TOTAL A PAGAR - R\$



0032539-2
MÊS FATURADO

494,51
VENCIMENTO

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

10/2019

15-10-2019

Nº da Nota Fiscal:

028283783 FCAM

83660000004 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012171527588800000013095809

Número do documento: 2012171527588800000013095809



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

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
SETEMBRO/2019

VENCIMENTO
01/10/2019

CONSUMO (kWh)
162

TOTAL A PAGAR (R\$)
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

LEP: 04.000-902 - FERESINA		R01: 17.001.31.11.020100	
DADOS DA LEITURA		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 Medido:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh	Descrição da Conta
Mês/ano consumo	
AGO/19 158	CONSUMO 162 A R\$ 0,912203 = 147,77
JUL/19 151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,74
JUN/19 154	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 0,01
MAI/19 140	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,16
ABR/19 143	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,24
MAR/19 153	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 0,03
FEV/19 204	MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,89
JAN/19 133	JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,43
DEZ/18 136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,47
NOV/18 160	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 162 - 0,655310

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.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,50
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,62
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	7,48
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC			
	Normal	Trimestral	Anual
Limite	5,31	10,63	21,25
Realizado	0,00		
FIC			
	Normal	Trimestral	Anual
Limite	3,11	6,23	12,45
Realizado	0,00		
DMIC			
	Normal	Trimestral	Anual
Limite	3,03		
Realizado	0,00		
Composto	TERESINA-MACALIBA	Período de apuração:	07/2019
		EURO:	53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM	

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://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012171527588800000013095809

Número do documento: 2012171527588800000013095809

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

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

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

Pelo exposto, eu Kyilly Maene de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Silvio Valdinar Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.545.692-06
do sinistro de DPVAT cobertura Frustrada da Vítima Silvio 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 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: <u>Rua: 24 de janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Tucuruva</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 994724591</u>

Local e Data: Tucuruva - Pernambuco 12.11.19

Kyilly Maene 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 olecrânio da ulna esquerda. Presença de fios metálicos e pinos metálicos para correção da fratura.

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

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





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 olecrânio da ulna esquerda. Presença de fios metálicos para correção da fratura.

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

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





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Silvia Volkmann Ribeiro

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

ORTOPEDIA
#524879 (OK)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NUNO
08/10/19 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 PIAUI - 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 COM TCE POS ATROPELAMENTO + TRAUMA
NO COTOVELO E OMBRO (E)

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA 05.10.19 HORA 23:30
EXAME: COTOVELO
TECNICISTA: P. MACY

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx: PRATUM DE COTOVELO (Lateral)

CD INTERNACIÃO PARA ORTOPEDIA APÓS
NUNO RIBEIRO

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	CID:
-----------------------------	------------------------	-------------

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1	DIETA CRAL LIVRE 800 ml EV 1200 ml	CLÍNICA	Ortopédica	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
2	SF 0,3% 1000 ml EV AO DIA					
3	CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS					
4	RANITIDINA 50 mg - A AMP + AD, EV, 8/8 h					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h					
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN					
8	CUIDADOS GERAIS					
9	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
10	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
11	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
12	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
13	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
14	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
15	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
16	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
17	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
18	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
19	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
20	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
21	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
22	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
23	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
24	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
25	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
26	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
27	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
28	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
29	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
30	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
31	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
32	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
33	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
34	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
35	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
36	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
37	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
38	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
39	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
40	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
41	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
42	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
43	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
44	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
45	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
46	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
47	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
48	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
49	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
50	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
51	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
52	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
53	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
54	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
55	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
56	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
57	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
58	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
59	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
60	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
61	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
62	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
63	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
64	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
65	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
66	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
67	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
68	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
69	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
70	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
71	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
72	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
73	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
74	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
75	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
76	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
77	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
78	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
79	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
80	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
81	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
82	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
83	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
84	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
85	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
86	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
87	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
88	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
89	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
90	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
91	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
92	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
93	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
94	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
95	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
96	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
97	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
98	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
99	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					
100	Bransquino 10mg + 10ml SF 0,9% 1/12h					

DATA REALIZADO

DATA 10/12/2020

TÉCNICO: [Assinatura]

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Médica: 47330
HUT
CONFERE Cópia ORIGINAL





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

24 93 95

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-Endereço: 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

fratura antiga!!

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:

Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020415	27-Procedimento Solicitado: 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	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANDRE LEAL DE VASCONCELOS	34-Data Solicitação: 06/10/2019	

Dr. ANDRÉ PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2608
CRM-AM 2608

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vinculo 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:	

Assinatura: (CLAUDIO AURELI)
Consulta Local: 744990
Consulta SUS:
Impressão: 06/10/2019 01:39:18



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/10/19

NOME DO PACIENTE: <i>Helio Valdesa Ribeiro</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>5028879</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Prot. ulceroso agudo</i>	CIRURGIA: <i>Oltomente</i>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <i>06</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. Leandro Ponce Leal</i>	CPF Nº <i>167 786 998-41</i>
AUXILIAR: <i>Lucas (M2)</i>	CPF Nº
ANESTESIA: <i>Dr. Danilo</i>	CPF Nº
INSTRUMENTADORA: <i>Leandro</i>	CPF Nº

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N.20	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	.		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	.		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO		
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<i>Calib. 02</i>		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <i>Elutidos - 05 unid.</i> <i>Gravias - 03 unid.</i> <i>Crepam - 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 3-0		03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1		02		CIRCULANTE: <i>Solange C. Martins</i>			
PROLENO				<i>Téc. Enfermagem</i> COREN-PI: 453.435			

MOD. 94





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Silvio Valdimar Ribeiro

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Leandro

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

CÓDIGO OPME: _____

JUSTIFICATIVA:

~ Fios de Kirschner no os. do ulna
~ Cerclagem (fio) -

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

Teresina, 07/10/2019

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, ____/____/____

Assinatura do Médico Solicitante

Joana Luisa Mendes Mesquita
Márcia Lúcia
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

MOD. 049 - HUT





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Julio Valdivino Ribeiro</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura colúmbica e instável</i>		
Operação - Tipo <i>Osteossíntese cl. cerclagem</i>		
Cirurgião <i>Dr. Leandro Ponce</i>	1º Assistente <i>Lucas (R2)</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>felipe</i>	Anestesiista <i>Dr. Danilo</i>	Anestesia <i>BPB + Sedação</i>
Testes(a)		
Data da Operação <i>07/10/19</i>	Início <i>09:30</i>	Fim <i>11:30</i>
Diagnóstico Pós-operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato do Patologista <i>-/-</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não houve</i>		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<i>Ponto em DPH</i>		
<i>Amplia e até 3cm; amputação</i>		
<i>LEMISSOS SÓMIS DE CROMILIDADE DA FURCA</i>		
<i>COMO FIBROSE E IMPORTANTE ENCONTAMENTO DO</i>		
<i>MÚSCULO TRICEPS BRACIIAL.</i>		
<i>Alongamento parcial do m. triceps</i>		
<i>Indicou e fixou o grande defeito da</i>		
<i>Fêmur a fixação do coriário cl. cerclagem</i>		
<i>+ TK por 2x5 11x70</i>		
<i>fixação no plano;</i>		

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Márcia 47330
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE Sélio Valdinar Ribeiro					Nº DE REGISTRO 521879	
DATA: 07.10.2018	P. ARTERIAL 130x88	PULSO 76	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA -						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA -						
SISTEMA CIRCULATÓRIO cat. limad					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		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
		1				Lidocaina 2% 20ml
		2				Finger 0.5% 10ml
		3				Agua dest 19ml
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				
		400				
		SANGUE 300				
		200				
		OUTROS 100				
TEMPERATURA T		C°				
		260				
		240				
		2				
		38				
		200				
		180				
		160				
		140				
		120				
		100				
		80				
		60				
		40				
		20				
		10				
P. ARTERIAL V O PULSO						SEQUÊNCIA
						1
						2
						3
						4
						5
						6
						7
						8
						9
						10
						11
						12
						13
						14
						15
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS Blay - supraclavicular					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES Ext. de osso						
CIRURGIÕES Landry						
ANESTESISTAS						
Dr. Danilo Marcos M. da Silva ANESTESIOLOGISTA CRM-PI: 5068						
PARITICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:27:59

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012171527588800000013095809

Número do documento: 2012171527588800000013095809



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **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: S U S

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 olecrânio com diástase dos fragmentos ósseos.
- 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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **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 Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 744990
Requisição: 1008831 Solicitação: 05/10/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1327825 Convênio: S U S

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 HIPODENSE 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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **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 Atendimento: 249041
Requisição: 1009525 Solicitação: 07/10/2019 Solicitante: LUCAS ARAUJO SILVA
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 olecrânio 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



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

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

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curtosos" corram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus "chefes e chefes".

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Converse e discuta no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e refina sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

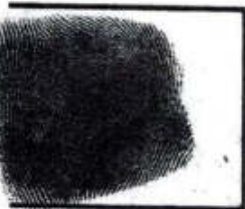
Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

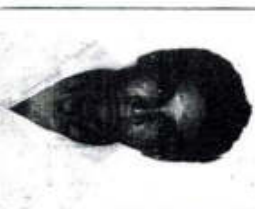
Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

Número 76.843 Série 00005-RO



Polgar Direito



SALVO VALDIVAR RIBEIRO
ASSINATURA DO PORTADOR

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Juliana Baldimari Ribeiro
 Loc. Nasc. Ilheus, Bahia
 Est. BA Data 19/04/1970
 Filiação Elisabete Ribeiro da Silva e Paulo Alberto da Silva
 Est. Civil solteira Doc. Nº 2.012.456
 Fts. 561 Liv. 15 Reg. Civil Ilheus, Bahia
 Outro doc.
 Situação Militar:
 Doc. Nº Órgão Est.
 Naturalizado Dec. Nº Est. / /

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
 Doc. Ident. Nº Exp. em / /
 Estado
 Obs.
 Data Emissão 09/07/94 DRT Ilheus

Assinatura do Funcionário

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

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.
 Doc.





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **REYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

DOC. REPRESENTATIVO: **2212129 SSP PI**

CPF: **839.502.303-00** DATA NASCIMENTO: **18/12/1979**

FUNÇÃO: **ANTONIO JONES DE OLIVEIRA**
EVA MOURA DA SILVA

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CAT: **3**

REGISTRO: **07318478449** VALIDADE: **20/08/2020** FIM DA VALIDADE: **21/08/2019**

OBSERVAÇÕES:

Reyelly Moura de Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO: **21/09/2019**

SERIALIZAÇÃO: **55070808293**
82/10771158

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR
1919872460



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: SILVIO VALDINAR RIBEIRO
RG: 8045695 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 015.545.692-06 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: Pedreiro
Endereço: q. Parque Pici em ad 137 Nº 02
Bairro: Parque Pici 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: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 21 NOVEMBRO 2019
Local e data

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

3º OFÍCIO
CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TERESINA
Rua Lázaro Rodrigues, 1223 - Centro - CEP: 64005-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-4100 - E-mail: atendimento@cartorio3ooficio.com.br
Título: Anistolia Gonçalves de Sampaio Doreira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SILVIO VALDINAR RIBEIRO. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 21/11/2019. Selo: AAM80678-PRK
www.tjpi.jus.br/portalextra

EDUARDO DENIS DO VALE BARRETO - Escrevente Autorizado
Escr: 1.3.85-TJ: 0.77-FIMP/PI: 0.10-Selo: 0.26-Total: 4.98 - OP: 367
PROCURAÇÃO PARTICULAR PESSOA FÍSICA

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Eduardo Denis do Vale Barreto
Escritório 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

CPF de: Próprio

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JEAN CARLOS CARLI



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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 015.545.692-06 4 - Nome completo da vítima: Silveira Valdina 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: Silveira Valdina Ribeiro 6 - CPF: 015.545.692-06
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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)

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

AGÊNCIA: 2004 AG: 013 CONTA: 97061 0

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

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

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

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não autografado
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 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 04.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Representante Legal (se houver)



**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 DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 20º) DO COTOVELO ESQUERDO, COM DEFORMIDADE ÓSSEA E DIMINUIÇÃO 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 seqüela (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
(X) 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**



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

