

Browser tabs: Email - A, Controle, Message, Sistema, Consulta, 0827828, (34) WhatsApp, cooktop, Cooktop, Cooktop.

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=624147&ca=6d314c85e9b1ae31ee30f16982b833b6fe6...

Page Header: ProceComCiv 0827828-30.2020.8.18.0140
ROGERIO HILARIO DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

Search bar: 13964249 - CONTESTAÇÃO (2776207 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/01/2021 09:13:12

Left sidebar: 07 Jan 2021
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
13964092 - CONTESTAÇÃO
13964249 - CONTESTAÇÃO (2776207 CONTESTACAO 01)
13964251 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
13964506 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
13964507 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
13964508 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 10
2776207- CS/ 2020-04690/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI
Processo: 08278283020208180140

Taskbar: 09:13 07/01/2021



07/01/2021

Número: **0827828-30.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª 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	
ROGERIO HILARIO DE SOUSA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13964 251	07/01/2021 09:13	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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705074

Vítima: ROGERIO HILARIO DE SOUSA

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROGERIO HILARIO DE SOUSA

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,

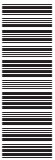
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15266710

Pag. 00771/00772 - carta_01 - INVALIDEZ

00030386





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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705074

Vítima: ROGERIO HILARIO DE SOUSA

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ROGERIO HILARIO DE SOUSA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00885/00886 - carta_02 - INVALIDEZ

00060443



Carta nº 15291266



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:13:11

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010709131167200000013207971>

Número do documento: 21010709131167200000013207971

Num. 13964251 - Pág. 2



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, 25 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705074

Vítima: ROGERIO HILARIO DE SOUSA

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROGERIO HILARIO DE SOUSA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ROGERIO HILARIO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001607

Conta: 0000054768-3

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



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:

695.021.023-04

4 - Nome completo da vítima:

Rogério Hilário de Sousa

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

5 - Nome completo:

Rogério Hilário de Sousa

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

Rua: São Paulo VL. Sta Barbara

6 - CPF:

695.021.023-04

11 - Bairro:

Verde Bon

12 - Cidade:

Teresina

9 - Número:

7728

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.071.490

16 - Tel.(DDD):

(86) 99472 9591

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:

5607013

CONTA:

54768 3

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 do Segurador 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 (ainda não nasceu)?

☐ 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 assinado)

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, 15.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rogério Hilário de Sousa

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003823/2019-73

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Assp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 03/10/2019 - 12:04

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

15/09/2019 - 21:02

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PIÇARREIRA

Endereço

AV; KENNEDY COM JOAO LEITAO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ROGERIO HILARIO DE SOUSA

RG: 1454844

Tipo Envolv.: VITIMA

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO HILARIO DA SILVA

Endereço: RUA JOAO CARLO, Nº 7555

Bairro: SANTA BARBARA

Cidade: TERESINA

Nome: MIGUEL HILARIO DE SOUSA

RG: 1718328 SSP PI

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO HILARIO DA SILVA

Pai: JOÃO SOARES DE SOUSA

Endereço: RUA GUAPORE, Nº 2334

Bairro: AEROPORTO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9413-5054

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE A VITIMA E SEU IRMAO, E TRAFEGAVA NA SUA BICICLETA, NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL E BATEU NA VITIMA CAIU SENDO SOCORRIDO POR TERCEIRO E LEVADO PRA UPA DO SATELITE, E TRANSFERIDO PARA O HUT. PRONTUARIO.522968 ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

MIGUEL HILARIO DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Kelko Leal Parreira
Delegada Geral de 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:

695.021.023-04

4 - Nome completo da vítima:

Rogério Hilário de Sousa

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

5 - Nome completo:

Rogério Hilário de Sousa

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

Rua: São Paulo VL. Sta. Barbara

6 - CPF:

695.021.023-04

11 - Bairro:

Verde Lira

12 - Cidade:

Teresina

9 - Número:

7728

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.071.490

16 - Tel.(DDD):

(86) 99472 9591

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:

5607013

CONTA:

54768

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 do Segurado 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 (ainda não nasceu)?

☐ 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 autorizada

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, 15.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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:	21/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROGERIO HILARIO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000054768-3

Nr. da Autenticação 684BD3206AD69AFD





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

DADOS DA LEITURA		DADOS 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					
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\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77		115,26		
Energia:	60,00	Alíquota ICMS:	22,00%				
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:			32,50		
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%		1,62		
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	6,49%		7,48		
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
		DIC		PIC		DMIC	
		Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual
Limite		5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45
Realizado		0,00			0,00		0,00
Composto				Período de apuração:		07/2019	
TERESINA-MACALIBA				BUSD:		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 - 07/01/2021 09:13:11

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010709131167200000013207971

Número do documento: 21010709131167200000013207971

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/BIBLIOTECABWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keyllly Maria de Oliveira

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

Rogério Hilário de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 695.021.023-04

do sinistro de DPVAT cobertura Intervenção da Vítima Rogério Hilário de Sousa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 695.021.023-04, 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>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 994729591</u>

Local e Data: Teresina-Piauí 18.11.19

Keyllly Maria de Oliveira
Assinatura do Declarante



15/09/2019

Registro de Atendimento



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA
15/09/2019 21:02

ESTABELECIMENTO: UPA SATELITE

PACIENTE

NOME: ROGERIO HILARIO DE SOUSA - 43 ANOS CARTÃO SUS: NASCIMENTO: 30/09/1975
NOME MAE: MARIA DA CONCEIÇÃO HILARA DA SILVA ENDEREÇO: RUA SAO CARLOS Nº: 7555
BAIRRO: SANTA BARBARA COMPLEMENTO: MUNICÍPIO: TERESINA UF: PI
TELEFONE(S): 8694135054

SINTOMAS

QUEIXA PRINCIPAL/SINTOMAS:
QUEDAS

RELATA QUEDA DE BICICLETA, QUEIXA-SE DE DOR EM TORNOZELO DIREITO.

COMORBIDADE:

CLASSIFICAÇÃO / DADOS CLÍNICOS

A - VAS SINAIS DE OBSTRUÇÃO: [] SIM [X] NÃO
B - RESPIRAÇÃO EUPNEICO: [] DISPNEICO: [] INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: []
SATURAÇÃO: CIANOSE:
C - CIRCULAÇÃO FREQUÊNCIA CARDÍACA: PERFUSÃO SANGÜÍNEO:
D - NEUROLÓGICO GLASGOW PLEGIA/PARESTESIAS: NÃO
AO: RV: RM: TOTAL: MEMBRO:
ISOCORIA: [] ANISOCORIA: []
E - SINAIS VITAIS PA: TAX: FR: P: GLICEMIA: ESCALA DOR(0-10):
[] VERMELHO [] LARANJA [X] AMARELO [] VERDE [] AZUL
ALERGIAS: [] SIM [X] NÃO RISCO QUEDA: [] SIM [X] NÃO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO: [] SIM [X] NÃO RISCO ULCERA DE PRESSÃO: [] SIM [X] NÃO
OBS ALERGIAS:
PESO: ALTURA: IMC:

Ass. Enfermeiro / Tec. Enfermagem

DIAGNÓSTICO(CID):

DADOS CLÍNICOS:
PACIENTE VITIMA DE CONTUSÃO EM TORNOZELO DIREITO.
CD:RX

MEDICAÇÃO / PROCEDIMENTOS SOLICITADOS:

PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S):
0204060150 - RADIOGRAFIA DE PÉ DEDOS DO PÉ Qtd.: 1
0204060109 - RADIOGRAFIA DE CALCANEIO Qtd.: 1

Ao HUT

DATA
TÉCNICO

RECETADO
ORA
Patricia Viana Sales Leão
Matrícula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

MOTIVO DA ALTA / ENCERRAMENTO

ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO DATA: 15/09/2019 HORA: 21:26:58

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO
Dr. Breno de Oliveira Sani:
Endoscopia/Chirurgia Digestiva
CRM: 3335/PI

CTRL: 624fcbde74d9c2f4985b09e492517064

ik

1/1

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:13:11

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010709131167200000013207971

Número do documento: 21010709131167200000013207971

Num. 13964251 - Pág. 10



NOME DO PACIENTE: Rogério Hilário de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 522 968

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto-Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

01/07/19

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ROGERIO HILARIO DE SOUSA		Prontuário: 522968	
Mãe: MARIA DA CONCEICAO HILARIO DA SILVA	Pai:		
End.Resid.: RUA SAO CARLO 7555 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/09/1975	Idade: 43a11m15d	Sexo: Masculino	Fone: 86-94135-054
Responsável: MIGUEL HILARIO DE SOUSA		CNS:	
Profissão: AUTONOMO		Documento: CPF: 695.021.023-04	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: União Estável	

Imp: 16/09/2019 00:01:44

(User: CAMILA BOTELHO)

(Estação: CONSULPA03)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 741629	Entrada: 15/09/2019 23:33:20	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura			
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM BICICLETA (CICLISTA)			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE CICLISTICO. NEGA: PERDA DE CONSCIENCIA, VÔMITOS, OTORRAGIA, RINORRAGIA. REFERE DOR EM TORNOZELO DIREITO

A: VIA AEREA PERVIA

B: MV+, SRA, SAT O2: 99 %

C: BNF, RR, 2T, SS, FC= 85 BPM. PELVE ESTÁVEL, ABDOME INOCENTE;

D: GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE E MOTRICIDADES PRSERVADAS;

E: ESCORIAÇÕES E EDEMA EM PERNA DIREITA

Diagnóstico Inicial:

?	CID:
---	------

Exames Complementares:

(1310816) - PERNA DIREITA

(1310817) - TORNOZELO DIREITO

fratura malleol medial (D)

Prescrição Médica:

cc: Internação

0408550578
5825

Dr. Rcelto Rego
Ortopedista
CRM-PI 3531/CRM-PA 6487

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
---------------------	----------------------	-----------------

Assinatura Paciente ou Responsável

CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE
7212 Em: 16/09/2019 00:01:44



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:13:11

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010709131167200000013207971>

Número do documento: 21010709131167200000013207971



**AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

242997

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

247572

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **ROGERIO HILARIO DE SOUSA**

6 - Prontuário: 522968

CNS:

8-Nascimento: 30/09/1975

9-Sexo: Masculino

CPF: 695.021.023-04

11-Mãe: **MARIA DA CONCEICAO HILARIO DA SILVA**

12-Fone: 86-94135-054

13-Resp: **MIGUEL HILARIO DE SOUSA**

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: **RUA SAO CARLO 7555 - VILA SANTA BARBARA - 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:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE CICLISTICO. NEGA: PERDA DE CONSCIENCIA, VÔMITOS, OTORRAGIA, RINORRAGIA. REFERE DOR EM TORNOZELO DIREITO

A: VIA AEREA PERVIA

B: MV+, SRA, SAT O2: 99 %

C: BNF, RR, 2T, SS, FC= 85 BPM. PELVE ESTÁVEL, ABDOME INOCENTE;

D: GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE E MOTRICIDADES PRSERVADAS;

21 - Condições que justificam a internação:

as acima

Patricia Virna Sales
Matrícula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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

raio x

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura do maléolo medial

24-CID Prin:

S825

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050578

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Tempo SUS
3

29-Clinica:

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

02

01

CPF

838.230.773-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

16/09/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

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-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (WILKINSON GALVAO)

Consulta Local: 741629

Consulta SUS:

Impressão: 16/09/2019 00:32:17



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:13:11

http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010709131167200000013207971

Número do documento: 21010709131167200000013207971



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Paciente: <u>Roberto Alvaro de Sousa</u>		HORÁRIO	
DATA: <u>16/09/19</u> HORA: <u>20:25</u>			
PRESCRIÇÃO MÉDICA <u>fratura molo do medial</u>			
1 - Dieta geral livre			
2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h			
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h			
4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h			
5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h			
6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h			
7 - CCGG + SSVV			
Visto Nutricionista Adriana Nêlia da Silva 6326			
Dr. Roberto Rego CRM: 35312/0944433			
CC Hoz Dr. Zenon			
Patricia Viana Sales Leão Matrícula: 427498 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL			
José Ferreira Neto CRM: 10093 pediatria			

MÉDICO/CRM:

MOD: 007 - HUT



BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosinteseprima.com.br

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place • Caiçara
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseprima.com.br

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUT CX 0088 - 1

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome Valda

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	<u>01 placa em "T" 3,5 mm (4x6)</u>
	<u>(inclui parafusos)</u>

Patricia Lima Sales Leão
Matrícula: 827499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 16/09/19 DATA DA ALTA ____/____/____

PACIENTE - Nome: Rogério Hilario de Sousa

Nº AIH: 247572

Nº do Prontuário: 522968 Data da Internação ____/____/____

Procedimento Médico Realizado: _____

Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Jamerson

CRM Nº _____



SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Rogério Hilario de Jesus

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Jansen

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: Pront. 522968

CÓDIGO OPME: _____

JUSTIFICATIVA:

Paciente com fratura
de Fêmur distal
com uso de placa em T 3,5 cm
TTO Cir

Teresina, 16/09/19

Assinatura do Médico Solicitante

Dr. Jansen M. de Lencos Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CMT: 35.8 TMT: 1124

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, ____/____/____

Assinatura do Médico Solicitante

Patricia Virna Sales Leão
Matricula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

MOD. 049 - HUT





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 16/09/19

NOME DO PACIENTE: <u>Rogério Hilario de Souza</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>522968</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr. Pedro Vitor</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Jamerson</u>	CPF Nº
AUXILIAR: <u>Rui Marcio</u>	CPF Nº
ANESTESIA: <u>Raque</u>	CPF Nº
INSTRUMENTADORA: <u>Junior</u>	CPF Nº

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			ESCOVAS		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>ELETRODOS</u>		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>CREPOM</u>		02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>		01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>		01		CIRCULANTE: <u>Eoliane</u>			
PROLENO							

MOD. 94



**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: **ROGERIO HILARIO DE SOUSA** (Prontuário: 522968)
Endereço: RUA SAO CARLO 7555 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/09/1975 Idade: 43a11m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741629
Requisição: 1000764 Solicitação: 16/09/2019 Solicitante: CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE
Controle: 1310817 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 16/09/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na epífise distal da tíbia e no talus.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 19/09/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ROGERIO HILARIO DE SOUSA** (Prontuário: 522968)
Endereço: RUA SAO CARLO 7555 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/09/1975 Idade: 43a11m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741629
Requisição: 1000764 Solicitação: 16/09/2019 Solicitante: CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE
Controle: 1310816 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 16/09/2019

PERNA DIREITA

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

- Fratura cominutiva na epífise distal da tíbia e no talus.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 19/09/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ROGERIO HILARIO DE SOUSA** (Prontuário: 522968)
Endereço: RUA SAO CARLO 7555 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/09/1975 Idade: 43a11m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247591
Requisição: 1000995 Solicitação: 16/09/2019 Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR
Controle: 1311320 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 03

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 16/09/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada na tíbia distal fixada com placa e parafusos metálicos.
- Tala gessada.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 20/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





CPF: 695.021.023-04



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

Nome: **KEITLY MOURA DE OLIVEIRA**

DOC. REPRESENTATIVO: **2212129 SSP PI**

CNPJ: **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:

Keitly Moura de Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO: **21/09/2019**

ASSINATURA DO EMISSOR: **55070906293**
82/10771158

PIAUI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR
1919872460



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ROGÉRIO HILARIO DE SOUSA
RG: 1.454.844 Órgão Emissor: SSP-PI
CPF: 695.021.023-04 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: REDACTO
Endereço: Rua São Paulo Bl. Sta Bárbara Nº 7728
Bairro: unidade lar Cep: Cidade/UF: TERESINA-PI
Telefone: (86) 98307-7870 ()

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão 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/Piaui
Telefone: (86) 99472-9591 () ()

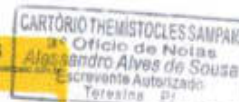
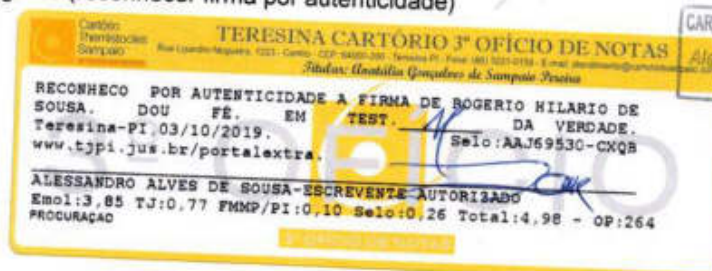
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar 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: ROGÉRIO HILARIO DE SOUSA
CPF: 695.021.023-04 Data do Acidente: 15 / 09 / 19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 03 OUTUBRO 2019
Local e data

Rogério Hilário de Sousa
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456038/19

Vítima: ROGERIO HILARIO DE SOUSA

CPF: 695.021.023-04

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 15/09/2019

Titular do CPF: ROGERIO HILARIO DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ROGERIO HILARIO DE SOUSA : 695.021.023-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS
CPF: 098.038.499-05

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190705074 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROGERIO HILARIO DE SOUSA **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

