

Email - Alar... | Controle di... | Sistemas | Controle di... | Audiências | Consulta p... | 0800341-3... | Baixar o ar... | (8) WhatsApp... | +

Não seguro | https://pjpi.pje.jus.br/lg/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listAutosDigitais.seam?dProcesso=265123&ca=6e183ce026697b8ca6f115180adf5bbf75c8...

Apps SISTEMAS

PJe ProceComCiv 0800341-32.2019.8.18.0072

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

22345843 - Petição (2779178 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL 01)

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

25 nov 2021

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO  
2234437 - Petição  
22345843 - Petição (2779178 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL 01)  
22345847 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2779178 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL Anexo 02)

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

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

downloadBinario.seam 1 / 2 100% 32 de 30

2779178- C3/ 2021-00011/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo n.º 08003413220198180072

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
<b>NIVALDO FERREIRA DA MOTA (AUTOR)</b>	<b>FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
22344 437	25/11/2021 11:10	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
22345 843	25/11/2021 11:10	<a href="#"><u>2779178_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Petição
22345 847	25/11/2021 11:10	<a href="#"><u>2779178_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

**SEGUE EM ANEXO IMPUGNAÇÃO AO LAUDO PERICIAL.**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/11/2021 11:10:09  
<https://tjpi.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21112511100919800000021062602>  
Número do documento: 21112511100919800000021062602

Num. 22344437 - Pág. 1



**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.<sup>a</sup>, 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.joaoarbosaadvass.com.br](http://www.joaoarbosaadvass.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

Num. 22345843 - Pág. 1

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

Num. 22345843 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14078156



Pág 00371/00372 - Carta 01 - INVADIZ



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

Núm. 22345847 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

abaixo:

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, 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](http://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](http://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

Carta nº 14453.101

Pag. 00475/00476 - carta\_09 - INVALIDEZ



00060238



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. 3



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

Nº do sinistro ou ASU:

17 - da vítima:

013.839.163-73

Nome completo da vítima:

Munaldo Ferreira da Mota

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

Nome completo:

Munaldo Ferreira da Mota

CPF: 013.839.163-73

Profissão:

Lavrador

Endereço:

Avenida Mauchel Cartelo Branco

Número: 280

Bairro:

Centro

Cidade:

São Gonçalo do Piauí Piauí

Estado: Piauí

Cidade:

Recusou-se

CEP: 64.435-000

Tel. (DDO):

(86) 69981-6008

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

 REUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$6.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM REUSO R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$9.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPOFÂNCIA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todas as contas) Banco do Brasil (001) Itaú (341)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o número da conta)

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA: 00123

CONTA: 0000 34 338

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo o Seguradora a credenciar credito na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a ser pago em direito, reembolsável e não-acreditado, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob os parâmetros da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização devido ao DPVAT, por invalidez permanente, uma vez que  (assinalar uma das opções): 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 da pedido.

Peço que seja respeitado, cabalmente, o prazo de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, devidamente, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para constatação da existência e quantificação das lesões e/ou incapacidades devidas ao acidente, de acordo com a perícia realizada, caso discordar da constatação, caso discorde da sua constatação.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

Data da óbito da vítima:

Grau de parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

Vítima teve filhos?

 Sim Não

Se tiver filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vel nascituro)?

 Sim Não

Vítima

separou

 Sim Não

pais favorecidos

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora não pague, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se enquadrem nas situações descritas no artigo 290 do Código Penal.

Local e Data: São Gonçalo PI 13.03.2019

Nome:

CPF:

1º Assinatura de quem assina a RGSO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

19 MAR 2018

2º Nome:

CPF:

Assinatura

DPVAT

Este laudo é de natureza provisória e deve ser substituído por laudo definitivo, emitido por profissional habilitado, maior e capaz, para prestar-se a qualificação da vítima, dentro de 60 (sessenta) dias, contados da data da constatação da existência das lesões e/ou incapacidades devidas ao acidente, de acordo com a perícia realizada, caso discordar da constatação, caso discorde da sua constatação.

O laudo é de natureza provisória e deve ser substituído por laudo definitivo, emitido por profissional habilitado, maior e capaz, para prestar-se a qualificação da vítima, dentro de 60 (sessenta) dias, contados da data da constatação da existência das lesões e/ou incapacidades devidas ao acidente, de acordo com a perícia realizada, caso discordar da constatação, caso discorde da sua constatação.

Este laudo é de natureza provisória e deve ser substituído por laudo definitivo, emitido por profissional habilitado, maior e capaz, para prestar-se a qualificação da vítima, dentro de 60 (sessenta) dias, contados da data da constatação da existência das lesões e/ou incapacidades devidas ao acidente, de acordo com a perícia realizada, caso discordar da constatação, caso discorde da sua constatação.

Este laudo é de natureza provisória e deve ser substituído por laudo definitivo, emitido por profissional habilitado, maior e capaz, para prestar-se a qualificação da vítima, dentro de 60 (sessenta) dias, contados da data da constatação da existência das lesões e/ou incapacidades devidas ao acidente, de acordo com a perícia realizada, caso discordar da constatação, caso discorde da sua constatação.

Este laudo é de natureza provisória e deve ser substituído por laudo definitivo, emitido por profissional habilitado, maior e capaz, para prestar-se a qualificação da vítima, dentro de 60 (sessenta) dias, contados da data da constatação da existência das lesões e/ou incapacidades devidas ao acidente, de acordo com a perícia realizada, caso discordar da constatação, caso discorde da sua constatação.





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. 5



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

Data/Hora

24/10/2018 - 12:09

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

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

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

19 MAR 2019  
PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

DPVAT

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	XRE 300	2017	PIR5606	9C2MD4100HR021791	0126905159	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: Bairro: CENTRO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia de polícia civil, para comunicar um acidente de transito, fato ocorrido na estrada PI - 223, que da acesso par a Cidade de São Gonçalo do Piauí - PI, mais precisamente no povoado Caicara; relata o noticiante que estava conduzindo sua motocicleta que ao passar em uma curva fechada não consegui equilibrar a motocicleta e veio a cair fora da pista de rolamento, ao cair foi para a residencia de um morador proximo ao local do acidente; que o mesmo o levou ate a residencia do coincidente; que no dia seguinte foi ate o hospital de São Pedro, que o médico de plantão examinou e transferiu para um hospital de Teresina; o noticiante fraturou o ombro direito. Diante do exposto pede providencia por parte desta Delegacia de Policia Civil. Era o Boletim.

Gregório Luiz De Sousa - Mat. 0096920  
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL  
Gregório Luiz De Sousa  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 0096920

NIVALDO FERREIRA DA MOTA - Noticiante

Responsável pela Informação





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

Delegado de Polícia

Gregório Lira de Sousa  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 003692-0

Márcio Ferreira da Costa





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

Nº do sinistro ou ASU:

17 - da vítima:

013.839.163-73

Nome completo da vítima:

Munaldo Ferreira da Mota

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

Nome completo:

Munaldo Ferreira da Mota

CPF: 013.839.163-73

Profissão:

Lavrador

Endereço:

Avenida Mauchel Cartelo Branco

Número: 280

Salário:

Centro

Cidade:

São Gonçalo do Piauí Piauí

Estado:

Cidade:

Recusar-se

CEP:

64.435-000

Tel. (DDO):

(86) 69981-6008

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

 REUSO INFORMAR SEM FONCA ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$6.000,00 R\$6.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 APÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPOFÂNCIA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Banco do Brasil (337) Itaú (341) Banco do Brasil (301) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todas as bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de conta)

(Inserir o dígito de conta)

AGÊNCIA: 00123

CONTA: 0000 34 338

(Inserir o dígito de conta)

(Inserir o dígito de conta)

Autorizo o Seguradora a credenciar credito na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a ser pago em direito, reembolsável e na forma desejada, somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob os parâmetros 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 invalidade permanente, uma vez que  (assinalar uma das opções): 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 da pedido.

Peço que seja respeitado, cabalmente, o prazo de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, devidamente, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões e/ou incapacidades permanentes, e renunciando ao direito de contestá-la, caso discorde da sua conclusão.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data da óbito da vítima:

Grau de parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

 Sim  Não

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

Vítima teve filhos?

 Sim  Não

Se tiver filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (val nascituro)?

 Sim  Não

Vítima deixou

seu

 Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora não pague, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se enquadrem nas situações elencadas, desde que não houver infração do artigo 290 do Código Penal.

Local e Data: São Gonçalo PI 13.03.2019

Nome:

CPF:

Munaldo Ferreira da Mota

(1º) Assinatura de quem assina a RGCC

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 MAR 2018

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

DPVAT

O Segurado deve informar seu beneficiário, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário fornecido. A SEGURO LIDER, no preenchimento da declaração, não é responsável e responde, comprometendo-se a dar-lhe ciência do local, hora e dia da elaboração, antes do preenchimento e assinatura.





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. 9

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

OPERADOR DO SISTEMA - DANILÓ

DATA E HORA - 24/18/2018 08:30:32

**ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

PRONTUÁRIO: 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 MÓVEL: ??? TELEFONE FIXO: ???  
CEP: 64435-000 MUNICÍPIO (RESIDE): SÃO GONÇALO DO PIAUÍ UF: PI IBGE: 2209887  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICÍPIO MASCIMENTO: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ UF: PI  
ENDEREÇO: AV. MARECHAL CASTELO BRANCO - nº 282 BAIRRO: CENTRO  
CNS: 706004318493745 RG: - ORGÃO EMISSOR:  
NOME DO PAI: ALVIM FERREIRA DA SILVA  
NOME DA MÃE: CARLINDA ALVES DA MOTA

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

*Doença de Anof, crise febril + que murcha febre alta e se desfaz do creme diretamente.*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

*Doxiciclina 100mg dia*



HITALLO NIHELISSON TARÇA ALEMAR  
CRM 4855 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Contato: hospital@scopadoc.pi.gov.br  
www.saoopedrodopiaui.pi.gov.br

POLEGAR



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

Num. 22345847 - Pág. 10



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

SHAK  
394282554

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 14/10/13 HORA: 08:45 N° DOTELEFONE: 3280-1244

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro  
MÉDICO: Thiago Alencar MUNICÍPIO: São Pedro do Piauí  
CRM: 965

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Mivaldo Ferreira da Mota

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

CPF \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde \_\_\_\_\_

Município de Procedência: São Gonçalo do Piauí

RUA: Próximo à Igreja Matriz da Serra de São Gonçalo

CEP: 63700-000

ID: \_\_\_\_\_

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.O₂: \_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

( ) Oxigênio ( ) Hidratação Venosa  
( ) Aspiração ( ) Medicação (especificar) \_\_\_\_\_  
( ) Curativo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: \_\_\_\_\_ Cílica/Posto: HU Senha: ID: 48147 aut: 415991871

O paciente já havia feito a cirurgia para entubação.  
O enfermeiro plantonista informou no contato com a agilidade  
e foi consultada a sentença.



# 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



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. 12

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ CNPJ: 06.845.747/0001-27 AV. SAI. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300					CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO <b>08000 86 8888</b>																																																																
<b>MÊS/ANO : 02/2019 VENCIMENTO : 21/02/2019</b>					<b>MATRÍCULA : 10959530</b>																																																																
<p>ALVINO F DA SILVA AVE MAL CASTELO BRANCO, NUM. 00282 CENTRO SAO GONCALO PI 64435-000</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">INSCRIÇÃO 001.0005.0660.00</th> <th colspan="4">NOTA 002.0560</th> </tr> <tr> <th>CATEGORIA</th> <th>RÉCONOMIAS</th> <th>HIDROMÉTRICO</th> <th>VOL. FATORADO</th> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>N.º DA CONTA</th> </tr> <tr> <td>RESIDENCIAL</td> <td>1</td> <td>A10N005814</td> <td>10</td> <td>REAL</td> <td>78060254</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DT. LITR. ANTER.</td> <td>DT. LITR. ATUAL</td> <td>DIAS CONSUMO</td> <td>LITR. ANTERIOR</td> <td>LITR. ATUAL</td> <td>MÉDIA</td> </tr> <tr> <td>28/12/2018</td> <td>29/01/2019</td> <td>32</td> <td>307</td> <td>312</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>MÊS/ANO CONS.</td> <td>MÊS/ANO CONS.</td> <td>MÊS/ANO CONS.</td> <td>MÊS/ANO CONS.</td> <td>MÊS/ANO CONS.</td> <td>MÊS/ANO CONS.</td> </tr> <tr> <td>01/2019 4</td> <td>12/2018</td> <td>31/2018 10</td> <td>30/2018 6</td> <td>09/2018 5</td> <td>08/2018 5</td> </tr> </tbody> </table> <p>VALORES (R\$)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TARIFA DE ÁGUA</td> <td>28,72</td> </tr> <tr> <td>MANUTENÇÃO DE HIDROMETRICO 001/001</td> <td>1,60</td> </tr> <tr> <td>MULTA IMPONTUALIDADE 001/001</td> <td>0,62</td> </tr> <tr> <td>JUROS DE MORA 001/001</td> <td>0,32</td> </tr> </tbody> </table> <p>Base de Calculo. 31,26 TOTAL A PAGAR(R\$)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>IRI:</th> <th>0,50</th> <th>CORFINS:</th> <th>0,94</th> </tr> <tr> <th>CSLL:</th> <th>0,31</th> <th>PIS/PASEP:</th> <th>0,20</th> </tr> </thead> </table> <p>A AGESPIA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA RETIRE Z VIA NO SITE WWW.AGESPIA.COM.BR</p> <p style="text-align: right;">PJ CORRETORA DE SEGUROS 19 MAR 2019 OPVAT</p>						INSCRIÇÃO 001.0005.0660.00		NOTA 002.0560				CATEGORIA	RÉCONOMIAS	HIDROMÉTRICO	VOL. FATORADO	DESCRIÇÃO	N.º DA CONTA	RESIDENCIAL	1	A10N005814	10	REAL	78060254	DT. LITR. ANTER.	DT. LITR. ATUAL	DIAS CONSUMO	LITR. ANTERIOR	LITR. ATUAL	MÉDIA	28/12/2018	29/01/2019	32	307	312	10	MÊS/ANO CONS.	01/2019 4	12/2018	31/2018 10	30/2018 6	09/2018 5	08/2018 5	DESCRIÇÃO	VALOR	TARIFA DE ÁGUA	28,72	MANUTENÇÃO DE HIDROMETRICO 001/001	1,60	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,62	JUROS DE MORA 001/001	0,32	DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS				IRI:	0,50	CORFINS:	0,94	CSLL:	0,31	PIS/PASEP:	0,20					
INSCRIÇÃO 001.0005.0660.00		NOTA 002.0560																																																																			
CATEGORIA	RÉCONOMIAS	HIDROMÉTRICO	VOL. FATORADO	DESCRIÇÃO	N.º DA CONTA																																																																
RESIDENCIAL	1	A10N005814	10	REAL	78060254																																																																
DT. LITR. ANTER.	DT. LITR. ATUAL	DIAS CONSUMO	LITR. ANTERIOR	LITR. ATUAL	MÉDIA																																																																
28/12/2018	29/01/2019	32	307	312	10																																																																
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.																																																																
01/2019 4	12/2018	31/2018 10	30/2018 6	09/2018 5	08/2018 5																																																																
DESCRIÇÃO	VALOR																																																																				
TARIFA DE ÁGUA	28,72																																																																				
MANUTENÇÃO DE HIDROMETRICO 001/001	1,60																																																																				
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,62																																																																				
JUROS DE MORA 001/001	0,32																																																																				
DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS																																																																					
IRI:	0,50	CORFINS:	0,94																																																																		
CSLL:	0,31	PIS/PASEP:	0,20																																																																		

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR		
Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/MCT
Turbidez	0,66	3,0
PH	6,10	5,5 A 9,5
Cor	1,40	15,0
Cloro	2,40	0,2 A 5,0

Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/MCT
Fígor		1,5
Perco	0,00	0,3
Colif. Totais	Ausente	0
Colif. Fecais	Ausente	0



**TIM**  
**BLACK**

Página 1 de 2

Rua das Amoreiras, 1914  
Bairro: Jardim das Amoreiras  
Cidade: Teresina - PI  
CEP: 64044-530  
Fone: (86) 3214-10000-11

**R\$ 139,47**

**VENCIMENTO**

**25/01/2019**

**EMISSÃO: 07/01/2019**

**POSTAGEM: 21/01/2019**

**FATURA: 3649223240**

**CLÍENTE: 1.67423773**

**CPF/CNPJ: 84939443353**

**ACESSO: 86 99999-3007**

**DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014**

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**  
RUA SETE DE SETEMBRO, 264  
CEP: 64032-000  
MUNICÍPIO: ELESBÁO VELOSO - PI

**IMPORTANTE PARA ADRIANA**

Caro(a) cliente, excepcionalmente neste mês você poderá pagar sua fatura até o dia 30/01/2019, com cobranças de juros e multa. Consta nessa fatura a cobrança de um novo serviço: Serviço de Voz 4G para o número 86999993007.

**RESUMO DA SUA CONTA DE 07/DEZ A 06/JAN**

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
<input type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,77
<input type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ -6,29

**VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007**

**PRINCIPAIS DADOS**

DETALHE DO PLANO OFERECIDO	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/12 a 06/01	139,99
Oferta TIM Pós C Plus	-	-	9/12	31	07/12 a 06/01	-50,00
Internet	-	-	-	-	-	139,99
Internet banda larga BDD com 41	10GB	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Internet banda larga Video	Ilimitado	163m36s	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
TV Digital	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas Virtuais	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
One Backup 30GB	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído

**MAIS DETALHES DA SUA CONTA**

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com todo a  
conveniência e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite  
[www.apometim.com.br](http://www.apometim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

APLICAÇÃO	ALIQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	HST	R\$ 0,73
IPVA	3,6%	R\$ 307,08	R\$ 11,02	FUNTEL	R\$ 0,54
IPVA (0,5%) - Serviços Telecom	0,5%	-	-	-	-
IPVA (0,5%) - Serviços Fonecom	0,25%	-	-	-	-

Os descontos de IPVA (0,5%) e FUNTEL (0,5%) não são repassados às equipes



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar o conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet  
todo mês. Para mais informações e condições, consulte [www.tim.com.br](http://www.tim.com.br) ou ligue para o central de atendimento TIM.

**DETALHES DO CLIENTE**

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

MOTIVADAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009121536776014	JAN/2019	07/01/2019	25/01/2019	R\$ 139,47

VIA BANCO

84680000001 - 5 39470309011 - 7 00364922324 - 9 00121536776 - 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraalide.com.br](http://www.seguradoraalide.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 reclamaciones y sustituciones, 24 horas por día): 0800 022 51 89 | SAC (para deficientes auditivos o de falta): 0800 022 12 06 | Central Ciudad: 44 32 00 00

## **INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 455-1 disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.funep.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 devem 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 INPAVI, todavia, esta determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVISÃO, PREVAZ, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO IBAMA, QUE FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍGITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Quirós de Sára Silveira

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

Niulde Ferreira da Mota Inscrito (a) no CPF sob o N° 013.839.163-73

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Nivaldo Ferreira da Mata

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos conforme:

Recuso informar

**Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-OPVAT, residir no endereço abaixo, informando o endereço comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação penal prevista no art. 290 do Código Penal.**

Endereço:	<b>Rua Sete de Setembro</b>	Número:	<b>244</b>	Complemento:	<b>Centro</b>	
Bairro:	<b>Centro</b>	Cidade:	<b>Elesbão Veloso</b>	Estado:	<b>Piauí</b>	
E-mail:	<b>Coriolaniasousa@gmail.com</b>				CEP:	<b>64.365.000</b>
					Tel.(DDD):	<b>(86) 99981-6008</b>

Local e Data: Eletric 2eloso - dia 01/03/2019

Aline Paula de Souza Silveira  
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

10 MAR 2019

PPVAT

PPVAT

由 DBI 2013-001-2013



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

<https://tipi.pie.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2112511100970300000021063357>

Número do documento: 21112511100970300000021063357

Num. 22345847 Pág. 15

espaço  
Vida

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
19 MAR 2019

DPVAT

Nivaldo F. Mora

Paciente vítima de acidente de  
moto, com fratura de clavícula  
feita fratura exposta, enor-  
me-se com perda funcional  
em torno de 50%.

3150

10/01/19

CRM 2831 TEOT-10452  
Dr. Alissonimar Versas Viana  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO PEDRO DO PIAUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
São Pedro do Piauí  
HOSPITAL LOCAL MARCOLENO BARBOSA RIBEIRO  
CNPJ - 2324199 | CNPJ - 06.554.810/0001-76

OPERADOR DO SISTEMA - DANILÓ

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

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PRONTUÁRIO: 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 MÓVEL: ??? TELEFONE FIXO: ???  
CEP: 64435-000 MUNICIPIO (RESIDE): SAO GONCALO DO PIAUI UF: PI IBGE: 2209807  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO: SAO GONCALO DO PIAUI UF: PI  
ENDERECO: 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:

*Doença de crostas,*

*cre ralo + que murcha -*  
*pular espalhado ao redor*  
*direito.*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

*Dolofusco lepto* *(Moxa)*



PDI EGAR

HITALLO NIHELISSON TARJA ALENCAR  
CRM 4655 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

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



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

Num. 22345847 - Pág. 17



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

SHAK  
9 4428 0554  
jondina

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  
MÉDICO: Jeferson Alencar

MUNICÍPIO: São Pedro do Piauí  
CRM: 9655

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstétrica ( ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Pediatra ( ) Outro

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 MAR 2019

OPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Miranda Ferreira da Mota

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

CPF: \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_

Município de Procedência: São Gonçalo do Piauí

HDA: Problema crônico de espasmo do

ócio e dor após esforço

RD: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR:

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

RESPOSTA VÉRBAL:

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

RESPOSTA MOTORA:

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

SINAIS VITais

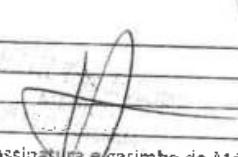
Tax: \_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_ mmHg PA: \_\_\_\_ mmHg Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

Coletos no registo (09/18)  
Aguas das Vagas.

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

  
Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO:

Hospital: \_\_\_\_\_

Clínica/Posto: HU

Senha: ID: 48147 aut 415991870

O paciente já havia feito a cirurgia para cinto e  
o informante plantonista entrou em contato com a reguladora  
e foi encaminhado a senda





NOME DO PACIENTE: Nivaldo Ferreira da Mata

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 492 481

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



615

Aug 2nd Ch  
Chrysanthemum

OBS

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Mito 1020 - Redenção - Fone: 86 3210 5463  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-32

**BOLETIM DE ENTRADA = BE**

**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 25/10/2018 13:58:37

User: ~~DEPARTMENT~~

Miscellaneous ACCRO'11

<u>Name:</u> NIVALDO FERREIRA DA MOTA		<u>Frontuário:</u> 492481
<u>Mãe:</u> CARLINDA ALVES DA MOTA	<u>Pai:</u> ALVINO FERREIRA DA SILVA	
<u>End. Resid.:</u> RUA MARCELO DUARTE CS 5970 - LOURIVAL PARENTE - TERNINA - PI - CEP: 64000 0.0		
<u>Nascimento:</u> 08/10/1972	<u>Idade:</u> 46 Anos	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Responsável:</u> JOAO MARCOS		<u>CNS:</u> 786004316493745
<u>Profissão:</u> LAVRADOR		<u>Documento:</u> CPF: . . . -
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 690967	<u>Data:</u> 26/10/2018 13:30:33	<u>Condução:</u> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
<u>Motivo da Procura:</u> DOR MEMBROS SUPERTORES		<u>Conversão:</u> 0,3
<u>Acid. Trab.:</u> NÃO	<u>Acid. Trajeto:</u> NÃO	<u>Acid. Trab. Tipico:</u> NÃO
		<u>CID Secundário:</u>

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação:</u>
TRAUMA MAIOR	Dor intensa	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
<u>Brave História:</u>			Profissional Clas. Risco:
ENCAMINHADO DA UPA-PHOMORR A HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO (VELOCIDADE MAIOR QUE 60KM/H, MOTO SAIU DA PISTA HÁ 30 METROS DE TRAJETO EM DIREÇÃO ATRAS, QUEIXAS: (S S) NÃO FAZIA USO DE Capacete. (SIC)			
RCU-15			
			MURIBIANA MARCOS SANTOS DOS ALMEIDAS COREN PT 138812
			Ent: 26/10/2018 13:48:29

DADOS CLÍNICOS: (Hora: : )

Otoño 15: alt. flos de naranjales. Por un lado  
el otro lado en gran  
alcantarrillado

~~as ambas~~ 100  
CORRETORES  
ESTADUAIS  
MUNICIPAIS  
NACIONAIS

19 MAY

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

# E X A M E S C O M P L E M E N T A I R E S

## O m p l e x

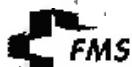
**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

Su: Internação, indique o Procedimento e o CTD  
0408010185  
Procedimento CTD

Assinatura Paciente ou Responsável

*R. Ricardo Valençoa*  
topedia - Traumatologia - 533/  
toped 11305  
3766 - TECN. 11305  
Resinatura - Profissional Medicina





**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	225843

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>NIVALDO FERREIRA DA MOTA</b>	6 - Prontuário: <b>492461</b>		
7-CNS: <b>706004318493745</b>	8-Nascimento: <b>08/10/1972</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>- - -</b>
11-Mãe: <b>CARLINDA ALVES DA MOTA</b>			12-Fone: <b>86-94279-356</b>
13-Resp: <b>JOAO MARCOS</b>			14-Fone: <b>86-94279-356</b>
15-Ender: <b>RUA MARECIAL DUTRA CS 5970 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010</b>	17-Cod. IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>
16-Munic: <b>TERESINA</b>			

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Proced. Anterior <b>0408010185</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR</b>
21-Cod. Mudança Proced. <b>0308010019</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA</b>
22-CID Princ. <b>T111</b>	23-Diagnóstico: <b>Frimento do membro superior, nível não especificado</b>

38-Profissional Responsável: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	24-CID Sec.: <b>29-CID Cl Ass.:</b>
39-Data Solicitação: <b>26/10/2018</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>787.098.575-91</b>	41-Ass.Carimbo Med.Gol.(CRM)

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

50-Justificativa da 'NÃO' autorização:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>____/____/____</b>	52-CNS/CPF: <b>_____</b>
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) <b>(MARINELVA)</b>

*Patrícia Viana Sales Lacerda  
Matrícula: 021493  
SAMC - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL*



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 143990  
AIH: 2218101781269

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HÓSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HÓSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	NIVALDO PEREIRA DA MOTA		08/10/1972	M	452481
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		CARLINDA ALVES DA MOTA	JOAO MAROS		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
			08		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF		
PROMORAR		TERESINA	PI		

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MSD

**CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO**

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

RX

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S41 - LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR		

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

040801015 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO ACROMIOCLAVICULAR

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 26/10/2018

RICARDO SOARES VALENCA  
CRM: 7870957591

DATA ADMISSÃO 26/10/2018 13:30	DATA ALTA 27/10/2018 10:00	MOTIVO ALTA TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO	CRM:
-----------------------------------	-------------------------------	---	------

**CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)**

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SERIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR NATURIZA DA LESÃO

**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO**

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO / AUDITORIA
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CRM: 0793460983	DATA ANALISE: 26/10/2018 14:54:32 CPF: 00000000000000000000 CRM: DATA ANA JSF

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

POLO  
Médico Vídeo Socorro  
CONFERE COM O CERTIFICADO



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

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

225843  
J43990

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	225843

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>NIVALDO FERREIRA DA MOTA</b>	6 - Prontuário: <b>492481</b>
7-CNES: <b>706004318493745</b>	8-Nascimento: <b>09/10/1972</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	RG: <b>1706627 - SSP PI</b>
11-Mae: <b>CARLINDA ALVES DA MOTA</b>	12-Fone: <b>86-94279-356</b>
13-Resp: <b>JOAO MARCOS</b>	14-Cor: <b>Sem Informação</b>
15-Ender: <b>RUA MARECHAL DUTRA CS 5970 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-010</b>

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MSD

*Ricardo Soares Valença  
Patrícia Lima Sales Leão  
Manoel C. L. S.  
CONFIRMO - Ricardo Soares Valença*

21 Condições que justificam a internação:

**TRATAMENTO CIRÚRGICO**

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

Luxação da articulação acromioclavicular

24-CTO Prnt: **5431** 25-CIU Sec.: **26-CII C.Ass.:**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

26-Cod.Proced.: <b>0408010185</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR</b>	Tempo SUS: <b>2</b>
28-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b> 31-Docum.: <b>01</b> 32-Doc. Méd. Solic.: <b>CPF</b> 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	34-Data Solicitação: <b>26/10/2018</b>
35-Art.: <b>02</b> 36-CPF: <b>787.098.575-91</b>		39-Area: <b>Cirurgia</b> 40-Sec.: <b>01</b> 41-ORCI: <b>11303</b>

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

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

45 - Vínculo com a Previdência:

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

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização:
48-Documento: <b>( ) CNS ( ) ICPF</b>	49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **VALÉRIE MONTEIRO**  
Consulta Local: **690967**  
Consulta SIS: **26/10/2018 14:25:43**  
Impressão: **26/10/2018 14:25:43**





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Rua Dr. Antônio Mato 1820 - Recreio - 50.445  
TERESINA PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.511/0322-02

PREScrição MÉDICA No.: 18586 - Em: (27/10/2018)

Internação:	Prontuário:	Paciente:	Dr. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
Evolução:	50-431	NIVALDO FERREIRA DA MOTA	Dr. EDNAN	ANEXO 2 (C1)	AL10	JOSE FERREIRA NETO	
Nota:	VAC (D)			Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:		
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:			Dosis:	Unid.:	Via:	Horários:
dietas	ORAL TIPO LIVRE, SÓLIDOS 5% Agua NUTRICIONISTA MRS/GRAS						RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SOBRO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO (Jelva)			1,00	Frasco	EV	
2	TENOXICAN 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.			1,00	Ampola	EV	12/12h
3	DIPRORONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.			1,00	Ampola	EV	6/6h
4	FANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.			50,00	mg	EV	12/12h

Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS

*ATENÇÃO — → 8/10 SN*

*18:30 horário folheado*

*Puru KOM, shoul, boneke,  
orientado, DAS queixas —*

*EDNAN SOARES COUTINHO*

*ANEXO 2 (C1)*

*AL10*

*JOSE FERREIRA NETO*

*ANEXO 2 (C1)*

*JOSE FERREIRA NETO*



**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

Fundacão Municipal de Saúde

Niños firmarán los libros

NOME DO PACIENTE	DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	DATA:	PRESCRIÇÃO MÉDICA	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
			HORA:	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/Especialidade	OBSERVAÇÕES		
<u>Wendel Pires</u>	<u>Urticaria</u>	<u>06/08/2018</u>	<p>Visto Nutricionista Patrícia Viana</p> <p>1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8hs 7 - CCGG + SSVV</p>	<p>14:30h 14:30h 14:30h 14:30h 14:30h 14:30h 14:30h</p>		<p>15:00 Admitido por comecante dor de estômago, urticária, arrepios, febre ao falar dito. Observado febre e urticária. Fazendo uso do MSD. URG. 755</p>		

MEDICO/CRM:

Mod. 007

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

Núm. 22345847 - Pág. 25



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otacílio Cito 1820 - Redenção - Fone: 66 3216 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.622.917/0000-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **NIVALDO FERREIRA DA MOTA** (Prontuário: 492481)  
Endereço: RUA MARECHAL DUTRA CS 5970 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 08/10/1972 Idade: 46a1m28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 690967  
Requisição: 886588 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 destacamento de fragmento no tubérculo maior do úmero.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/12/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 MAR 2019

PPVAT

Patrícia Mariana Soares Araújo  
Matr. 1125110097030000021063357  
CONFIRA CONSULTE  
CONFIRA CONSULTE



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. 26



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

FMS  
Fundação Municipal de Saúde

SUS

## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: HUT  
CONTATO FEITO COM: \_\_\_\_\_  
CONFIRMADO A VAGA: SIM  NÃO

143 990

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Márcio da Costa  
IDADE: 46 ESTADO CIVIL: Casado  
ENDERÉCOS: Rua das Flores  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

### II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO ()

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Acidente de trânsito  
Trauma na coluna D  
+6 Braço.

EXAMES REALIZADOS:

PT + sangue D → Lavar, acomodar -  
Vascular

Luis Henrique Antunes Reis - TFM PW  
RG PM 125103193 / Mat. 144859  
(Médico de Apoio Clínico)

DIAGNÓSTICO:

LAC D | 343.1  
848010/03/2019 PC CORRETORA DE SEGUROS  
19 MAR 2019

TRATAMENTO REALIZADO:

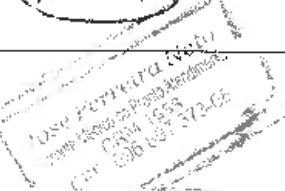
Exame de Vida

DPVAT

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

HR → HPA

27/10/2018



Ass. e carimbo do médico

MOQ. IX04 - HUT



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

AÇÃO: 402611829

Nº REGULAÇÃO: 46845

TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

3229-432 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86)

ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 2323451 - HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRceu ARCOVERDE - HPM

LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

NASCIMENTO: 01/01/1972

**DADOS CLÍNICOS**

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.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CD): 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:

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

15 MAR 2019

DPVAT

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

Médico Responsável pelo encaminhamento / Carimbo  


MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



**ENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULACAO**

<b>COMPROVANTE DE REGULACAO</b>		
<b>ACAO:402611829</b>	<b>Nº REGULACAO:</b> 46845	<b>TIPO:</b> TRANSFERENCIA INTERHOSPITALAR
<b>RECLAMO:</b> HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	<b>ESTABILIZACAO:</b> 3223451	<b>UNIDADE:</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86)
<b>ALACIONAMENTO SOLICITANTE:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86)	<b>ALACIONAMENTO REFERENCIADO:</b> 3229-4121	<b>DATA:</b> 08/10/97:22
<b>LEITO:</b> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)	<b>PACIENTE:</b> NIVALDO FERREIRA DA MOTA	<b>NASCIMENTO:</b> 08/10/97:22
<b>DADOS CLINICOS</b>		
<b>HISTORIA CLINICA:</b> PACIENTE ESTAVEL CONSCIENTE DIRECOES: 3223451		

## DADOS CLÍNICOS

**DADOS CLÍNICOS**

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:111X80;PC:80;T:37;SAT:99 EM AR AMBIENTE.

**PROVAS DIAGNÓSTICAS:**

## PROVAS DIAGNÓSTICAS.

**EXAMES SOLICITADOS:**

**DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR**

## UMORBIDADE:

### PRESSÃO ARTERIAL

#### **GLICEMIA:**

USO ANTIHÍDRO

#### USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES

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

*Marcus César Lopes*  
M. C. L.

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

- MAR 2018

DPVAT



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

**AÇÃO: 402611829**

**Nº REGULAÇÃO:** 46845

**TIPO:** TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR

5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON RODRIGUES - HUT - (86)  
 3239-4321

**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:** 2323451 - HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

**ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:** 2323451 - HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

**LEITO:** ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

**PACIENTE:** NIVALDO FERREIRA DA MOTA

**NASCIMENTO:** 08/10/1972

**DADOS CLÍNICOS**

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

**PRUVAS DIAGNÓSTICAS:**

**EXAMES SOLICITADOS:**

**DIAGNÓSTICO(CID):** LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

**OMORBIDADE:**

<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b>	<b>FREQ. CARDIACA:</b>	<b>SATURAÇÃO:</b>	<b>FREQ. RESPIRATORIA:</b>
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			

**USO ANTIBIÓTICOS:**

**USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:**

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

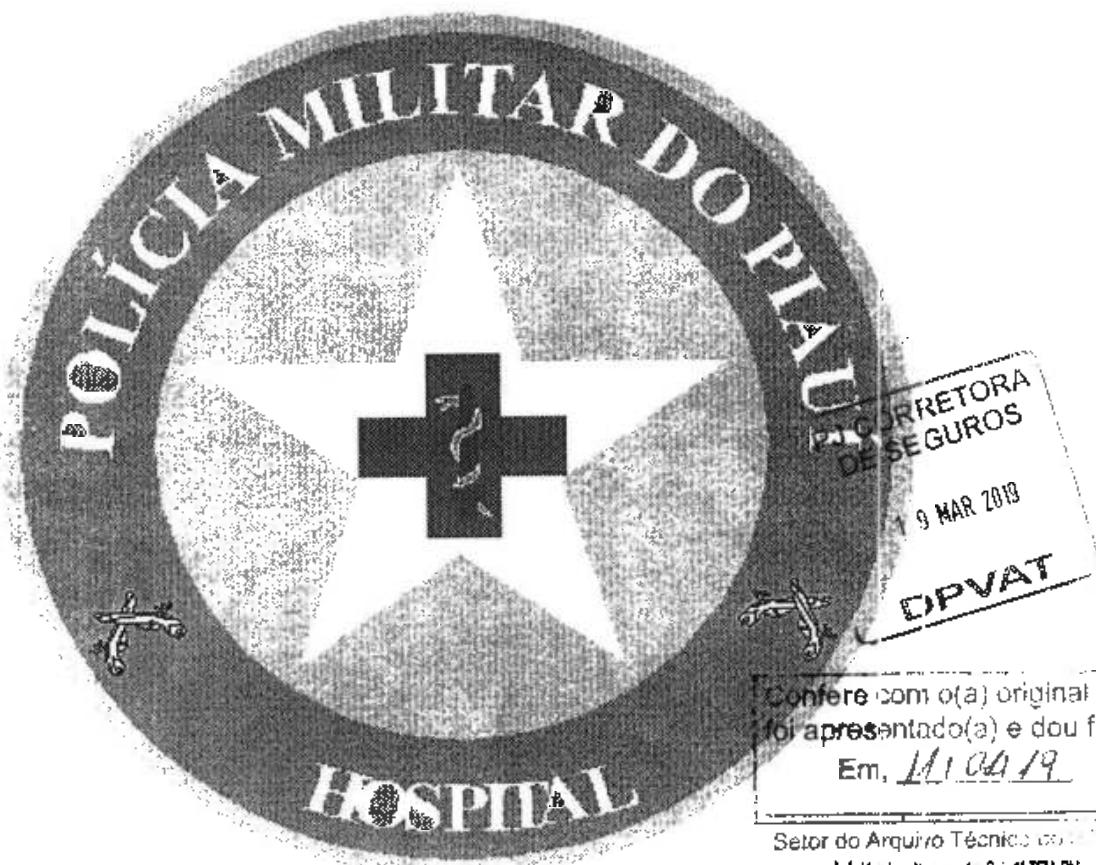
*Márcia Gessner Lopes  
 CRM: 11.000-0  
 2018-10-27*

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO**





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



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

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

Luis Henrique Vassconcelos Ribeiro 1º TEN PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
RG: 1061081103-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Nivaldo Ferreira da Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 402641/10

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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



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

**Saude**  
Secretaria de Estado

*Luis Henrique Vassconcelos Ribeiro*  
RG: 1061081103-2 Mat. 14495-9  
Setor do Arquivo Técnico



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 144188

AIH: 2218101792456

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES  
5921856

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**  
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRceu ARCOVERDE - HPM

CNES  
2323451

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	NIVALDO FERREIRA DA MOTA		08/10/1972	M	422641
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL
			CARLINDA ALVES DA MOTA		JOAO MARCOS FERREIRA MOTA
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		MUNICÍPIO		NÚMERO / LOTE
			TERESINA		08
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		UF
PROMORAR			TERESINA		PI

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE ESTAVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, FASICO, EUPNEICO. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR. PA:113X80;PC:101737;SAT:99 EM AR AMBIENTAL.

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
TRANSFERÊNCIA

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

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS /SSOCIADAS
S43 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR		

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0408010185 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO ACROMIOCLAVICULAR

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO N.º DO CONSELHO))		
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)			
CARÁTER	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO N.º DO CONSELHO))		
URGÊNCIA			
CARÁTER	ALCIONAR VERAES VIANA		
URGÊNCIA	CRM: 5791405233		
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA	CRM:
27/10/2018 16:09	01/11/2018 10:32	MELHORADO	DPVAT

**CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)**

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N.º DO BILHETE SERIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO**

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO N.º DO CONSELHO))	PROFISSIONAL PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
JOSÉ DE RIBAMAR SANTOS FILHO CPF: 07300645300	CRM: DATA ANÁLISE: 27/10/2018 16:37:15

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

Luis Henrique Vazco 005 Rua 1º Ten PM  
RGPM 105198113-21 NIS 14496-9  
Endereço: Belo Horizonte - Minas Gerais





Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

810303

## Identificação do Paciente

5 - Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

6 - Prontuário: 422641

7 - CNS: 706004318483745	B - Nascimento: 08/10/1972	9 - Sexo: M	CPF:
11 - Mãe: CARLINDA ALVES DA MOTA		12 - Fone: 86-3.2161528	
13 - Resp: JOAO MARCOS FERREIRA MOTA		14 - Cor: PARDA	
15 - Endere: AVMACHELO CASTELO BRANCO	282	CENTRO	19 - CEP: 84435-000
16 - Munic: SAO GONCALO DO PIAU			17 - Cod. IBGE: 220980
			18 - UF: PI
			RG: 17068-27

## 20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Aludia com dor no braço es*

*Mal*  
 Luis Henrique Vaz Zanotto Reis 127 ENPM  
 ROPM 105191 193-2 Mai 14-95-9  
 Chefe do Setor do Atendimento Técnico

## 21 - Condições que justificam a internação:

*por*

## 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

*LAC*

*PJ CORRETORA  
DE SEGUROS*  
*13 MAR 2019*

## 23 - Diagnóstico inicial:

24 - Cid Princ.: \$431      25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_ 26 - Cid C.Ass.: \_\_\_\_\_

LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

*DPVAT*  
*13 MAR 2019*

## Procedimento Solicitado

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

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

Tempo SUS  
2

## 29 - Clínica:

30 - Carater:

Ident:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

## POSTO II

01

1

CPF

16778699841

*Dr. Adriomar Veras Viana*  
*Cirurgião do Ombro e Cotovelo*  
*CRM 56 - CRM - Ceará - MEC - Sociedade*  
*10457*

## 33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

## 34 - Data de Solicitação:

27/10/2018

## 36 - ( ) Acidente de Trânsito.

## 37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.

## 38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajeto.

## 45 - Vínculo com a Previdência. ( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado.

## 46 - Nome do Profissional Autorizador

## 47 - Data Autorização

*09/11/18*

## 48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Assinatura. Cálculo RG Consultor

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.		User: IRANIR SOARES
<i>José Mário Ferreira Mota</i>		Consulta Local:
		Consulta SUS:
		Impressão: 15:31:41





**Pólicia Militar do Piauí**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

**FOLHA DE INTERNAÇÃO**

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM  NÃO

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM  NÃO

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

**FICHA DE PRONTUÁRIO**

27/10/2018

Pront.: 422641

Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Nasc.: 08/10/1972 Sexo: M Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 810303 Enfermaria: POSTO II ENF 212 LEITO Leito: 212

Pai:

Mãe: CARLINDA ALVES DA MOTA

RG: 1706627

Residência:

AVMACHELO CASTELO BRANCO  
Nr: 282  
Cep: 64435000

Bairro: CENTRO  
Cidade: SAO GONCALO DO PIAU  
Telefone: 86 - 32161528

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

Tudo com dor no ombro

Luis Henrique dos Reis 1º TÉNU  
RG/RN: 105188193-21 Mai 1449  
Cidade do Sítio do Aqujum Teúco

**DIAGNÓSTICO**

Provissório:

LAC

CID S431

Principal:

990 Anágico de LAC

CID

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Causa Médica

Histo - Patológico:

**TRATAMENTO**

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

**DURAÇÃO**

Data da Alta:

Data da Hospitalização

Data/Hora de Internação  
27/10/2018 15:29:45

ALTA

Saída

Transferência

Óbito

- Curado
- Melhorado
- Inalterado
- A Pedido
- Internação p/ Diagnóstico

- Divisão Médica
- Por Indisciplina
- Evasão
- P. Ambulatório

- Fisiologia
- Psiquiatria
- Outros

- Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
- Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
- Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Ednan Soares Coutinho*

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"  
Av. Higino Cunha, 1842 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1526  
CEP: 64014-090 - Teresina - PI . CNPJ.: 07.444.159/0001-25 - CMC: 035.373-B



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

<https://tjpi.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2111251110097030000021063357>

Número do documento: 2111251110097030000021063357

Num. 22345847 - Pág. 34



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 31 / 10 / 2021  
Nº DO PRONTUÁRIO 422.641 SALA 07  
CÓD DA CIRURGIA: 641.5010013

Descrição da Cirurgia:

- (1) Pct em oor nos blogos
- (2) Preto no ombro e
- (3) dedos da LSC
- (4) Sutura com fio de nylon
- (5) Sutura

Luis Henrique dos Reis Neto TÉCN PVI  
RGPM/105/198193-21 Mat. 14185-B  
Chefe do Setor de Enjunto Técnico

Dr. Alcionar Viana Viana  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
CRM: 2631 T-31 - 30452

Cirurgia: Ofto duplo da LSC

Cirurgião: Alcionar Viana

1º Auxiliar: —

2º Auxiliar: —

3º Auxiliar: —

Instrumentador: Manoel

Circulante: Sabrina Jesus

Marcos  
Tec em Enfermagem  
NACION 850657-TE





**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 radiolucente, parcialmente visível, localizado na extremidade distal da clavícula, fixada por fio metálico.

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

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

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

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

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Luis Henrique Vizcaino de Reis - 1º TEN PH  
RG/MV 105138133-21 Mat 11495-9  
Celular: 086 9 9800 162900

**EDNANE SOARES DE SAMPAIO**  
CRM: 417

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

Telefone: (86) 3227-5245  
Fax (86) 3218-1520

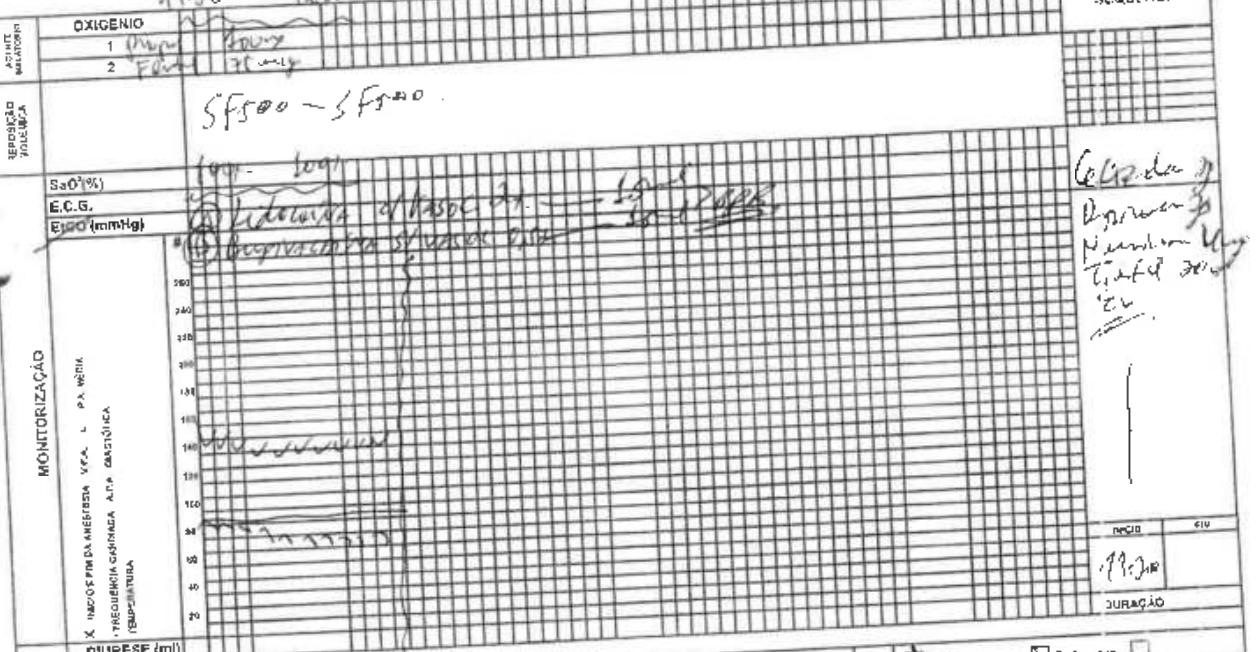
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL BIRCEU ARCOVERDE

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 31/10/2021  
Nº DO PRONTUÁRIO: 422.691 SALA 122  
CÓD DA CIRURGIA: 5415010012

NOME: Nivaldo Ferreira da Costa  
PROcedimento: Crat. Uretra + LAC  
Cirurgião: Alcioneaux AUX: — ANEST: Paulo  
INSTR.: Toyke CIRC: Janice Sabrina  
P.A. — F.C. 110 1220  
Peso: Hto: Glucemia: Creatina: Respir: —

SEQUÊNCIA



MONITORAÇÃO	PERÍODO		CIV	
	INICIO	FINAL	INICIO	FINAL
ECD				
PAM				
PANI				
PVC				
Oxigênio: 100%				
N <sub>2</sub> O: 100%				
Ar. Medic.: 100%				
DATA:	11/10/2021			
DURAÇÃO:				

Medicamentos Utilizados	
Adrenalina	Amp
Água dest. 10ml	Amp
Atropina	Amp
Bexta	Amp
Bromocriptina	Amp
Catecolamina 1g	Fr
Cefatolina	Fr
Ciprofloxacina	Fr
Clonidina	Amp
Colágeno	Fr
Dexametasona	Amp
Diazepam	Amp
Dilmorf	Amp
Dipirona	Amp
Dobutamina	Amp
Droperidol	Amp
Etoril	Amp
Efradim	Amp
Enflurano	ml
Fentanil	ml
Fentanil (S/C)	Amp
Homidol	ml
Hidrocortisona	ml
Isoflurano	ml
Jelco n°	Und
Lidocaina	% V Fr
Metoclopramida	Amp
Manitol	Fr
Midazolam	Fr
Metronidazole	Fr
Neocalina Psz 0,5%	Amp
Narcen	Amp
Novacapri 0,5%	Fr
Nubain	Amp
Neocaina 1% V Fr	
Neocalina 0,5% Isobaf	Amp
Neostigmina	Amp
Omeprazol	Fr
Ondesetrona	Fr
Poliso Cel	Fr
Pancuronio	Amp
Profenid	Fr
Propofol	Fr
Ranitidina	Amp
Quetamina	ml
Quetamina	Fr
Remifentanil	Fr
Ringer-Lactato	Fr
S. Fisiológico 0,9%	ml Fr
S. Glucosado 5%	ml Fr
Scalp n°	Und
Tracur	Amp
Titanol	Fr
Tropental	Fr

Anestesia CRM



Home: 0841  
Extn: 29102018



ID: 123448  
Patient: NW  
Ward: 0457  
Sister: M

Paciente: **NIVALDO FERREIRA DAMOTA**  
Médico: **CASY**  
Sexo: **M**

丁  
四



Num. 22345847 - Pág. 38



ID: 123443  
Prestador: NILVALDO FERRERA DA MOTA  
Número: 0457  
Sexo: M

HPM

ROT. INTERNA

D



Luis Henrique da Mota  
05:00 PM - 25/11/2021  
05:00 PM - 25/11/2021  
Selo do Arquivo Técnico

ROT. EXTERNA

D



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. 39

ID: 123446  
Paciente: NILVALDO FERREIRA DA MOTA  
Idade: 048y  
Sexo: M

HFM



CC



CC



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

21/03/03



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO  
NOME: Nivaldo Gonçalves da M. IDADE: 46 SEXO (M) F) DATA: 25/10/18  
2. CIRURGIA PROPOSTA: 07/03/03  
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 Médio ( ) 18. DUAP ( ) 19. Dça Renal ( ) 20. Anemia ( ) 21.  
Dist. Cong. ( ) 22. Outros ( ).  
COMENTÁRIOS:

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

- a) ESTADO GERAL: 1: Bom ( ) 2: Regular ( ) 3: Precário ( ) 4: Dispnéico ( ) 5: Ictérico ( ) 6: Cyanótico ( )  
b) Aparelho respiratório - Expansibilidade: MV ( ) FTV ( )  
Ruidos Advertidos: SIM ( ) NÃO ( )  
c) Aparelho circulatório: PA: 160 X 90 mmHg Pulsos: 100/Min FC: 70/  
Inspeção e palpação: Asculta RGR: 0/0 Bulhares ( )  
d) Abdomen-Pelve:

5. ÍNDICE DE REFERÊNCIA

b) ÍNDICE DE RISCO CARDIACO (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  
Esforges 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:

\*CCS: Canadian Cardiovascular Society

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 atív. físiica  
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/lim. da atív./não incapacitante  
ASA IV - Moribundo; sem esperança de sobrevida p/24h e/ ou s/ cirurgia  
CONCLUSÃO:

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

1. HISTÓRIA (a). Ind. +70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)  
2. EX. FÍSICO (e) Galope ou estase jugular (1pt) (b) Estenose imp (3pt)  
3. ECG (a) Ritmo não-sinusual/ BAP (7pt) (b) BVP + Smin (7pt)  
4. ESTADO GERAL: PaO2<60 / PaCO2>50 / <3/ Creatin >3/TGO/TGP Anormal  
Instif. 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/Plaq: 15/14/325:  
2. Deico/Bt/Seg: 2/2 154  
3. Glucose: 73  
4. Ur/Cr:  
5. TS/TC: 3/1  
6. TGO/TGP:  
7. Tropo/CKmb:  
8. ECG: 3D 135  
9. Urina-:  
10. ECO 2D:  
11. USom:  
12. RX Tórax:  
13. TC/RNM:

Luis Henrique Ferreira 765 1º TEN PM  
RGPM: 08168193-2/Mai 14405-8  
PML - Sek. da Agm/Secar

Dr. Francisco José Lima  
Cirurgião-Dentista  
CRM-PI 2107

Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí -  
INPMPI  
Av. Higino Coimbra, 1640, Ilheus-PI  
CEP: 64.014-220, Teresina-PI  
Fone: (86) 3216.1520  
CNPJ: 07.444.159-0002/25CNE 2328451





**neurocentro**

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

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 tendinea 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 tendinea 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) 32171111 • www.neurocentro.com



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. 42



**Neurocentro**  
Rua Olavo Bilac, Centro, 1737, sala 01, (86) 3217-1111  
(86) 32171111

**NIVALDO FERREIRA DA MOTA**  
São Gonçalo do Gurguéia/PI  
Instituto Araqueá (p.r.)/0101010

**PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA COM  
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA AO EXAME  
FRATURA CONSOLIDADA, POREM AINDA COM  
LIMITAÇÃO  
DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO**

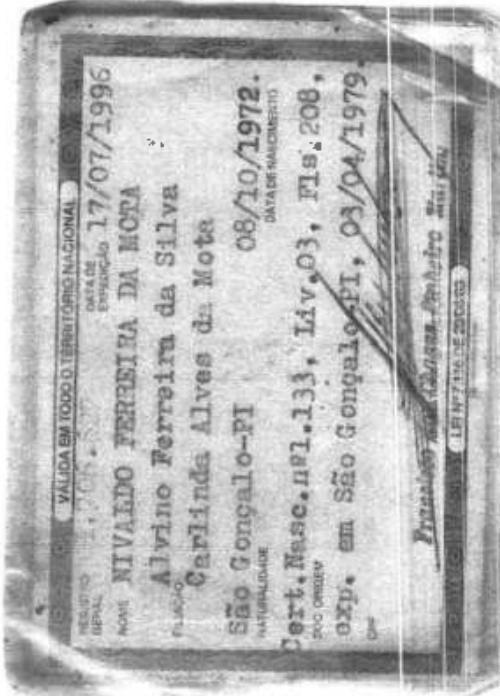
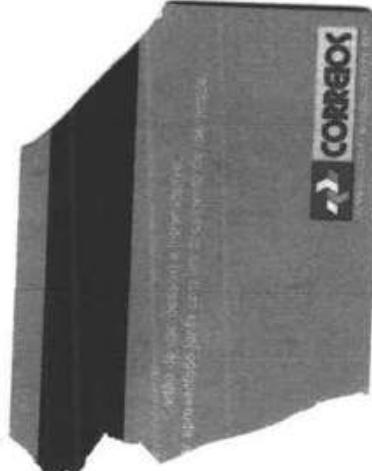
**CID 10 - S 42**

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

Teresina, 30/05/2019

**Dr. ALCIOMAR VERAS VIANA**  
CRM 2631







PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 MAR 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VA 1	Nº 01322B062197
CÓD. REINAYAM	EXPIRAÇÃO
01126905159	01/2019
	ANTRC.

**SEGUROS OBRIGATÓRIOS DE DANOS PRESSIONADOS A SAÚDE PROFISSIONAL**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

PLACA ANO / UF		9C2MD4100BR021791	
ESPECIE / TETO		COMBUSTIVEL	
HONDA / XRE 190		ALCOOL/GAS	
BARDA / MODELO		CATEGORIA	
02P/0184CC		PÁRICO	
DATA UNICA		ANO FAB.	
VENDE DATA UNICA		ANO MDC	
VERIFICA		2017	
PREDOMINANTE		2017	
VERIFICA			
PAGAMENTO / COTAS		VENDE / COTAS	
FABRA IPVA		IPVA	
PAGAMENTO / COTAS		1º	
PAGAMENTO / COTAS		2º	
PAGAMENTO / COTAS		3º	
PAGAMENTO / COTAS		PAGO	

[www.segurancaonline.com.br](http://www.segurancaonline.com.br)

VM-1	01393916873	ON CHRY	EXPIRED 2018	DATE ISSUED 10/07/2018
AM/FM 2017	09	Honda/XRE 190 HONDA, INDORO AM CLASS	PIR-5606	PLACE NO.
FM/WFM 2017	09	9C2MD4100HRU21791		

REGISTRATION NO.	10126905159	EXPIRATION DATE	2018-07-10
CLASS	PIR-5606	DATE ISSUED	2018-07-10
OWNER	HONDA/XRE 190	PLATE NO.	
ADDRESS	MURAH, INDORO	STATE	
VEHICLE TYPE	PIR	CLASS	PIR
MANUFACTURE DATE	2017-09	YEAR	2018
EXPIRATION DATE	2018-07-10	CLASS	PIR



## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



Sinistro - 31901207412

**SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA**

Eu, Nivaldo Ferreira da Mata  
RG 4.306.627 / CPF 013.839.163-73

Residente a Rue Avenida Marechal Castelo Branco 282 Cidade de  
São Gonçalo do Piauí / Bairro: Centro  
UF Piauí, CEP 64.435-000

Telefone para contato: (86) 99348-1344 (86) 99426-0920/999816608

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

Já solicitei uma perícia médica DPVAT, me pagaram R\$ 1.687,50 sei nem mesmo eu tive indício a perícia, recebi o valor mais não concordei pois é maior que deveria. Fiz exames gratuitos com alertamento de fragmentos no estômago maior do número.

Local: São Gonçalo do Piauí 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## 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: Mirelde Ferreira da Mata BRASILEIRO (a) ESTADO  
CIVIL Casada, PROFISSÃO Lavanda CIRGN. # 1.706.627 CPF / IME  
Nº 013.839.163-73 RESIDENTE E DOMICILIADO (g) 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 SOS  
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 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 de sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



Angical - Piauí - PI OS de Registreiro de 2018

Mirelde Ferreira da Mata

### OUTORGANTE

Cartório Único de Registro  
Av. Mal. Castelo Branco, 2  
São Gonçalo do Piauí  
CEP - 64.435-000



RECONHECIMENTO A FIRMA DE  
Mirelde Ferreira da Mata  
São Gonçalo, DS / 12/2018

Antônio Neves de Oliveira  
Tabelião Oficial de Registros  
Matrícula N° 4067372



## 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

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

