

Browser tabs: Email - Al... x, Controle di... x, Sistema... x, Controle di... x, Audiências x, Consulta p... x, 0800341-3... x, Baixar o a... x, (8) Whats... x, +

Address bar: Não seguro | <https://tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listAutosDigitais.seam?idProcesso=265123&ca=6e183ce026697b8ca6f115180adf5bbf75c8...>

Apps SISTEMAS

Lista de leitura

ProceComCiv 0800341-32.2019.8.18.0072

NIVALDO FERREIRA DA MOTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEG...

25 nov 2021

22345843 - Petição (2779178 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 25/11/2021 11:10:10

32 de 30

downloadBinario.seam 1 / 2 100%

2779178- C3/ 2021-00011/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOCADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO JOAO DO
PIAUÍPI

Processo n.º 08003413220198180072

DECORRIDO PRAZO DE EDNAN
SOARES COUTINHO EM 24/11/2021 23:59. 01:35

DECORRIDO PRAZO DE EDNAN
SOARES COUTINHO EM 24/11/2021 23:59. 01:35

PT 11:10 25/11/2021



Número: **0800341-32.2019.8.18.0072**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São Pedro do Piauí**

Última distribuição : **12/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.182,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NIVALDO FERREIRA DA MOTA (AUTOR)		FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
22344 437	25/11/2021 11:10	Petição	Petição
22345 843	25/11/2021 11:10	2779178_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição
22345 847	25/11/2021 11:10	2779178_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

SEGUE EM ANEXO IMPUGNAÇÃO AO LAUDO PERICIAL.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO JOAO DO PIAUI/PI

Processo n.º 08003413220198180072

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **NIVALDO FERREIRA DA MOTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SAO JOAO DO PIAUI, 24 de novembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/11/2021 11:10:09
<https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21112511100937900000021063353>
Número do documento: 21112511100937900000021063353



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, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190207412

Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NIVALDO FERREIRA DA MOTA

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 14078156

Pag. 00371/00372 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190207412

Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NIVALDO FERREIRA DA MOTA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 004

Agência: 000000123

Conta: 0000021338-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: **NIVALDO FERREIRA DA MOTA**

Nº Sinistro: **3190207412**
NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Data do Acidente: **24/10/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190207412**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00475/00476 - carta_09 - INVALIDEZ

00060238



Carta nº 14453101





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do Seguro DPVAT: 013.839.163-73
CPF da vítima: 013.839.163-73
Nome completo da vítima: Nivaldo Ferreira da Mota

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

Nome completo: Nivaldo Ferreira da Mota
Profissão: Lavrador
Endereço: Avenida Marshal Castelo Branco
Bairro: Centro
Cidade: São Gonçalo do Piauí
Estado: Piauí
CEP: 64.435-000
Telefone: (86) 99981-6008

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ R\$0,00 INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUANÇA (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: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: 00123 CONTA: 0000 21 338

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a ser devido, em nome do beneficiário, mediante a apresentação e liberação do crédito somente após a efetivação do crédito, quitando o valor recebido.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Em caso de contestação, caberá o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com a condição de que eu me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões sofridas em virtude do acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo
Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou filhos: ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não
Se a 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 enquadram no rol de beneficiários previsto no artigo 2º do Decreto nº 3.048/99, de 6 de junho de 1999, e de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido.

Local e Data: São Gonçalo - PI 13.03.2019

Nome:

CPF:

Nivaldo Ferreira da Mota

(*) Assinatura de quem assina o ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

PJ CORRETORA DE SEGUROS

19 MAR 2019

Assinatura

Assinatura







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

650 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000090/2019-91

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 01/03/2019 - 09:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Endereço

PI - 223 ESTRADA PARA A CIDADE DE SÃO GONÇALO DO PIAUÍ, Nº: S/N

Complemento

Data/Hora

24/10/2018 - 12:09

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

RG: 1.706.627 SSP PI

Mãe: CARLINDA ALVES DA MOTA

Pai: ALVINO FERREIRA DA SILVA

Endereço: AV MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº 282

Bairro: CENTRO

Cidade: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-9569-0522

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 MAR 2019

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA XRE 300

Ano: Placa:

2017 PIR5606

Chassi:

9C2MD4100HR021791

Renovar:

0123905159

Cor:

Vermelha

Condutor: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

RG: 1.706.627 Órgão: SSP UF RG: PI

End: AV. MARECHAL CASTELO BRANCO Número: 282 Complemento:

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: CENTRO

Proprietário: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

End: AV. MARECHAL CASTELO BRANCO Número: 282

Cidade: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: CENTRO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O notificante compareceu a esta delegacia de policia civil , para comunicar um acidente de transito, fato ocorrido na estrada PI - 223, que dá acesso par a Cidade de São Gonçalo do Piauí - PI, mais precisamente no povoado Caiçara; relata o notificante que estava conduzindo sua motocicleta que ao passar em uma curva fechada n ão conseguiu equilibrar a motocicleta e veio acair fora da pista de rolamento, ao cair foi para a residência de um morador proximo ao local do acidente; que o mesmo o levou até a residência do coiniciante; que no dia seguinte foi até o hospital de São Pedro, que o médico de plantão examinou e transferiu para um hospital de Teresina; o notificante fraturou o ombro direito. Diante do exposto pede providencia por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim.

Gregório Luiz De Sousa - Matr. 0096920

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

Gregório Luiz De Sousa

Agente de Polícia Civil

Matr. 0096920

Nivaldo Ferreira da Mota
NIVALDO FERREIRA DA MOTA - Notificante
Responsável pela Informação

Boletim de Ocorrência emitido em: 01/03/2019 09:42 - SisBO@2011-2019 AT1

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/11/2021 11:10:10

https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21112511100970300000021063357

Número do documento: 21112511100970300000021063357

Num. 22345847 - Pág. 6



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

50 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000090/2019-91

Delegado de Polícia

Gregório Lins de Sousa
Agente de Polícia Civil
Mat. 009692-0

Unidade Financeira de Nota





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:

013.839.163-73

Nome completo da vítima:

Wivaldo Ferreira da Mota

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

Nome completo:

Wivaldo Ferreira da Mota

CPF:

013.839.163-73

Profissão:

Lavador

Endereço:

Avenida Marshal Castelo Branco

Número:

282

Complemento:

Centro

Bairro:

Centro

Cidade:

São Gonçalo do Piauí

Estado:

Piauí

CEP:

64.435-000

Cidade:

Recruzeiro

Tel (DDD):

(86) 99981-6008

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

RENDA MENSAL:

☒ R\$0,00 INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUANÇA (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: Banco do Nordeste

AGÊNCIA:

00123

CONTA:

0000 21 338

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

00123

CONTA:

0000 21 338

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autoriza a Seguradora LIDER a ter na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a ser pago, em nome do beneficiário, mediante depósito em nome do beneficiário, desde que o mesmo seja efetuado após a efetivação do crédito, quitando total o valor recebido.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Em caso de contestação, caberá o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com a condição de que eu me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões. A avaliação médica ou pericial de direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CIV)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima:

Último deu ou compariou(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deu ou compariou(a), informar nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tiver filhos, informar quantos:

Vítima deu ou nasceu?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deu ou nasceu?

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem com a documentação exigida, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor pago, nos termos do artigo 179 do Código Penal.

Local e Data: São Gonçalo - PI 13.03.2019

Nome:

CPF:

Wivaldo Ferreira da Mota

(*) Assinatura de quem assina o ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

PJ COFRETORA DE SEGUROS

19 MAR 2019

Assinatura

DPVAT

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

Em caso de contestação, caberá o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com a condição de que eu me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões. A avaliação médica ou pericial de direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO
CNES - 2324199 | CNPJ - 06.554.810/0001-76

OPERADOR DO SISTEMA - DANILO

DATA E HORA - 24/10/2018 08:30:32

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PRONTUARIO: 83978 NOME DO PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA NASC 08/10/1972
RAÇA: 003 IDADE: 46 Anos, 3 Meses e 16 Dias
SEXO: M TELEFONE MOVEL: ??? TELEFONE FIXO: ???
CEP: 64435-000 MUNICIPIO (RESID): SÃO GONÇALO DO PIAUÍ UF: PI IBSG 2209587
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ UF: PI
ENDEREÇO: AV. MARECHAL CASTELO BRANCO - nº 282 BAIRRO: CENTRO
CNS: 706004318493745 RG: - ORGÃO EMISSOR:
NOME DO PAI: ALVINO FERREIRA DA SILVA
NOME DA MÃE: CARLINDA ALVES DA MOTA

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

HITALLO NIELISSON TARTZ ALENCAR
CRM 4855 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Contato: hospital@saopedro.pi.gov.br
www.saopedrodo Piaui.pi.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA *Jenaina*

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 14/10/19 HORA: 08:45 Nº DO TELEFONE: 3280-1244

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro

MUNICÍPIO: São Pedro do Piauí

MÉDICO: Alfredo Azeiteiro

CRM: 9655

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (x) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Arnaldo Ferreira da Mota

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino (x) Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde

Município de Procedência: São Gonçalo do Piauí

HDA: Problema de Hemorragia Supratentorial

Unidade de Pronto Socorro

HD: _____ CID: _____

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confuso
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mmHg PA: _____ mmHg Sat O: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração () Medicação (especificar)
- () Curativo () Outros:

Contato com regitbce/08/45
Agência de Vago

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____

Clínica/Posto: HU

Senha: ID: 48147 aut: 415990871

Os paciente já havia feito a cirurgia para cento e quarenta e sete por cento da lesão. A lesão já estava em contato com a região da base e foi realizada a remoção.



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:	27/03/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA


BANCO: 004

AGÊNCIA: 00123

CONTA: 000000021338-0

Nr. da Autenticação C091EA61E617FA65



 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ CNPJ: 06.845.747/0001-27 AV. S.A.L. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300		CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 08000 86 8888			
MÊS/ANO : 02/2019		VENCIMENTO : 21/02/2019			
MATRÍCULA : 18959530					
ALVINO F DA SILVA AVE MAL CASTELO BRANCO, NUM. 00282 CENTRO SAO GONCALO PI 64435-000					
INSCRIÇÃO 028.001.0005.0660.00 ROTA 002.0560					
CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDROMETRO	VOL. FATORADO		
RESIDENCIAL	1	A10N005814	10		
DESCRIÇÃO		N° DA CONTA			
REAL		78060254			
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR		
28/12/2018	29/01/2019	32	307		
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.		
01/2019 4	12/2018	31/2018 10	10/2018 5		
VALORES (R\$)					
TARIFA DE ÁGUA		28,72			
MANUTENÇÃO DE HIDROMETRO 001/001		1,60			
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		0,62			
Juros de mora 001/001		0,32			
DEMONSTRATIVO DE TÍTULOS		TOTAL A PAGAR (R\$)			
Base de Cálculo: 31,26					
IR: 1,58		COFINS: 0,94			
CSLL: 0,31		PIS/PASEP: 0,20			
A AGEPSISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGEPSISA.COM.BR					
MÉDIA MENSAIS DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR					
Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/MS	Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/MS
Turbidez	0,66	5,0	Fluor	1,5	
pH	6,10	5,0 a 9,5	Ferro	0,3	
Cor	1,40	15,0	Colif. Totais	Ausente	0
Cloro	2,40	0,2 a 5,0	Colif. Fecais	Ausente	0

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

OPVAT





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 022 12 07

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, esta determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF⁴.

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 BACEN SUPERVISÃO DE FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Paes de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) de Resseguro

Nivaldo Ferreira da Mota inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.839.163 / 73

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Nivaldo Ferreira da Mota

inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.839.163 / 73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos em anexo.

☒ 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 informado e anexar o 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 Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elestão Rezende</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>CarlaadrianaSouza@gmail.com</u>	CEP: <u>64.325-000</u>	Tel.(DDD): <u>(86) 99981 6008</u>

Local e Data: Elestão Rezende - Piauí - PI 13.03.2019

Adriana Paes de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/11/2021 11:10:10
<https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21112511100970300000021063357>
Número do documento: 21112511100970300000021063357

espaco
vida

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

Nivaldo F. MORA

Paciente vítima de acidente de
moto, com fratura de clavícula,
fez tratamento cirúrgico, atual-
mente com perda funcional
em torno de 50%.

5150

10/10/19

Dr. Altonir Viana
Cirurgião de Ombro e Cotovelo
CRM: 2831 TEOT-10452



Av. Leônidas Melo, 370 | Piçarra | Teresina-PI | CEP: 64.015-120



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO PEDRO DO PIAUI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO
CNES - 2324199 | CNPJ - 06.534.810/0001-76

OPERADOR DO SISTEMA - DANILO

DATA E HORA - 24/10/2018 08:30:32

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PRONTUARIO: 83978 NOME DO PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA NASC: 08/10/1972
RACA: 003 IDADE: 46 Anos, 3 Meses e 16 Dias
SEXO: M TELEFONE MOVEL: ??? TELEFONE FIXO: ???
CEP: 64435-000 MUNICIPIO (RESID): SAO GONCALO DO PIAUI UF: PI IBGE: 2209807
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO: SAO GONCALO DO PIAUI UF: PI
ENDEREÇO: AV. MARECHAL CASTELO BRANCO - nº 282 BAIRRO: CENTRO
CNS: 706004318493745 RG: - ORGÃO EMISSOR:
NOME DO PAI: ALVINO FERREIRA DA SILVA
NOME DA MÃE: CARLINDA ALVES DA MOTA

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTORICO CLINICO:

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

HITALLO NIRELISSON TAYJA ALENCAR
CRM 4655 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Contato: hospitals@saopedro.pi.gov.br
www.saopedrodopiaui.pi.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

944280554

Jenaina

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 14/10/18 HORA: 08:45 Nº DOTELEFONE: 3280-1244

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro

MUNICÍPIO: São Pedro do Piauí

MÉDICO: Afonso Rêgo

CRM: 9655

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria (x) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Arnaldo Ferreira da Mota

Data de Nascimento: Idade: anos

Sexo: () Masculino (x) Feminino

CPF: Cartão Nacional de Saúde

Município de Procedência: São Gonçalo do Piauí

HDA: Protna extenuidade superior do
unco do to após queda

HD: CID

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: °C P: bpm R: mrm PA: mmHg Sat O: Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração () Medicação (especificar)
- () Curativo () Outros:

Contato com regitbaco (08/95)
Aguirre da Silva

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital:

Clinica/Posto: HU

Senha: ID: 48147 aut: 415991870

O paciente já havia feito a cirurgia para remoção
do aneurisma plantarista e estava em contato com a reguladora
e foi encaminhado a senhora





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: Nivaldo Ferreira da Mota

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 492 481

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAIME
"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 Glitz 1020 Redenção - Fone: 86 3218 5465
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0002-32

Org. Out (Ch)
Vitalidade

OBS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 26/10/2018 13:38:33

DADOS DO PACIENTE:

User: TIRIANA

Hostname: ACC001

Nome:	NIVALDO FERREIRA DA MOTA		Prontuário:	492481
Mãe:	CARLINDA ALVES DA MOTA		Pai:	ALVINO FERREIRA DA SILVA
End. Resid.:	RUA MARCELO DUSSA CS 5970 - LOURIVAL FARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000 5.0			
Nascimento:	08/10/1972	Idade:	46a0m18d	Sexo: Masculino
Responsável:	JOAO MARCOS	CNS:	766004316493745	Fone: 86-34279-356
Profissão:	LAVADOR	Documento:	CPT:	-
G. Instrução:	Não informado	E. Civil:	Casado(a)	-
End. Local:	-			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	690967	Data:	26/10/2018 13:30:33	Condução:	VEICULO PRÓPRIO DO DE TERCEIROS		
Motivo da Procura:	DOS MEMBROS SUPERIORES				Convênio:	U 3	
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	-

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Dor intensa	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
ENCAMINHADO DA UPA-PROMOTOR O HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (VELOCIDADE MAIOR QUE 60KM/H) SAÍDA DA PISTA NA SEQUÊNCIA DE TRAUMA EM OMBRO D. NENHA OUTRAS QUEIXAS. (S C) NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. (SIC) RSC-15		NIRSIANA MORTES BAPTISTA ALVES COREN PI 138815 Em: 26/10/2018 13:48:29	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Ologia 15: alt. flácida e inchada. Dor no ombro
ad. alta de um grau
ATC ortopédico

RJ CORRETO-MA
DE SEGURANÇA
CRM 14.347
18 MAR 2017

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Assinatura Paciente ou Responsável	
Assinatura - Profissional Médico	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
M: 3766 - TEG: 11306
Assinatura - Profissional Médico





**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	225843

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	NIVALDO FERREIRA DA MOTA			6 - Prontuário:	492481
7-CNS:	706004318493745	8-Nascimento:	08/10/1972	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	CARLINDA ALVES DA MOTA			12-Fone	86-94279-356
13-Resp:	JOAO MARCOS			14-Fone:	86-94279-356
15-End:	RUA MARECHAL DUTRA CS 5970 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010				
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proc. Anterior 0408010185	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR		
21-Cod. Mudança Proc. 0308010019	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA		
27-CID Princ: 7111	26-Diagnóstico: Ferimento do membro superior, nível não especificado	28-CID Sec.:	29-CID C.Ass.:

38-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass. Carimbo Med. Gen. (CRM):
39-Data Solicitação: 26/10/2018	40-No. Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO. APÓS 24 HORAS DE INTERNAÇÃO FOI TRANSFERIDO PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO EM OUTRO ESTABELECIMENTO.

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 Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

(MATERIAL)

Dr. Ednan Soares Coutinho
Matrícula: 007499
SAMC - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 143990
	AIH: 2218101781269

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE NIVALDO FERREIRA DA MOTA	NASCIMENTO 08/10/1972	SEXO M	FRONTIÁRIO 492481
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE CARLINDA ALVES DA MOTA	RESPONSÁVEL JOAO MARCOS
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 08
BAIRRO PRIMÓRRAS	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MSD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S41.1 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408910185 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURAL LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) RICARDO SOARES VALENÇA CPF: 78709857591 CRM:	
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 26/10/2018		
DATA ADMISSÃO 26/10/2018 13:50	DATA ALTA 27/10/2018 10:00	MOTIVO ALTA TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CHOR NATURAL/ZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07939400363 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 26/10/2018 14:54:32 CPF: CRM: DATA ANA. JSP:
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Assinatura
Parecer Visto e Assinado
Mauricio de F. S. S.
SANTOS - PJE
CONFERE COM O ORIGINAL





No. da Autorização de Internação Hospitalar (A.H.)

143990

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executor:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	225843

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	NIVALDO FERREIRA DA MOTA			6 - Prontuário:	492481
7-CNS:	706004318493745	8-Nascimento:	09/10/1972	9-Sexo:	Masculino
RG:	1706627 - SSP PI				
11-Mãe:	CARLINDA ALVES DA MOTA	12-Fone:	86-94279-356		
13-Resp:	JOAO MARCOS	14-Cor:	Sem Informação		
15-Ende:	RUA MARECHAL DUTRA CS 5970 - LOURIVAL PARENTE - 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 DE MOTO COM TRAUMA EM MSD			
21 - Condições que justificam a internação:			
TRATAMENTO CIRURGICO			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
RX			
23-Diagnóstico Inicial:		24-CTD Prim:	25-CID Sec:
Luxação da articulação acromioclavicular		S431	26-CID C.Ass:

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

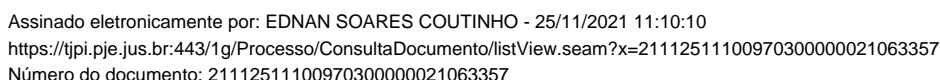
18-Cod.Proced.: 0408010185		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR		Tempo SU
24-Clinica:	30-Charater: Ident.: 02	31-Docum.: CPF: 01	32-Dec. Méd. Solic.: 787.098.575-91	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA		34-Data Solicitação: 26/10/2018		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Id. Bilhete:	41-Id. Cartão:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43 CNAE Empresa:	44 CBOE:
38- () Acidente Trabalho Trajet	-		
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado
() Aposentado	() Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:		47 - Data Autorização:	
48 - Documento:	49 - Num. Documento:		50 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
() CNS () ICDF			
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:			Usuário: IVALDIRICE NEPDES Consulta Local: 69096: Consulta SCS: Impressão: 28/02/2018 14:25:43





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otton Tito 1820 - Redenção - Fone: 06 3216 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002 00

LAUDO MÉDICO

Paciente: **NIVALDO FERREIRA DA MOTA** (Prontuário: 492481)
Endereço: **RUA MARECHAL DUTRA CS 5970 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: 09/10/1972 Idade: 46a1m28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 690967
Requisição: 886568 Solicitação: 26/10/2018 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1098868 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 26/10/2018

OMBRO DIREITO

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

- Fratura com deslocamento de fragmento no tubérculo maior do úmero.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/12/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



FOR

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: _____
CONTATO FEITO COM: _____
CONFIRMADO A VAGA: SIM (X) NÃO () _____

(143 990)

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Waldemar da Silva
 IDADE: 46 ESTADO CIVIL: casado
 ENDEREÇO: Rua da Liberdade
 RESPONSÁVEL: Waldemar da Silva

II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO () CIRÚRGICO ()

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Acidente de trânsito
Trauma em todo o
FG B-um.

EXAMES REALIZADOS: 187 exames D → L u r. a anomalia vascular

DIAGNÓSTICO: LAC (D) / 343.1
0008010/00

TRATAMENTO REALIZADO:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA-

Jose Ferreira (86)
 1990-1991
 1991-1992
 1992-1993
 1993-1994
 1994-1995
 1995-1996
 1996-1997
 1997-1998
 1998-1999
 1999-2000
 2000-2001
 2001-2002
 2002-2003
 2003-2004
 2004-2005
 2005-2006
 2006-2007
 2007-2008
 2008-2009
 2009-2010
 2010-2011
 2011-2012
 2012-2013
 2013-2014
 2014-2015
 2015-2016
 2016-2017
 2017-2018
 2018-2019
 2019-2020
 2020-2021
 2021-2022
 2022-2023
 2023-2024
 2024-2025
 2025-2026
 2026-2027
 2027-2028
 2028-2029
 2029-2030
 2030-2031
 2031-2032
 2032-2033
 2033-2034
 2034-2035
 2035-2036
 2036-2037
 2037-2038
 2038-2039
 2039-2040
 2040-2041
 2041-2042
 2042-2043
 2043-2044
 2044-2045
 2045-2046
 2046-2047
 2047-2048
 2048-2049
 2049-2050
 2050-2051
 2051-2052
 2052-2053
 2053-2054
 2054-2055
 2055-2056
 2056-2057
 2057-2058
 2058-2059
 2059-2060
 2060-2061
 2061-2062
 2062-2063
 2063-2064
 2064-2065
 2065-2066
 2066-2067
 2067-2068
 2068-2069
 2069-2070
 2070-2071
 2071-2072
 2072-2073
 2073-2074
 2074-2075
 2075-2076
 2076-2077
 2077-2078
 2078-2079
 2079-2080
 2080-2081
 2081-2082
 2082-2083
 2083-2084
 2084-2085
 2085-2086
 2086-2087
 2087-2088
 2088-2089
 2089-2090
 2090-2091
 2091-2092
 2092-2093
 2093-2094
 2094-2095
 2095-2096
 2096-2097
 2097-2098
 2098-2099
 2099-2100
 2100-2101
 2101-2102
 2102-2103
 2103-2104
 2104-2105
 2105-2106
 2106-2107
 2107-2108
 2108-2109
 2109-2110
 2110-2111
 2111-2112
 2112-2113
 2113-2114
 2114-2115
 2115-2116
 2116-2117
 2117-2118
 2118-2119
 2119-2120
 2120-2121
 2121-2122
 2122-2123
 2123-2124
 2124-2125
 2125-2126
 2126-2127
 2127-2128
 2128-2129
 2129-2130
 2130-2131
 2131-2132
 2132-2133
 2133-2134
 2134-2135
 2135-2136
 2136-2137
 2137-2138
 2138-2139
 2139-2140
 2140-2141
 2141-2142
 2142-2143
 2143-2144
 2144-2145
 2145-2146
 2146-2147
 2147-2148
 2148-2149
 2149-2150
 2150-2151
 2151-2152
 2152-2153
 2153-2154
 2154-2155
 2155-2156
 2156-2157
 2157-2158
 2158-2159
 2159-2160
 2160-2161
 2161-2162
 2162-2163
 2163-2164
 2164-2165
 2165-2166
 2166-2167
 2167-2168
 2168-2169
 2169-2170
 2170-2171
 2171-2172
 2172-2173
 2173-2174
 2174-2175
 2175-2176
 2176-2177
 2177-2178
 2178-2179
 2179-2180
 2180-2181
 2181-2182
 2182-2183
 2183-2184
 2184-2185
 2185-2186
 2186-2187
 2187-2188
 2188-2189
 2189-2190
 2190-2191
 2191-2192
 2192-2193
 2193-2194
 2194-2195
 2195-2196
 2196-2197
 2197-2198
 2198-2199
 2199-2200
 2200-2201
 2201-2202
 2202-2203
 2203-2204
 2204-2205
 2205-2206
 2206-2207
 2207-2208
 2208-2209
 2209-2210
 2210-2211
 2211-2212
 2212-2213
 2213-2214
 2214-2215
 2215-2216
 2216-2217
 2217-2218
 2218-2219
 2219-2220
 2220-2221
 2221-2222
 2222-2223
 2223-2224
 2224-2225
 2225-2226
 2226-2227
 2227-2228
 2228-2229
 2229-2230
 2230-2231
 2231-2232
 2232-2233
 2233-2234
 2234-2235
 2235-2236
 2236-2237
 2237-2238
 2238-2239
 2239-2240
 2240-2241
 2241-2242
 2242-2243
 2243-2244
 2244-2245
 2245-2246
 2246-2247
 2247-2248
 2248-2249
 2249-2250
 2250-2251
 2251-2252
 2252-2253
 2253-2254
 2254-2255
 2255-2256
 2256-2257
 2257-2258
 2258-2259
 2259-2260
 2260-2261
 2261-2262
 2262-2263
 2263-2264
 2264-2265
 2265-2266
 2266-2267
 2267-2268
 2268-2269
 2269-2270
 2270-2271
 2271-2272
 2272-2273
 2273-2274
 2274-2275
 2275-2276
 2276-2277
 2277-2278
 2278-2279
 2279-2280
 2280-2281
 2281-2282

Ass. e carimbo do médico

MOD. 1314 - HUT



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

REGISTRO: 402611829 **Nº REGULAÇÃO: 46845** **Tipo: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR**
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 3329-4321 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HJT - (86)
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 2323451 - HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)
PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, FÁSICO, EUPNEICO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR, PA:113X80;FC:80;T:37;SAT:99 EM AR AMBIENTE.

DADOS CLÍNICOS

NASCIMENTO: 04/01/1972

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR
OMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 27/10/2018 08:19:46

PJ CORRÊTORA DE SEGUROS

15 MAR 2019

DPVAT

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

REGULAÇÃO: 402611829	Nº REGULAÇÃO: 46845	TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
CIMENTO SOLICITANTE: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86)		
DELECIMENTO REFERENCIADO: 2323451 - HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - 4PM		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)		
PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA		
		NASCIMENTO: 08/10/1972

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, FÁSICO, EUPNEICO, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR. PA:113X80; FC:80; T:37; SAT:99 EM AR AMBIENTE.

DADOS CLÍNICOS

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 27/10/2018 08:19:46

Marcos César Lopes

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

REGISTRO: 402611829	Nº REGULAÇÃO: 46845	TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
ORIGEM SOLICITANTE: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86)		
ORIGEM REFERENCIADO: 2323451 - HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)		
PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA		
DADOS CLÍNICOS		NASCIMENTO: 08/10/1972

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, FÁSICO, EUPNEICO. VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR. PA:113X80; FC:80; T:37,5; SAT:99 EM AR AMBIENTE.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATORIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 27/10/2018 08:19:46

Marcos Soares Coutinho

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



COOPERADORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DIPVAT

Confere com o(a) original e
foi apresentado(a) e dou fé
Em, 11/04/19

Setor do Arquivo Técnico do

Lula Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 106108193-2 / Tel. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Nivaldo pereira da mota

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 422644/19.

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPi
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

Lula Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
RG: 106108193-2 / Tel. 14495-9
Setor do Arquivo Técnico



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 144188

AIH: 2218101792456

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5821856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIOCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

NIVALDO FERREIRA DA MOTA

NASCIMENTO

08/10/1972

SEXO

M

PRONTUÁRIO

412641

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

CARLINDA ALVES DA MOTA

RESPONSÁVEL

JOAO MARCOS FERREIRA MOTA

CPF

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

08

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PROMORAR

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, FASICO, EUPNEICO. VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR. PA:113X80; FC:80; T:37,5AT:99 EM AR AMBIENTE.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRANSFERÊNCIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S431 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS / ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010185 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURAL LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

ALCIONAR VIEIRA VIANA

CPF: 57914052353

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

27/10/2018

DATA ADMISSÃO

27/10/2018 16:09

DATA ALTA

01/11/2018 10:32

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO

CPF: 37320643009

CRM:

DATA ANÁLISE: 27/10/2018 16:37:15

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRA AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Luis Henrique Vaz de Sousa Rios 15:10H PM
RPM 205198153-21 Mpl 144188-9
Unidade de Saúde do Arquivo Técnico

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	810303
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	NIVALDO FERREIRA DA MOTA		6 - Prontuário:	422641			
7 - CNS:	706004318403745	8 - Nascimento:	08/10/1972	9 - Sexo:	M	CPF:	
11 - Mãe:	CARLINDA ALVES DA MOTA	12 - Fone:	86-3.2161528	14 - Cor:	PARDA		
13 - Resp:	JOAO MARCOS FERREIRA MOTA	19 - CEP:	64435-000	17 - Cod. IBGE:	220980	18 - UF:	PI
15 - Endere:	AVMACHELO CASTELO BRANCO	282	CENTRO	RG:	170618-27		
16 - Munic:	SAO GONCALO DO PIAUI						

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Queda com trauma no ombro

LUIS FELIPE VASCONCELOS PEREIRA
RGPM 105191 193-27 Mal. 14-95-9
Chefe do Setor de Análise Técnica

21 - Condições que justificam a internação:

hcn

22 - Principais Resultados das Provas Diagnósticas (Resultado dos Exames Realizados)

LAC

23 - Diagnóstico Inicial:

LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

24 - Cid Princ.: S431

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408010185 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Tempo SUS
2

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Carater:

01

Ident:

1

31 - Documento:

CPF

32 Doc. Med. Solic.

18778899841

33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

27/10/2018

Dr. Ariomar Veras Viana
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM 26047-0-210452

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	40 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE, Empresa	44 - CII OR
38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.			

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização	50 - Ass. Conselho (RG Conselho)
48 - Documento	49 - Num. Documento	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

João Marcos Ferreira Mota

Usuário: IRANIR SOARES
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão: 15:31:41





Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		27/10/2018
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA		Pront.: 422641
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 08/10/1972 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 810303	Enfermaria: POSTO II	ENF 212 LEITO Leito: 212
CLÍNICA		Pai:		
		Mãe: CARLINDA ALVES DA MOTA		
Médico Assistente		RG: 1706627		
Permanência		Residência:		
		AVMACHELO CASTELO BRANCO		
		Nr.: 282		
		Cep: 64435000		
CLÍNICA		Bairro: CENTRO		
		Cidade: SAO GONCALO DO PIAUI		
		Telefone: 86 - 32161528		

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Lesão com trauma no ombro direito

Luis Henrique de Moraes Reis 1º TEN PM
RGPM 105188193-21 Mai 144969
Chefe do Setor de Análise Técnica

DIAGNÓSTICO

Provisório: <i>LAC</i>	CID S431
Principal: <i>LAC</i>	CID
Procedimento: <i>Pro Amigdalotomia de LAC</i>	Causa Médica
Sintomas e Sinais Principais: <i>bol</i>	Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:		Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirurgião				<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirurgião
Data/Hora de Internação 27/10/2018 15:29:45		DURAÇÃO Data da Alta: <i>28/10/18</i>		Data da Hospitalização <i>1/1</i>
Saída		Transferência		Óbito
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico		<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório		<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros
				<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

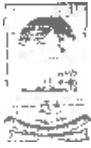
THE *1/1*

Assinatura: *[Assinatura]*

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1842 - Fone: (86) 3216-1258 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0001-25 - CMC. 035.372-8





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 31 / 10 / 2021
Nº DO PRONTUÁRIO: 422.641 SALA: 07
CÓD DA CIRURGIA: 641.50.100.13

Descrição da Cirurgia:

- ① Pct em om no bloquiu
- ② Punct no ombro o
- ③ Reduções da LSC
- ④ Sutura com fios de algodão
- ⑤ Sutura

Luis Henrique dos Reis 1º TEN PM
RGPM/105198193-21 Mat. 14195-9
Chefe do Setor de Injúria Técnica

Dr. Alciomar Veiros Vianna
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM: 25317-1 - 10452

Cirurgia: O Hto cirurgico da LSC

Cirurgião: Alciomar Veiros

1º Auxiliar: —

2º Auxiliar: —

3º Auxiliar: —

Instrumentador: Marcos

Circulante: Marcia Regina / Sabrina Jesus

Marcia Regina
Téc em Enfermagem
COREN 850657-PE





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 126839
PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA
NOME DA MÃE: CARLINDA ALVES DA MOTA
DATA DO NASCIMENTO: 08/10/1972
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 27/10/2018
DATA DO LAUDO: 23/11/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Traço radioluciente, parcialmente visível, localizado na extremidade distal da clavícula, fixada por fio metálico.

Imagens nodulares ovaladas, com densidade cálcica, localizadas no aspecto posterior da cabeça do úmero.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Traço radioluciente, parcialmente visível, localizado na extremidade distal da clavícula, fixada por fio metálico.

Imagens nodulares ovaladas, com densidade cálcica, localizadas no aspecto posterior da cabeça do úmero, que pode estar relacionadas a fragmentos ósseos destacados.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

[Assinatura]
Luis Henrique V. Isconzo de Rêa - 1º TEN PM
RGPM 105138193-27 Mai 11495-9
Chefe do Setor de Diagnóstico

[Assinatura]
Dr. Lige e da família
Médico
CRM-Pi 6179

LEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 417

Av. Higino Cunha, 1642 – Ilhotas – Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-3215
Fax (86) 3216-1520



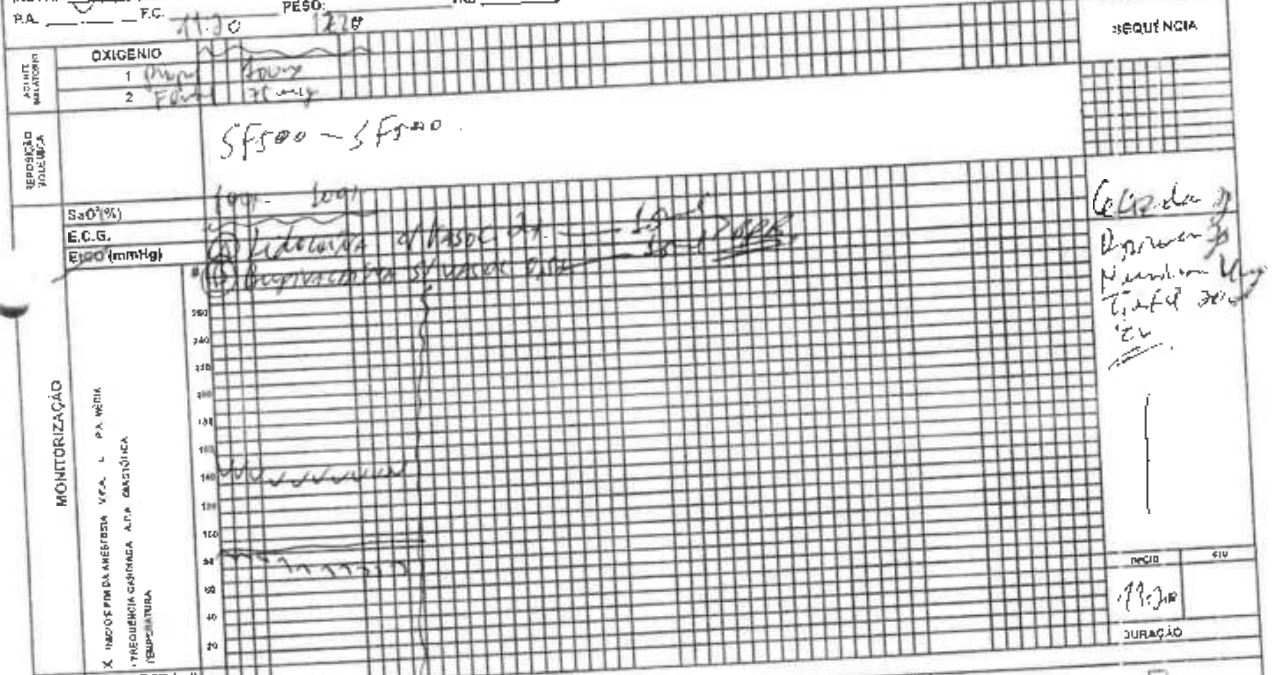
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCET ARCOVERDE



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 31/10/2021
Nº DO PRONTUÁRIO: 422691 SALA: 12
CÓD DA CIRURGIA: 0415010032

NOME: Nivaldo Ferreira da Costa
PROCEDIMENTO: Cirurgia + LSC
CIRURGIÃO: Alexandre
INSTR.: Alexandre
P.A.: 11.30 F.C.: 12.10
Idade: 46 Sexo: M ASA: 1
Apt/Enf e Letão: 212-03
ANESTESIA: Bloq + Sedação
FIM: 12.40 SALA: 07
CIRC.: Jânio Sabino
Hta: Gilcemia Creatina Respi:



Técnica Anestésica: Bloq. Plexo Braquial D VIA interossea
Conteúdo Adicional: (A+B)

MONITORIZAÇÃO

ECG

PAM

PANI

Eximeto

Capnógrafo

PVC

Curva

Tempo

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

Medicamentos Utilizados

Adrenalina Amp

Água dest. 10ml Amp

Atropina Amp

Bexira Amp

Bromopride Amp

Cefazolin 1g Fr

Cefotaxime Fr

Ciprofloxacina Fr

Clonidin Amp

Colóide () Fr

Dexametazona Amp

Diazepam Amp

Dimetil Amp

Dipirona Amp

Dolantina Amp

Droperidol Amp

Eftoril Amp

Efedrina Amp

Enflurano ml

Fentanil ml

Fentanil (S/C) Amp

Halotano ml

Hidrocortisona ml

Isotulurano ml

Jelco n° Und

Lidocaina % V Fr

Metaclopramide Amp

Manitol Fr

Midazolam Fr

Metronidazol Fr

Neocaina Psa 0.5% Amp

Narcen Amp

Nevalup 0.5% Fr

Nubain Amp

Neocaina % V Fr

Neocaina 0.5% Isobar Amp

Neostigmina Amp

Omaprazol Amp

Ondasetrona Amp

Poliso Gel Fr

Pancuronio Amp

Propofol Fr

Propofol ml Amp

Ranitidina Amp

Quelidina Amp

Quelidina ml

Remifentanyl Fr

Ringer-lactado Fr

S. Fisilog. 0.1% ml Fr

S. Glucosado 1% ml Fr

Scalp n° Und

Tracur Amp

Tilid Fr

Tiopental Fr

Anestesiologia-CRM



ID: 123448
Paciente: NIVALDO FERREIRA DAMOTA
Módulo: 0457
Sexo: M

HPM



LUS-443183-1502-05-05-17 12X PM
RCPM 125198193-2: Mai, 14-195-9
Corte no Sítio do Arquivo Técnico

Horas: 08:41
Exame: 23/10/2018



ID: 126448
Paciente: NIVALDO FERRERA DA MOTA
Idade: 046Y
Sexo: M

HPM

ROT. INTERNA
D



11/11/2021 11:10:10
05:08:193-21 Mai 14-195-0
Setor de Arquivo Técnico

ROT. EXTERNA
D



Hora: 08:42
Exame: 29/10/2018



ID: 125446
Paciente: NIVALDO HERRERA DA MOTA
Idade: 64y
Sexo: M

HPM

ROT. INTERNA

D



ROT. EXTERNA

D



Hor: 08:42
Exame: 29/10/2018





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

21203



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME

2. CIRURGIA PROPOSTA:

3. REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N):

1. Cirurgia anterior: () 2. AVC () 3. Alergia respiratória () 4. Alergia medicamentosa () 5. Diabetes ()
6. Dça. Art. Coop. () 7. ICC () 8. Dça. Pulm. () 9. HAS () 10. IAM () 11. Asma () 12. DPOC ()
13. T.B () 14. Fumo () 15. Reumatismo () 16. Dça. De chagas () 17. Uso Med. () 18. DUAP () 19. Dça. Renal () 20. Anemia () 21.
Dist. Coag. () 22. Outros ()

COMENTÁRIOS:

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

a) ESTADO GERAL: 1. Bom () 2. Regular () 3. Precário () 4. Dispnético () 5. Ictérico () 6. Cianótico ()

b) Aparelho respiratório - Expansibilidade:

Ruidos Advertdidos: SIM () NÃO ()

c) Aparelho circulatório: PA

Inspeção e palpação:

d) Abdomen-Pelve:

5. ÍNDICE DE REFERÊNCIA

a) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (DETSKY, 1985)

10 Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m

5 Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m

10 Angina classe III (CSS*), limitação

importante às atividades físicas diárias

20 Angina classe IV (CCS), angina nos mínimos

Esforços ou repouso

10 Angina instável nos últimos 6m

10 Edema pulmonar na última semana

<15 pts: Baixo risco de complicações

>15 pts: Alto risco de complicações

CONCLUSÃO:

a) NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

CLASSE I - Ind. com dça. cardíaca sem limitação da atividade física

CLASSE II - Ind. com dça. cardíaca com pequena limitação da atividade física

CLASSE III - Ind. com dça. cardíaca com importante limitação da ativ. física

CLASSE IV - Ind. com dça. cardíaca e incapaz de fazer atividade física

CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (ASA)

ASA I - Índice saudável

ASA II - Índice com dça. sistêmica discreta

ASA III - Índice com dça. sistêmica grave/não da ativ./não incapacitante

ASA IV - Moribundo; sem esperança de sobrevivência p/24h c/ ou s/ cirurgia

CONCLUSÃO:

d) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO-GOLDMANE COL. (1997)

1. HISTÓRIA (a). Ind. >70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)

2. EX.FÍSICO (a) Galope ou estase jugular (11pt) (b) Estenose imp (8pt)

3. ECG (a) Ritmo não-sinusal/ BAP (7pt) (b) BVP + Smin (7pt)

4. ESTADO GERAL: PaO2<60 / PaCO2>50 / K<3/ Creatin >3/TGO/TGP Anormal

Insuf. Hepática / Ind. Acamado

IND.: GRUPO I (0-5 pt) compl. não fatal 0.7% fatal 0.2%

GRUPO II (6-12 pt).....5%.....2%

GRUPO III (13-25pt).....11%.....2%

GRUPO IV (>12 pt).....22%.....56%

CONCLUSÃO:

Ass. e carimbo Médico:

EXAMES

1. Ht/Hb/Pla.

2. Deuco/Bt/Seg:

3. Glicose:

4. Ur/Cr:

5. TS/TC:

6. TGO/TGP:

7. Tropono/CKmb:

8. ECG:

9. Urina-I:

10. ECO 2D:

11. U.Som:

12. RX Tórax:

13. TC/RNM:

Lúcia Helena de Fátima dos Santos 1º TEN PM

RGPW 05108183-21 Mai 14435-3

PM de São do Aguiar, Ceará

Dr. Francisco José Lima
CRM 12101

Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí -

ISPMPI

Av. Higino Cunha, 1642, Ilhéus,

CEP: 64.014-220, Teresina-PI

Fone: (86) 3216.1520

CNPJ: 07.444.159-0002/25 CNES 2323451



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/11/2021 11:10:10

https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21112511100970300000021063357

Número do documento: 21112511100970300000021063357

**NEUROcentro**

Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA
Convênio: INSTITUTO AROAQUES (P.R.)
Solicitante: Dr(a) ALCIOMAR VERAS VIANA
Código: 318146,02 RG 1706627 espi

Idade: 46 anos
Sexo: Masculino
Data: 30/05/2019 07:41
CPF

RAIO-X DO OMBRO DIREITO

Achados:

Luxação na articulação acromioclavicular inferindo lesão ligamentar.
Articulação glenoumeral com largura preservada.
Demais estruturas ósseas com morfologia e densidade normal.
Irregularidade na tuberosidade maior do úmero com calcificação de 1,9 cm na topografia, que pode corresponder a calcificação na inserção tendínea do manguito rotador.

Conclusão:

Raio-x do ombro direito evidencia luxação na articulação acromioclavicular inferindo lesão ligamentar.
Irregularidade na tuberosidade maior do úmero com calcificação de 1,9 cm na topografia, que pode corresponder a calcificação na inserção tendínea do manguito rotador.

Documento assinado digitalmente em 30/05/2019 por:
Dr. Fabio Augusto Costa Martins




Fabio Augusto Costa Martins
CRM-2632

Rua Olavo Bilac, nº 1737 - Centro / Sul • CEP 64001-280 • Teresina - PI • (86) 3217.1111 • www.neurocentro.com



Neurocentro

Rua Olavo Bilac, Centro, 1737, sala 01, (86) 3217-1111
(86) 3217-1111



NIVALDO FERREIRA DA MOTA

São Gonçalo do Gurguéia/PI
Instituto Aroques (p.r.) 0101010

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA COM

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA.AO EXAME

**FRATURA CONSOLIDADA,POREM AINDA COM
LIMITAÇÃO**

DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO.

CID 10 - S 42

Teresina, 30/05/2019

Dr. Alciomar Veras Viana
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM: 2631 TEOT-10452

Dr. ALCIOMAR VERAS VIANA
CRM 2631

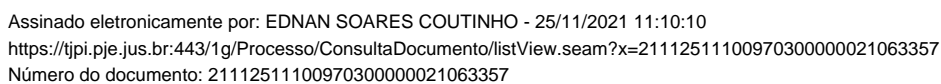
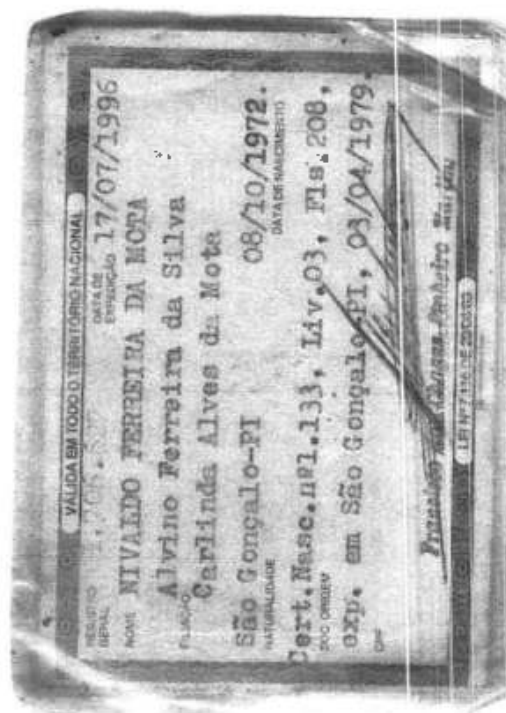




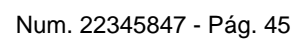
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT



PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 MAR 2013
DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207412 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PG 1 E 22

DANOS

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



Sinistro - 31901207412

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Nivaldo Ferreira da Mata
RG 1.706.627 / CPF 013.839.163-73
Residente a Rua Quenida Marechal Castelo Branco 282, Cidade de
São Gonçalo do Rio Preto / Bairro: Centro
UF Piauí CEP 64.435-000

Telefone para contato: (6) 99348-1344 / (86) 99425-0930/999816008

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:

Solicito uma perícia médica DPVAT, me
paguei R\$ 1.683,50 sem nem menos eu ter
ido a perícia, recebi o valor mais não com
code pois o valor foi baixo. Gostaria
com adiantamento de pagamento no rubricado
maior do número.

Local: São Gonçalo do Rio Preto PI UF: Piauí DATA 05/06/2019



Nivaldo Ferreira da Mata

ASSINATURA

OBS:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207412 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207412 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PG 1 E 22

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207412 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO JÁ INDENIZADO EM 22/03/2019 NO VALOR DE R\$ 1.687,50 POR DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.
REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



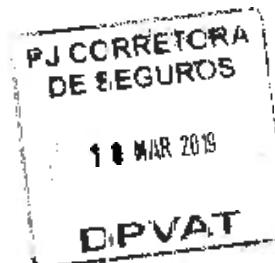
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Nivaldo Ferreira da Mota BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL casado PROFISSÃO lavrador CI RGN. nº 1.706.627 CPF/IME
Nº 013.839.163-73 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA Avenida Marechal Castelo Branco 282 Centro
CIDADE DE São Gonçalo do Piauí - PI
ESTADO Piauí CEP 64.435-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.394.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº 244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUÍ-PI

PODERES: O OUTORGANTE *concede poderes especiais* ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Angical - Piauí - PI 05 de Dezembro de 2018

Nivaldo Ferreira da Mota

OUTORGANTE

Cartório Unico de Registros
Av. Mal Castelo Branco 2
São Gonçalo do Piauí
CEP - 64.435-000



RECONHEÇO A FIRMA DE
Nivaldo Ferreira da Mota
outorgante
São Gonçalo, 05 de 12/2018

Antonio Nascimento de Oliveira
Tabelião Oficial de Registros
Matricula Nº 4087372



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092822/19

Número do Sinistro: 3190207412

Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

CPF: 013.839.163-73

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

