

Proje Consulta processo 0823896-34.2020.8.18.0140

ANTONIO DE MIRANDA CUNHA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

13965531 - CONTESTAÇÃO (2776336 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/01/2021 09:48:28

07 Jan 2021

14 de 12

downloadBinario.seam

1 / 10

2776336- C3/ 2020-04692/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08238963420208180140



Número: **0823896-34.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **17/10/2020**

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
ANTONIO DE MIRANDA CUNHA (AUTOR)	JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13965 535	07/01/2021 09:48	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200002079 **Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA**

Data do Acidente: 23/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

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

Pag. 00967/00968 - carta_01 - INVALIDEZ



00036484

Carta nº 15322719



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:48:27
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101070948272350000013209131>
Número do documento: 2101070948272350000013209131

Num. 13965535 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200002079 **Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA**

Data do Acidente: 23/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial que registrou inicialmente o acidente, em cópia simples, pois somente foi entregue o registro policial complementar.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00223/00224 - carta_03 - INVALIDEZ



00070112

Carta nº 15324852



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:48:27
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101070948272350000013209131>
Número do documento: 2101070948272350000013209131

Num. 13965535 - 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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200002079 **Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA**

Data do Acidente: 23/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 0000091960-9

Tipo: CONTA POUPANÇA



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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 361.855.153-34 4 - Nome completo da vítima: *Antônio de Moraes Lúnica*

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

5 - Nome completo: *Antônio de Moraes Lúnica* 6 - CPF: 361.855.153-34
 7 - Profissão: 8 - Endereço: *Con. Resid. Leonel Brizola* 9 - Número: 25 10 - Complemento: *AK.*
 11 - Bairro: *Monte Alegre* 12 - Cidade: *Teresina* 13 - Estado: *PI* 14 - CEP: *64.012.125*
 15 - E-mail: *(86)994729591*

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:

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

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

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

AGÊNCIA: *0855* CONTA: *93960* (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NAO 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)

40 - Local e Data,

Teresina - Piauí 02/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

000/00000

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004081/2019-11

Complementar ao BO Nº: 100203.004080/2019-59

Unidade de Registro: Resp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 23/10/2019 - 11:24

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	Data/Hora 23/09/2019 - 20:22
Tipo Local VIA PÚBLICA	
Município TERESINA	Bairro SÃO JOAQUIM
Endereço RUI BARBOSA, Nº:	Ponto de Referência
Complemento	

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA (46 ANOS) RG: 988281 SSP PI Mãe: FRANCISCA MIRANDA DA CUNHA Endereço: QD K CASA 21, Nº Bairro: LEONEL BRIZOLA Cidade: TERESINA	Tipo Envolv.: VITIMA
--	----------------------

Nome: CARLAS APARECIDA GOMES DOS SANTOS RG: 3937529 Mãe: VALDENICE AELINA DOS SANTOS Endereço: O MESMO DA NOTICIANTE, Nº Bairro: SÃO JOAQUIM Cidade: TERESINA	Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante
--	-------------------------------------

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE INFORMA QUE A VITIMA E SEU ESPOSO, QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160 TITAN, PLACA-OED-6581-PI. DE PROPRIEDADE ;FRANCISCA OZIVANIA DA ROCHA SIQUEIRA. CPF,945.945.893-91, RELATA A NOTICIANTE QUE A VITIMA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO OUTRA MOTO NAO IDENTIFICADA INVADIU A PREFERENCIAL E BATEU NA VITIMA CAIU SENDO SOCORRIDO POR TERCEIRO E LEVADAPARA O HOSPITAL DO BUENOS AIRES.E TRANSFERIDO PARA O HUT. PRONTUARIO.348532. FATO TESTEMUNHADO POR. GILVAN DA SILVA CAMILO. CPF.023.582.233-79. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

Carlas Aparecida Gomes Dos Santos
CARLAS APARECIDA GOMES DOS SANTOS - Noticiante

Responsável pela Informação

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



Antonio de miranda cunha

sinistro: 32001002019

Eu, antonio compareci na diligencia
para fazer essa pendencia que seria esse
B.O complementar, ao chegar lá o escrivão me
forneceu a seguinte informação, que não existe
B.O complementar. Pois esse B.O complementar é o
numero antigo, eu tive que dizer que o B.O, ento-
cás esse B.O complementar é o numero antigo,
quando fazemos uma substituição para um novo
numero de B.O, só que o antigo que come-
plementar. só que quando coloco esse
numero não aparece mais B.O. Então o B.O que
existe é esse aí, não existe complementar.

*Antonio miranda cunha



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: 361.855.153-34 4 - Nome completo da vítima: *Antônio de Moraes Lúnica*

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

5 - Nome completo: *Antônio de Moraes Lúnica* 6 - CPF: 361.855.153-34
 7 - Profissão: 8 - Endereço: *Con. Resid. Leonel Brizola* 9 - Número: 25 10 - Complemento: *AK.*
 11 - Bairro: *Monte Alegre* 12 - Cidade: *Teresina* 13 - Estado: *PI* 14 - CEP: *64.012.125*
 15 - E-mail: *(86)994729591*

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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: *0855* CONTA: *93960* (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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 Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data:

Teresina - Piauí 02/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

Assinatura do Representante Legal (se houver)

000/00000

Assinatura do Procurador (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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000091960-9

Nr. da Autenticação 655C0C25F54EC600



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:48:27
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010709482723500000013209131>
Número do documento: 21010709482723500000013209131

Num. 13965535 - Pág. 8

 <p>ÁGUAS DE TERESINA</p>		<p>CNPJ 27157474000106 - IE 195965574 Av. Prof Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199</p>		
NOME / ENDEREÇO MORADOR CARLA APARECIDA GOMES DOS SANTOS CON RESID LEONEL BRIZOLA-Q-K C-21 MONTE ALEGRE-ALEGRE-TERESINA-PI-cep:64012125 LOCALIZAÇÃO 019-00005-004730		MATRÍCULA 1.43.349 20191226111426	FATURA Nº MÊS / ANO 2450414 12/2019	
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS / ANO TIPO 11-2019 Lido 12 FATURADO 10-2019 Lido 49 19		GRUPO 019 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y19S259822 ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal		
ANTERIOR DATA 27/11/2019 LEITURA 52 ATUAL 26/12/2019 61		CONSUMO MÊS M3 10	LEI 12.741/2012 PIS, PASEP 41,11 x 1,65% = 0,67 COFINS 41,11 x 7,50% = 3,12	
TABELA DE TARIFAS RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 E (%) 10 0,8660 80 25 5,7120 80 acima				
DESCRÍÇÃO VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66 > Residencial-Normal 10,0 m3 30,66				
REF. VALOR				





**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO**

AUTORIZAÇÃO: 770841953	Nº REGULAÇÃO: 92732	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679647 - UNIDADE MISTA DE SAUDE D'ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA	NASCIMENTO: 10/12/1969	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

23/09/2019 20:22:10 PCT VITIMA DE QUDA DE MOTO COM QUEIXA DE DOR E EDEMA NO PE DIREITORX PE D EVIDENCIA FRATURA DE METATARSOS

OVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURAS MULTIPLAS DE DEDOS

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 110x70(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 90bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 20rpm

GLICEMIA: **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 23/09/2019 20:22:57

Dr. Mocelo Cordeiro
MEDICO
CRM-PI 3683

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

*Jenna Luiza Mendes da Mota
Mauricio Cordeiro
Santos - HUT
CONFIRME COIA O ORIGEM*



NOME DO PACIENTE: Antônio de Moraes Góes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 318532

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

Juiz Luis Mendes de Aguiar
Mandado: 473
SAME - NU
CONFERE COM O ORIGINAL





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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

NRG 27/9/15 8:20

Imp: 23/09/2019 23:45:06
(User: DR. FERDINAND FREITA)
(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA		Prontuário: 348532
Mãe: FRANCISCA MIRANDA DA CUNHA		Pai: MANOEL BERNARDINO DA CUNHA
End. Resid.: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-090		
Nascimento: 10/12/1969	Idade: 49a9m13d	Sexo: Masculino Fone: 86-98893-8745
Responsável: O MESMO		CNS: 898002971093885
Profissão: AJUDANTE DE PEDREIRO		Documento: CPF: 361.855.153-34
3. Instrução: Não informado		E.Civil: União Estável

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 743004	Entrada: 23/09/2019 23:23:34	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: PACIENTE ENCAMINHADO DO BUENOS AIRES COM HISOTRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE 5 HORAS, EVOLUINDO COM DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE DEDOS DO PE DIREITO. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. ECG = 125. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.		ROMAK BEZERRA ROLANDA COREM 222664 PI Em: 23/09/2019 23:30:26

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 kg Altura: 0,00 m IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: bmp Pressão: mmHg
----------------------------------	--

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: trauma no pé direito com dores

Diagnóstico Inicial:	CID:
-----------------------------	-------------

Exames Complementares: (1317848) - PE OU PODODACTILO DIREITO	RAIO-X REALIZADO DATA: 29/09/19 HORA: 19:00 TÉCNICO: JF
--	---

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: / / HORA: / /
-------------------------------------	-----------------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável: Wesley Miranda Souto	Dr. Ferdinand Freitas Ortopedia e Traumatologia CRM-PI: 3096 EOT: 11020
--	--

FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
CRM: 3096 PI Em: 23/09/2019 23:45:05





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

945505

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	248115

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA	6 - Prontuário: 348532
7-CNS: 898002971093885	8-Nascimento: 10/12/1969
9-Sexo: Masculino	10-CPF: 361.855.153-34
11-Mãe: FRANCISCA MIRANDA DA CUNHA	12-Fone: 86-98893-8745
13-Resp: (O MESMO)	14-Cor: Parda
15-Ender: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-090	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-090

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR, EDEMA E DEFORMIDADE EM PE DIREITO

21 - Condições que justificam a internação: NECESSIDADE DE CIRURGIA

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): RX--FRATURA DO 2º E 3ºMETATARSOS DIREITO
--

23-Diagnóstico Inicial: Fratura de ossos do metatarso	24-CID Prin: S923	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:
---	--------------------------	----------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050462	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	Tempo S
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	CPF	772.586.903-44

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ALMIR ALVES REBELO FILHO	34-Data Solicitação: 24/09/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
---	---	------------------------------

*Almir Alves Rebele Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972*

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico			
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência: <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado	AUTORIZAÇÃO
---	-------------

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Almir Alves Rebele Filho</i>	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
---	------------------------------

Usuário: **(ALMIR FILHO)**
Consulta Local: **743004**
Consulta SUS:
Impressão: **24/09/2019 01:01:04**

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - I**

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 66365 - Em: (24/09/2019)

Atendimento	Pontuação:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:					
246115	348532	ANTONIO DE MIRANDA CUNHA	10/12/1969	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 08	ALMIR ALVES REBELO FILHO					
Evolução:	FRATURA DO 2º E 3º METATARSOS-DIREITO			Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:							
Horas:												
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons.:	Diá. Vol.:	Horários:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dista	ORAL Tipo ORAL ZERO,											
1	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.			1,00	Ampola	EV	6/6h		AD			
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.			1,00	Ampola	EV	12/12h					
3	RANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.			2,00	ML	EV	8/8h					

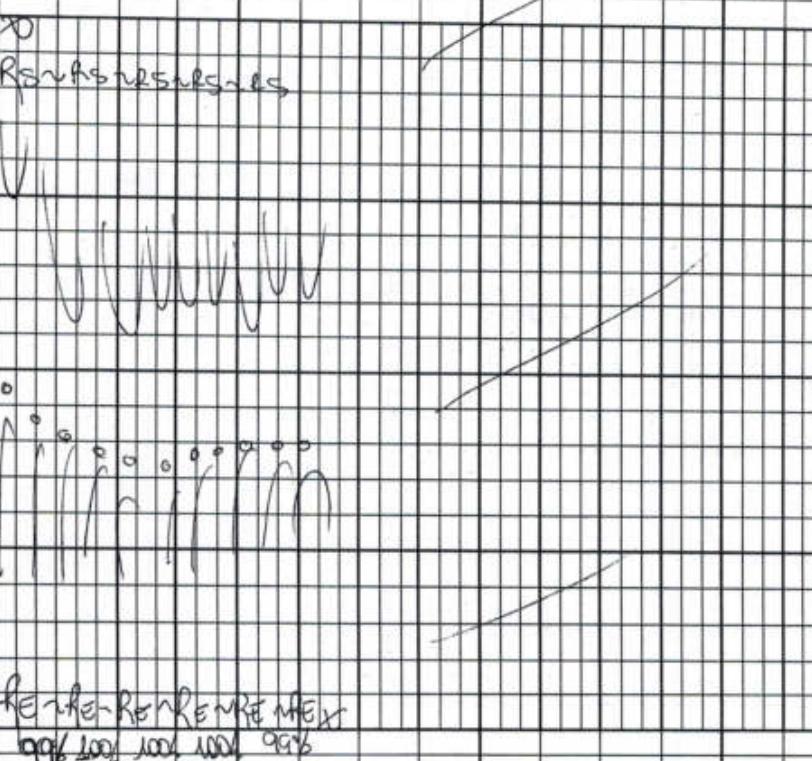
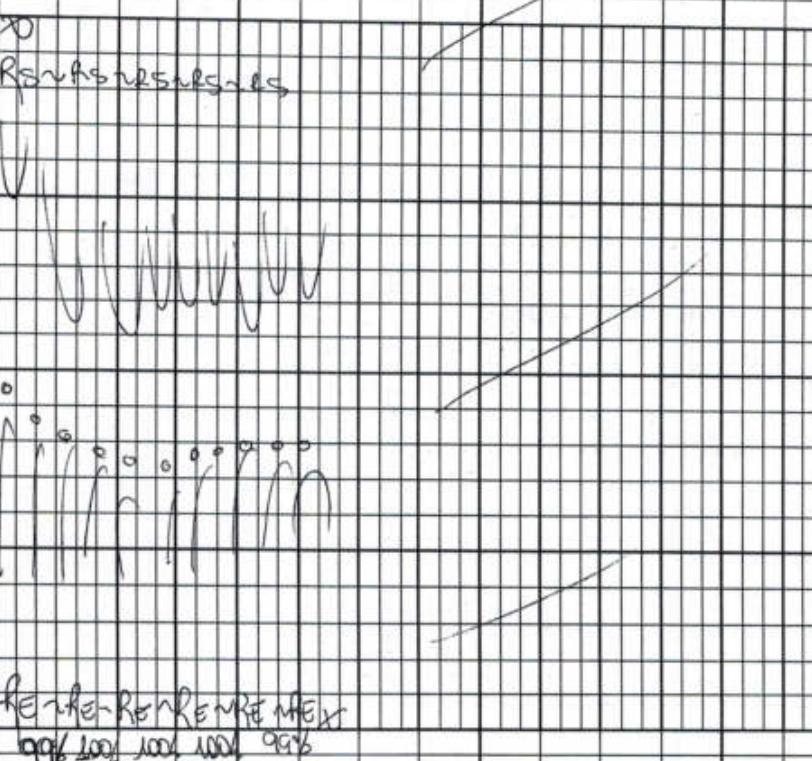
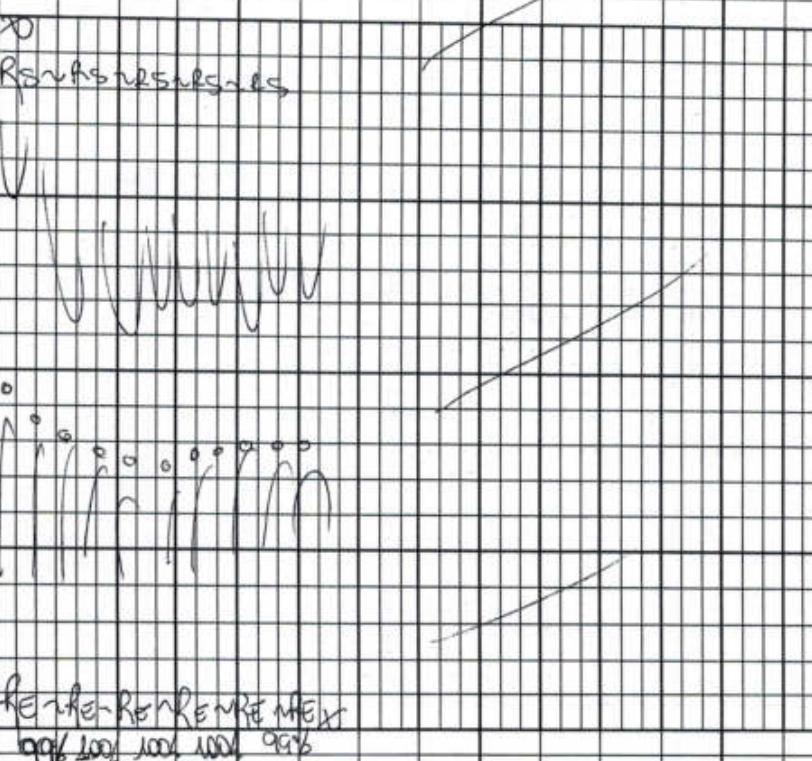
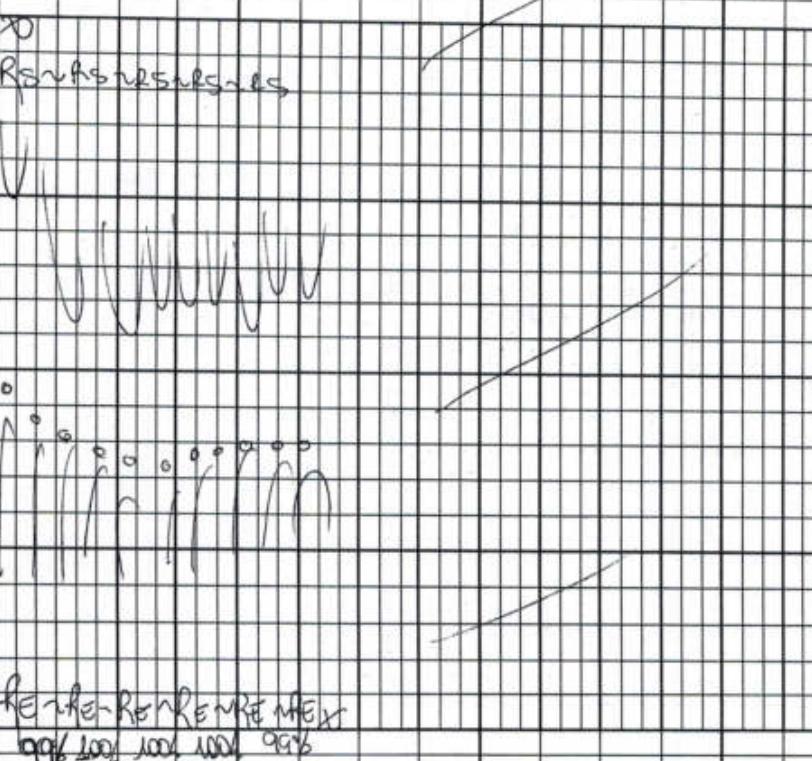
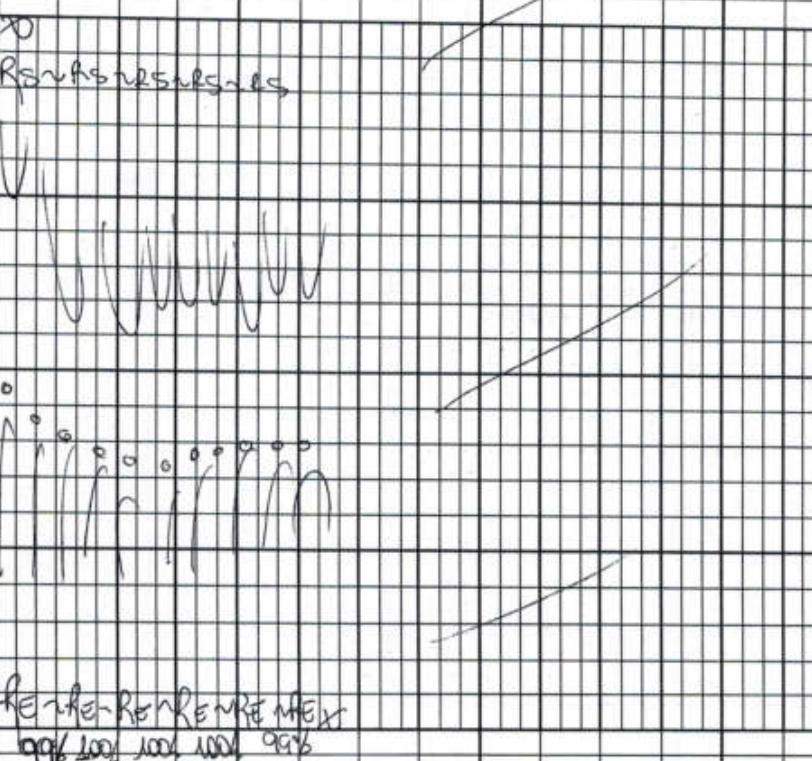
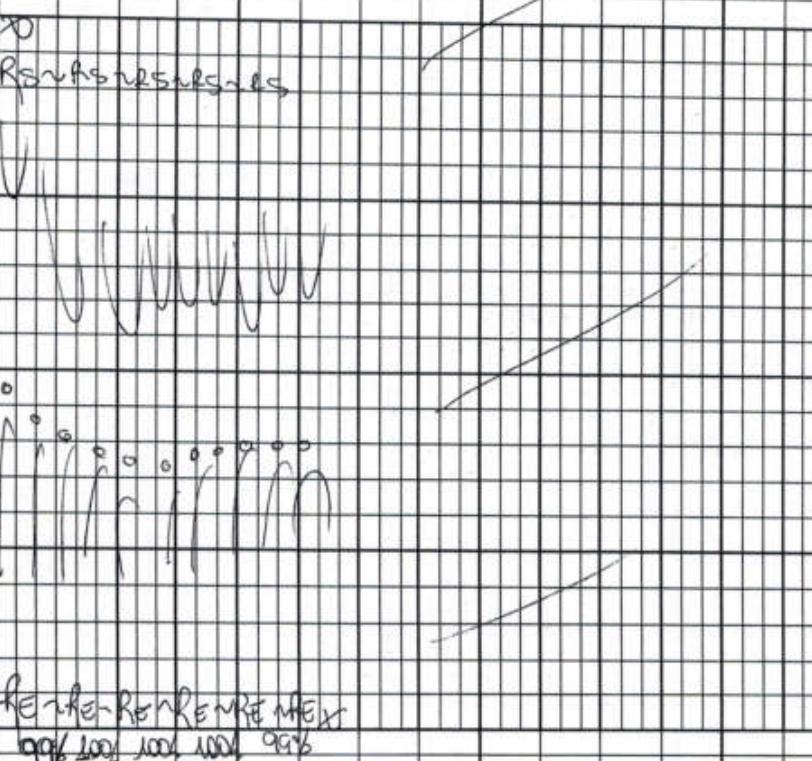
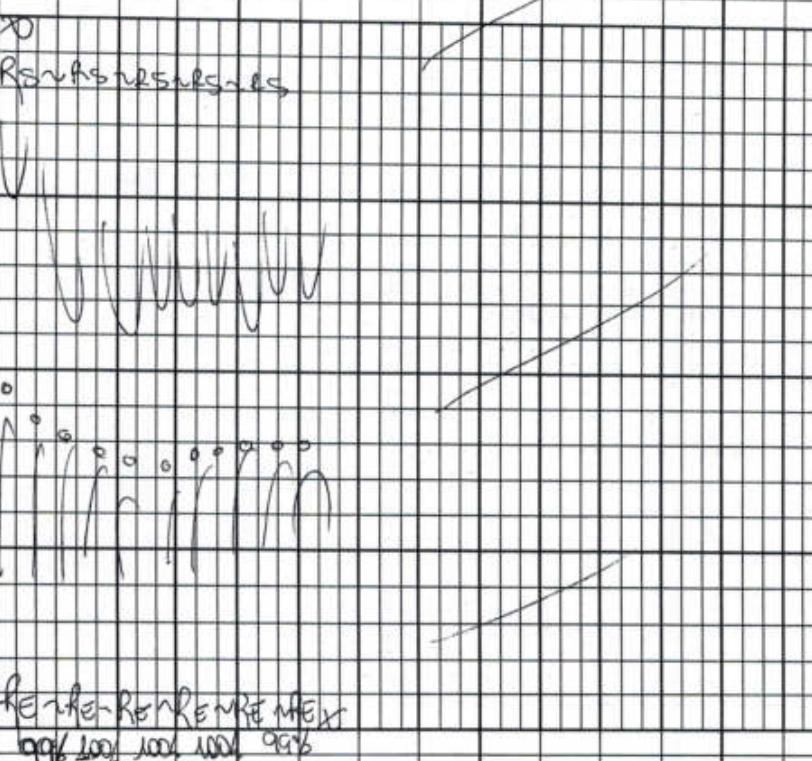
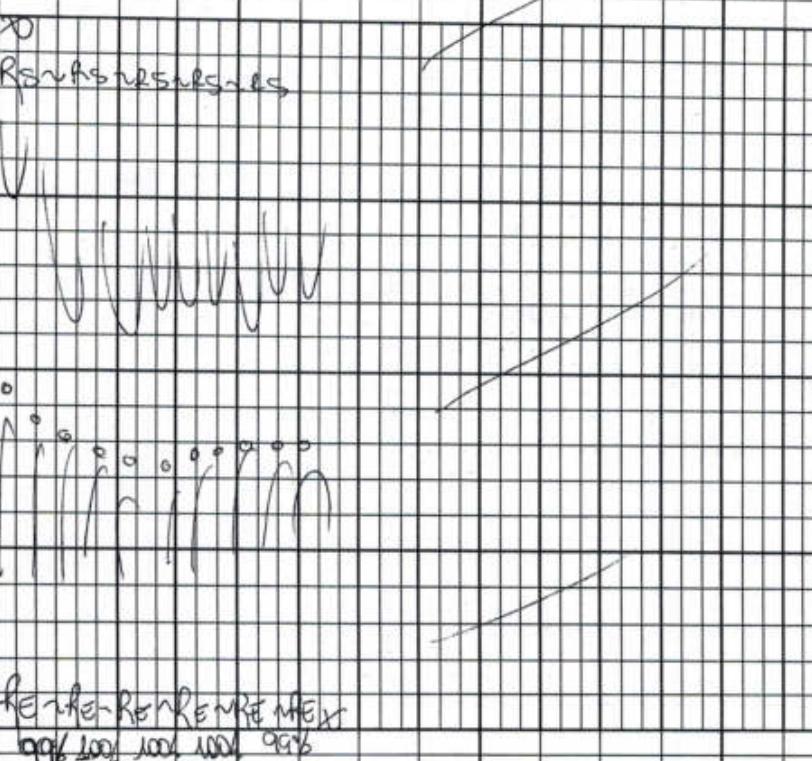
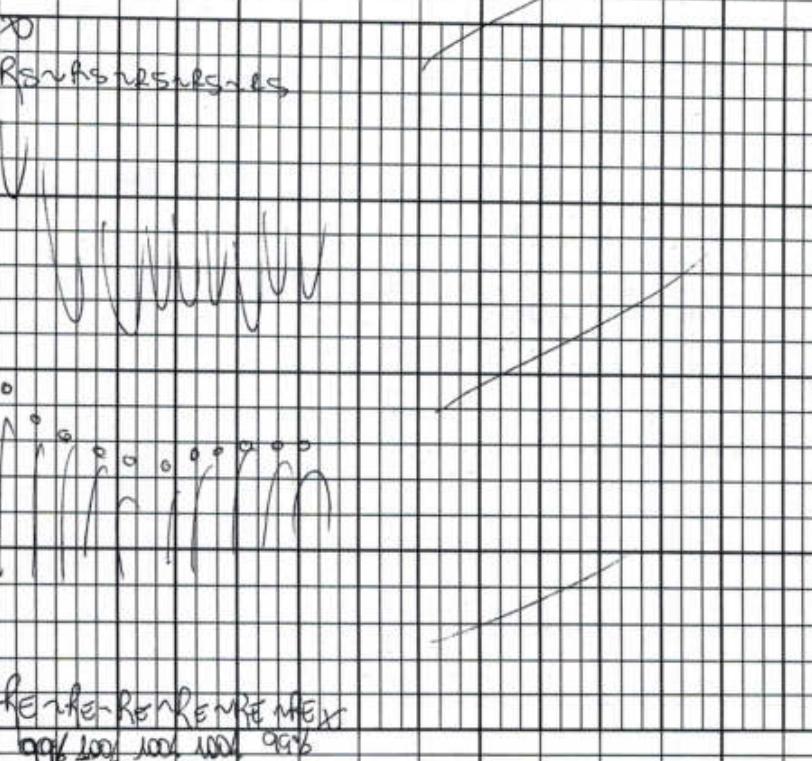
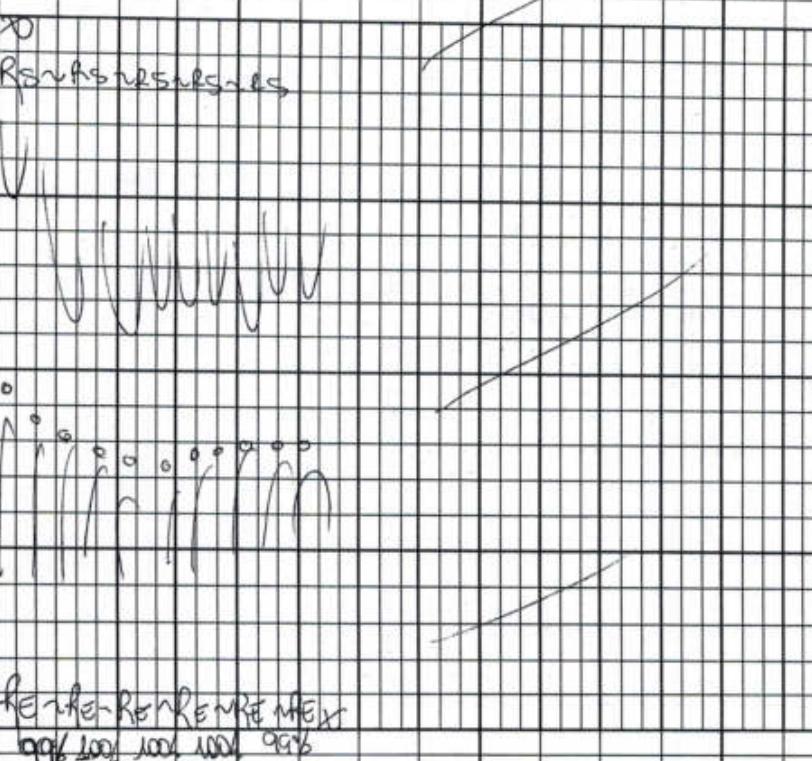
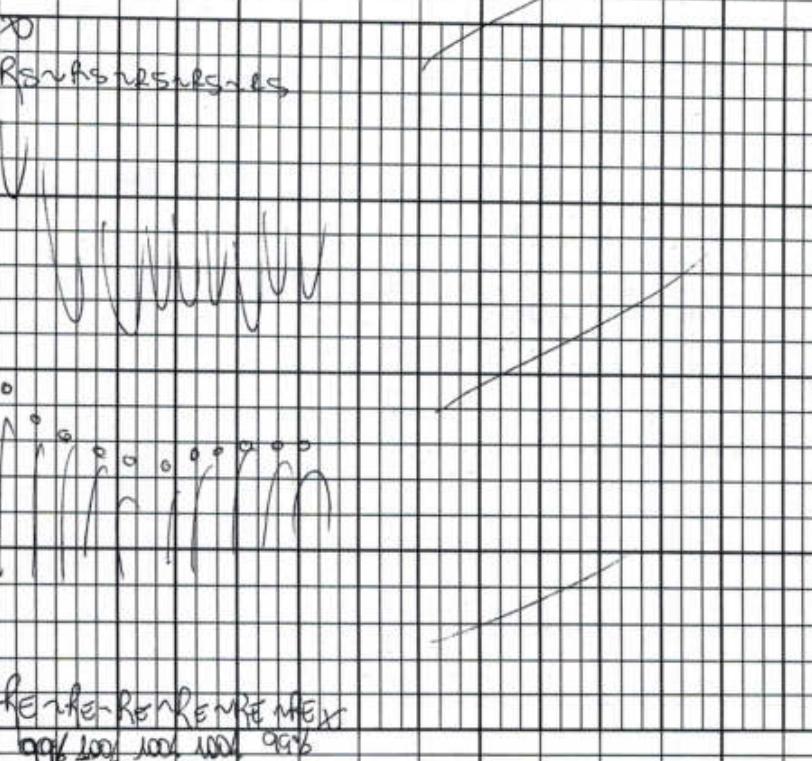
Observações Gerais:

CIRURGIA AMANHÃ CON DR ALMIR

Almir Alves Rebelo Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972

Jean Lira Mendes Magalhães
Médico: CRM-PI 1000
SAMM - 000
CONFIRME CÓPIA ORIGINAL



 FICHA DE ANESTESIA		FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA														
Nome: <u>Antônio de Miranda Luhva</u> Procedimento: <u>Fractura 2/3º/4º metatarso D</u>		Sala: <u>06</u>		Alergia: <u>Nega</u>		Data: <u>24-09-19</u>										
Cirurgião: <u>Dre. Wilson</u>		Observações: <u>Nega comorbidades</u> <u>hemocompatível</u>														
Agentes		Unid	15h	15	30	45	15h	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1	Propofol		12mg				12mg				15	30	45	15	30	45
2	Sertralina		30mg													
3																
4	Cetamina		2g													
5	Dipirona		2g													
6	Dexantetraxina		10mg													
7	Tilacine		20mg													
8	Ramifacina		50mg													
9	Ondansetron		1mg													
10																
11																
12																
13																
	Ácido															
	AR/N2O															
	Volatile	%														
Acesso Vascular																
<input checked="" type="checkbox"/> Periférico <u>Prévio</u> Cat. Venoso nº <u>G</u> <input type="radio"/> Dificuldade aces. venoso Gastos <u>cateteres</u> <input type="radio"/> Central <u></u>																
Via Aérea																
<input type="radio"/> Cateter nasal <input type="radio"/> IOT nº <u></u> <input type="radio"/> LMA nº <u></u>																
Monitorização:																
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscopia <input checked="" type="checkbox"/> PANI <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso <input type="radio"/> ETCO2 <input type="radio"/> Outros																
Anestesia:																
<input type="radio"/> Geral Venosa <input type="radio"/> Geral Balanceada <input checked="" type="checkbox"/> Raquianestesia <input type="radio"/> Peridural <input type="radio"/> Bloqueio Periférico <input type="radio"/> Outros																
Décubito: <u>DOR</u>																
SPO2 (%)																
ETCO2 (mmHg)																
Aces. Venoso																
Aces. Venoso																
Diurese																
Sonda Saqueável																

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia:

1. Check list + pré anestésico
2. Monitorização + verifique pressão
3. Posicionamento + BSA per $\frac{1}{4}$ media
Ag 266 com LCF(+) / infusões

as Sanguíneas

1. Check list + pre anestesia
2. Monitorização + verificação prévia
3. Posicionamento + BSA per $\frac{1}{2}$ mediana, unica 1/4 ls
Ag 266 com LCR(+) / intercorrência

4. RPA

Dra. Fernanda R. S. Matos Gonçalves
Juana Lúcia de Oliveira
Anestesiologista
CONFIRE CADÚCADA 2015/16

Anestesiologista





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

parte en molt bts vnts, espn & en hys a des, que va opten
jose p. ab, mltm & fm de snt
en fm de kiosch n. 15, turba &
com p. i mtsbuc.

Dr. Wilson Rodrigues
Com-PI 1837
Centro da Juventude de Rio
207 5164

Journal of
Mathematics
CONFERENCE CORRESPONDENCE

Med. 76 HUT





LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____

PACIENTE: _____ Nº AIH: _____

PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

04 fns de R\$ de M.R.S

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

José Luiz Mendes de Melo
Médico: _____
SAÚDE: _____
CONFERE COM O ORIGINAL

A:

Assinatura do Médico Solicitante





Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/10/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Antonio de Mancado Cunha</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>348532</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Febre 2º 3º 4º PMS</u>	CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	<u>06</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Wilson Rodrigues</u>	CPF N°	
AUXILIAR:	<u>Esfulle</u>	CPF N°	
ANESTESIA:		CPF N°	
INSTRUMENTADORA:	<u>Evaldo Gomes</u>	CPF N°	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>03</u>		LUVA N° <u>7-1615</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>7-15</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>04</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>03</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>02</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>03</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>10</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>02</u>	
JELCO N°	UNID.	<u>02</u>		<u>Caipora</u>		<u>04</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>2-0</u>	<u>02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	<u>0</u>	<u>01</u>		CIRCULANTE: <u>Terezinha V</u>			
PROLENO							

MOD. 94





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	24826

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA	6 - Prontuário: 348532
7-CNS: 898002971093885	8-Nascimento: 10/12/1969
9-Sexo: Masculino	10-CPF: 361.855.153-34
11-Mãe: FRANCISCA MIRANDA DA CUNHA	12-Fone: 86-98893-8745
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:
15-Ender: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-090	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-090

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

-Cod.Proced.Princip. 0408050578	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNozELO UNIMALEOLAR
31-Cod.Procedimento Especial 0702030830	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
	Quant. Solici data: 1
	Fornecedor da OPM: PIMMES
38-Profissional Responsável: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 26/09/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura de tornozelo necess. de fixação com placa de 1/3 tubular 3,5

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: ____/____/____	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

*Jacinta Luisa
Mauro
Silveira
CONFERE CORRER*





Fls N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 26/09/19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	<u>Antônio M. Oliveira</u>	PRONTUÁRIO N°:	
DIAGNÓSTICO:	<u>FATI - TM2 + HI M17</u>	CIRURGIA:	<u>Ribeirão / Rio</u>
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	<u>Lagoa</u>	CPF N°	<u>Lao-Tsé Frontiers</u>
AUXILIAR:	<u>Acad.</u>	CRM-PI	<u>CRM-PI 2611</u>
ANESTESIA:	<u>G. Djawila</u>	CPF N°	
INSTRUMENTADORA:	<u>leandro</u>	CPF N°	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI N°24	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>7,5</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>6,5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>14</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>200</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>90</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	<u>01</u>	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	<u>18</u>	UNID.	<u>01</u>	<u>Preparou 200 ml 03</u>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON		<u>2-0 02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		<u>0 01</u>		<u>Letis</u>			
PROLENO				CIRCULANTE:			

MOD. 94



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

PACIENTE - Nome: Antônio de Oliveira Lira

Nº AIH: 248269

Nº do Prontuário: 348532 Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0408050578

Indicador de Compatibilidade: 0702030630

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Lao-Tsé

CRM Nº _____ CPF Nº _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 26/09/19 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm Nº	DESCRÍÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx-013	01 Placa de 3 tubular 3,5m de 8 furos parafusos corticais m: 14 (03) 16 (01) 18 (02)
	<i>Lao-Tsé Frontiers</i> TRAUMATOLOGIA E ORTOPÉDIA CRM-PI 2660 SBOT 10306

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 26 de setembro de 2019
Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Analia

*Janaína Soares Coutinho
Marcos Henrique
CONFIRME CONFERE CORRIGIR*



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	<i>Antônio M. Soares</i>	
Diagnóstico pré-operatório	<i>MT. TMO / M1. III M11</i>	
Operação - Tipo	<i>R18.5 G10.5 / MPC 4 190</i>	
Cirurgião	<i>Lab-Tsé Frontiers</i> TRAUMATOLOGIA E ORTOPÉDIA CRM-PI 2660 SBOT 10306	1º Assistente
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
	Anestésico(a)	
Data da Operação	260919	Inicio
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*1. M. Dassegura (3) causos
2. Causo menor. O MPC 4 nos 137gms
3. Para o 2º menor III M11 d. fol
4. amio O. m*

Lab-Tsé Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPÉDIA
CRM-PI 2660 SBOT 10306

*Joana Lúcia Melo
Médica de Família
5. 10/09/2021
CONFERE COPIA*

Mod. 76 HUT





FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Antônio da Cunha Eleuterio

Alergia:

Data: 26.09.19

Procedimento:

Cirurgião:

Observações:

Data: 26.09.19

Agentes	Unid	15	30	45
1 Cefazolina	g	2		
2 Dexametasona	mg	10		
3 Pantacarba	mg	25		
4 Dexametasona	g		2	
5 Zopan	mg		2	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
Oxigênio				
AR/N2O				
Volutil	%			

Acesso Vascular

Periférico _____
Cat. Venoso nº ZOG
 Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
 Central _____

Via Aérea

Cateter nasal
 IOT n° _____
 LMA n° _____

Monitorização:

- Cardioscopia
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO₂
- Outros

Anesthesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raquianestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decubito: dorsal

SPO2 (%)	98	98	98
ETCO2 (mmHg)			
Aces. Venoso			
Aces. Venoso			250 ml
Diurese			
Perdas Sanitárias			

Revista de Antropología

11 Montero raias + triniti veredine ms E
 ① Raqui pt encado + ameixa + perca espéc
 submerso. 5.0m (3-4), 1,62⁺, 12,5 kg. Limp. Líquida
 + raias veredine

WIT REPORT

2 espécies
m. hirsutance
Jema Jula M.
Marcos A. O.
Djalma Brasileiro
MÉDICA Anestesiologista
COPA
T-5028





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: **ANTONIO DE MIRANDA CUNHA** (Prontuário: **348532**)
Endereço: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090
Nascimento: 10/12/1969 Idade: 45a3m17d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 453182
Requisição: 505070 Solicitação: 12/02/2015 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 639407 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 12/02/2015

COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Aumento de volume de partes moles.

TERESINA - PI 27/03/2015

(IRANDI SILVA)

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Conferido e Liberado por Senha em: 27/03/2015 19:21:28





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: **ANTONIO DE MIRANDA CUNHA** (Prontuário: 348532)
Endereço: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090
Nascimento: 10/12/1969 Idade: 45a3m17d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 453182
Requisição: 505070 Solicitação: 12/02/2015 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 639409 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 12/02/2015

ANTEBRAÇO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

TERESINA - PI 27/03/2015

(IRANDI SILVA)

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Conferido e Liberado por Senha em: 27/03/2015 19:22:39



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:48:27
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101070948272350000013209131>
Número do documento: 2101070948272350000013209131

Num. 13965535 - Pág. 26



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: **ANTONIO DE MIRANDA CUNHA** (Prontuário: 348532)
Endereço: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090
Nascimento: 10/12/1969 Idade: 49a9m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743004
Requisição: 1004137 Solicitação: 23/09/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
Controle: 1317848 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 23/09/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes desalinhadas no colo do 2º e 3º metatarsos.
- Fratura completa recente na base da falange proximal do 2º pododáctilo.
- Luxação metatarso-falangeana no 4º pododáctilo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:48:27
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010709482723500000013209131>
Número do documento: 21010709482723500000013209131

Num. 13965535 - Pág. 27



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:	ANTONIO DE MIRANDA CUNHA (Prontuário: 348532)		
Endereço:	QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090		
Nascimento:	10/12/1969	Idade: 49a9m25d	Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 248115
Requisição:	1004430	Solicitação: 24/09/2019	Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
Controle:	1318475	Convênio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 24/09/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes no 2º e 3º metatarsos com presença de fios metálicos no 2º.
- Artrodese metatarso-falangeana no 4º pododáctilo com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

TERESINA - PI 04/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:48:27
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101070948272350000013209131>
 Número do documento: 2101070948272350000013209131

Num. 13965535 - Pág. 28



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3216 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANTONIO DE MIRANDA CUNHA (Prontuário: 348532)			
Endereço:	QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090			
Nascimento:	10/12/1969	Idade: 49a9m25d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	1004561	Solicitação: 24/09/2019	Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA	Atendimento: 248115
Controle:	1318716	Convênio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 24/09/2019

TORNOZELO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura obliqua completa recente na diáfise distal da fíbula.
- Tala gessada.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:48:27
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101070948272350000013209131>
 Número do documento: 2101070948272350000013209131

Num. 13965535 - Pág. 29



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:	ANTONIO DE MIRANDA CUNHA (Prontuário: 348532)			
Endereço:	QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090			
Nascimento:	10/12/1969	Idade: 49a9m25d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	1005168	Solicitação: 26/09/2019	Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO	
Controle:	1320007	Convênio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 26/09/2019

TORNOZELO DIREITO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada na diáfise distal da fibula fixada com placa e parafusos metálicos.
- Tala gessada.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:48:27
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101070948272350000013209131>
 Número do documento: 2101070948272350000013209131

Num. 13965535 - Pág. 30



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:	ANTONIO DE MIRANDA CUNHA (Prontuário: 348532)			
Endereço:	QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090			
Nascimento:	10/12/1969	Idade: 49a9m25d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	1005168	Solicitação: 26/09/2019	Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO	Atendimento: 248115
Controle:	1320008	Convênio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 26/09/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfii.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes alinhadas no 2º e 3º metatarsos fixadas com fios metálicos.
- Artrodese metatarso-falangeana no 4º pododáctilo com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

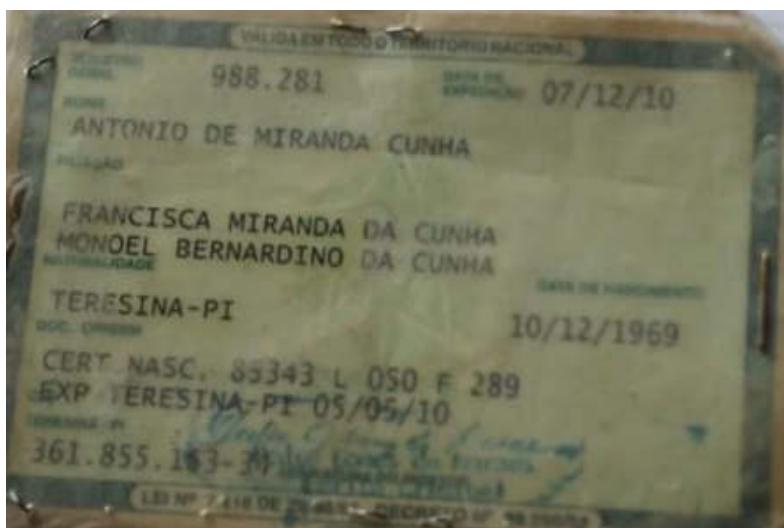
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:48:27
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101070948272350000013209131>
 Número do documento: 2101070948272350000013209131

Num. 13965535 - Pág. 31



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002079 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA **Data do acidente:** 23/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º E 4º METATARSOS DIREITOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER) PG 7
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ 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 DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002079 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA **Data do acidente:** 23/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º E 4º METATARSOS DIREITOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER) PG 7
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ 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 DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002040/20

Número do Sinistro: 3200002079

Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

CPF: 361.855.153-34

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 09/01/2020
Nome: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA
CPF: 361.855.153-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS
CPF: 098.038.499-05

ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:48:27
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101070948272350000013209131>
Número do documento: 2101070948272350000013209131

Num. 13965535 - Pág. 35

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002040/20

Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

CPF: 361.855.153-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO DE MIRANDA CUNHA : 361.855.153-34

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: 03/01/2020
Nome: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA
CPF: 361.855.153-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS
CPF: 098.038.499-05

ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:48:27
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101070948272350000013209131>
Número do documento: 2101070948272350000013209131

Num. 13965535 - Pág. 36