

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface for a legal proceeding.

The title bar shows the URL: tpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=265123&ca=4118a9ec3eb433c7e189fc9b88694c898cd...

The main content area displays a digital document titled "14164872 - CONTESTAÇÃO (2779178 CONTESTACAO 01)" dated "20 Jan 2021".

The document structure on the left sidebar includes:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 14164868 - CONTESTAÇÃO (2779178 CONTESTACAO 01)
- 14164875 - DOCUMENTO COMPROBATORÍO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 14164877 - DOCUMENTO COMPROBATORÍO (Anexo 03 subs atos procuracão compressed)
- 14164879 - DOCUMENTO COMPROBATORÍO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 14164881 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

The right panel contains the document content, which includes:

- Header: "2779178-C3/2021-00011/ INVALIDEZ"
- Logo: "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS"
- Text: "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO JOAO DO PIAUI/PI"
- Text: "Processo: 08003413220198180072"

The status bar at the bottom right shows the date "20/01/2021" and time "11:08".



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)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14164 875	20/01/2021 11:08	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 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



Pag 00371/00372 - Catta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:08:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011080964500000013394033>
Número do documento: 21012011080964500000013394033

Núm. 14164875 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

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.

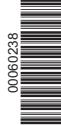
Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14453.101

Pag. 00475/00476 - carta_09 - INVALIDEZ



00060238



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:08:10
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011080964500000013394033>
Número do documento: 21012011080964500000013394033

Num. 14164875 - Pág. 3





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 Enolv.: 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:

1 - HONDA XRE 300

Ano: Placa: Chassi:

2017 PIR5606 9C2MD4100HR021791

Renavam:

0126905159

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: 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. 003-692-0

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:

Mivaldo Ferreira da Mota

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

Nome completo:

Mivaldo 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 APÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 APÉ R\$3.000,00 R\$9.001,00 APÉ 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:

00010-0

CONTA:

0000 34 338

AGÊNCIA: 00123

CONTA: 0000 34 338

Autorizo o Seguradora a credenciar credito na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que tenho direito, reconhecendo e notifico, 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 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 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, devo dizer, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões e/ou incapacidades devidas ao acidente ou resolução de direito de contestá-la, caso discorde da sua conclusão.

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:

Vítima deixou

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim Não

Vítima deixou

 Sim Não

nascido(a) (val nascer)?

 Sim



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:08:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011080964500000013394033>
Número do documento: 21012011080964500000013394033

Num. 14164875 - Pág. 9

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
São Pedro
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: 2209897
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 TARCA ALEMAR
CRM 4855 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

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

POLEGAR



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:08:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011080964500000013394033>
Número do documento: 21012011080964500000013394033

Num. 14164875 - 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: 14/10/18 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: 65800-000

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 corte de sangue.
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 - 20/01/2021 11:08:10
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011080964500000013394033>
Número do documento: 21012011080964500000013394033

Num. 14164875 - 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 08000 86 8888																																																																	
MÊS/ANO : 02/2019 VENCIMENTO : 21/02/2019				MATRÍCULA : 10959530																																																																	
<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="3">NOTA 002.0560</th> </tr> <tr> <th>CATEGORIA</th> <th>RÉCOMIAS</th> <th>HIDROMÉTRICO</th> <th>VOL. FATORADO</th> <th>DESCRIÇÃO</th> </tr> <tr> <th>RESIDENCIAL</th> <th>1</th> <th>A10N005814</th> <th>ID</th> <th>REAL</th> </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> </tr> <tr> <td>28/12/2018</td> <td>29/01/2019</td> <td>32</td> <td>307</td> <td>312</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> </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> </tr> <tr> <td colspan="5">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>TOTAL A PAGAR(R\$)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Base de Calculo.</th> <th>31,26</th> <th colspan="2">TOTAL A PAGAR(R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS</td> <td></td> <td>IRI: 1,50</td> <td>CORFINS: 0,94</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td>CSLL: 0,31</td> <td>PIS/PASEP: 0,20</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>PJ CORRETORA DE SEGUROS</i></p> <p><i>19 MAR 2019</i></p> <p><i>OPVAT</i></p> <p>A AGESPIA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA RETEVE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPIA.COM.BR</p>					INSCRIÇÃO 001.0005.0660.00		NOTA 002.0560			CATEGORIA	RÉCOMIAS	HIDROMÉTRICO	VOL. FATORADO	DESCRIÇÃO	RESIDENCIAL	1	A10N005814	ID	REAL	DT. LITR. ANTER.	DT. LITR. ATUAL	DIAS CONSUMO	LITR. ANTERIOR	LITR. ATUAL	28/12/2018	29/01/2019	32	307	312	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	Base de Calculo.		31,26	TOTAL A PAGAR(R\$)		DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS			IRI: 1,50	CORFINS: 0,94				CSLL: 0,31	PIS/PASEP: 0,20				
INSCRIÇÃO 001.0005.0660.00		NOTA 002.0560																																																																			
CATEGORIA	RÉCOMIAS	HIDROMÉTRICO	VOL. FATORADO	DESCRIÇÃO																																																																	
RESIDENCIAL	1	A10N005814	ID	REAL																																																																	
DT. LITR. ANTER.	DT. LITR. ATUAL	DIAS CONSUMO	LITR. ANTERIOR	LITR. ATUAL																																																																	
28/12/2018	29/01/2019	32	307	312																																																																	
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																																																																				
Base de Calculo.		31,26	TOTAL A PAGAR(R\$)																																																																		
DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS			IRI: 1,50	CORFINS: 0,94																																																																	
			CSLL: 0,31	PIS/PASEP: 0,20																																																																	
<p>MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Parâmetro</th> <th>Valor Médio</th> <th>Padrão da Port. 518/MC</th> <th>Parâmetro</th> <th>Valor Médio</th> <th>Padrão da Port. 518/MC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Turbidez</td> <td>0,66</td> <td>3,0</td> <td>Fígor</td> <td>1,5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PH</td> <td>6,10</td> <td>5,5 A 9,5</td> <td>Perco</td> <td>0,00</td> <td>0,3</td> </tr> <tr> <td>Cor</td> <td>1,40</td> <td>15,0</td> <td>Colif. Totais</td> <td>Ausente</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Cloro</td> <td>2,40</td> <td>0,2 A 5,0</td> <td>Colif. Fecais</td> <td>Ausente</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>					Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/MC	Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/MC	Turbidez	0,66	3,0	Fígor	1,5		PH	6,10	5,5 A 9,5	Perco	0,00	0,3	Cor	1,40	15,0	Colif. Totais	Ausente	0	Cloro	2,40	0,2 A 5,0	Colif. Fecais	Ausente	0																																			
Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/MC	Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/MC																																																																
Turbidez	0,66	3,0	Fígor	1,5																																																																	
PH	6,10	5,5 A 9,5	Perco	0,00	0,3																																																																
Cor	1,40	15,0	Colif. Totais	Ausente	0																																																																
Cloro	2,40	0,2 A 5,0	Colif. Fecais	Ausente	0																																																																

TIM
BLACK

Página 1 de 2

Rua das Amoreiras, 1914
Bairro: Jardim das Rosas
Cidade: Teresina - PI
CEP: 64044-530
Fone: (86) 3251-1000/11

R\$ 139,47

VENCIMENTO

25/01/2019

EMISSÃO: 07/01/2019

POSTAGEM: 21/01/2019

FATURA: 3649223240

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 264
SÉ (PI)
64325-000 - ELESBÃO VELOSO - PI

CLÍENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

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	189,99
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
Área de Internet	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Área de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Área de Internet	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Área de Internet Virtual	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Área 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.apymetim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

APLICAÇÃO	ALIQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	HST	R\$ 0,73
IPVA 2019	3,6%	R\$ 307,08	R\$ 11,02	FUNTEL	R\$ 0,54
IPVA 2019 - Serviços Telecom	3,65%				
IPVA 2019 - Serviços Telefônico	3,25%				

Os descontos de IPVA (3,6%) e FUNTEL (0,5%) não são repassados às tarifas.



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, visite 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.seguradorailliger.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 33 33 33

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445-1 disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCGRIGUAL-ASPX?TPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata de 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 IPVA, todavia, na determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF⁴.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELD CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVISÃO, PREVAZ, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO IBAMA, TAMBÉM 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 Carla de Souza Silveira

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

Niulde Ferreira da Mata 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:

Recusado 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:	Rua Sete de Setembro	Número:	244	Complemento:	Centro	
Bairro:	Centro	Cidade:	Elesbaã Valosso	Estado:	Piauí	
E-mail:	carladiannasousa@gmail.com				CEP:	64.325-000
					Tel. (DDD):	(86) 999816008

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

Abrilane Costa de Souza Silveira
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

~~OPVAT~~

Digitized by DBU on 2021/10/13



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:08:10
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011080964500000013394033>
Número do documento: 21012011080964500000013394033

Núm. 14164875 - 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 09:30:32

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

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

Ondofuraco leproso



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 - 20/01/2021 11:08:10
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011080964500000013394033
Número do documento: 21012011080964500000013394033

Num. 14164875 - 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

() Obstetrícia () 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 O₂: ____ 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".



5

Aug 2nd Ch
Chrysanthemum

QBS

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

ASSISTÊNCIA DE URGENCIA DE TERESINA - HU
Rua Dr. Otto Mito 1020 - Redenção - Fone: 86 3218 5463
TERESINA-PI CEP: 64027-770 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>	DOS MEMBROS SUPERIORES	<u>Convênio:</u> U 3
<u>Acid. Trab.:</u> NÃO	<u>Acid. Trajeto:</u> NÃO	<u>Acid. Trab. Tipico:</u> NÃO
		<u>CID Secundario:</u>

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação:</u>
TRAUMA MATOR	Dor intensa	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
<u>Breve História:</u>			PROFISSIONAL CLAS. RISCO:
ENCAMINHADO DA UPA-PHOMORR A DISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (VELOCIDADE MAIOR QUE 60KM/H) MOTO SAIU DA PISTA HÁ 30 METROS DE TRACXA EM DIREÇÃO OUTRAS QUILÔMETROS. (S S) NÃO FAZIA USO DE Capacete. (SIC)			PROFISSIONAL CLAS. RISCO:
RCU-15			NHEBIANA MOREIRA VENTOS ALIRE COREN PT 138312
			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~~ ~~as~~

~~13 MAY~~
~~DATA~~

PA: _____ X _____ Rating Police: _____ FC: _____ Date: _____ Room: _____ Temp.: _____
Diagnostic Initials: _____ Path: _____ Matrial: _____ Case #: _____ Room: _____ Date: _____ CTO: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES

Rat
FC: 1100-0719
Matrix: SAWAE
CONFIDENCE: 0.023

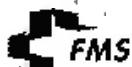
MOTIVO DA ALTA/ENCERAMENTO:

0408010185

R. Ricardo Valençoa - *5331*
topedia - Traumatologia
- 3766 - TECN. 11305
Assinatura - Profissional Médico

Assinatura Paciente ou Responsável





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

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proced. Anterior 0408010185	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR
21-Cod. Mudança Proced. 0308010019	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA
22-CID Princ. T111	26-Diagnóstico: Frimento do membro superior, nível não especificado

38-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF	28-CID Sec.: 29-CID Cl Ass.:
39-Data Solicitação: 26/10/2018	40-No.Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91	41-Ass.Carimbo Med.Gol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		

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

*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

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HÓSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 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 13:50	DATA ALTA 27/10/2018 10:00	MOTIVO ALTA TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO
-----------------------------------	-------------------------------	---

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: 07934409303	DATA ANALISE: 26/10/2018 14:54:32 CRM: 07934409303 DATA ANA JSF

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

POO
Marcondes Martins Santos Moura
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: 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-CNES: 706004318493745	8-Nascimento: 09/10/1972
9-Sexo: Masculino	10-fone: 18-94279-356
11-Mae: CARLINDA ALVES DA MOTA	12-Cor: Sem Informação
13-Resp: JOAO MARCOS	
15-Ender: 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

*Ricardo Soares Valença
Patrícia Lima Sales Leão
Manoela C. C. L.*
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.: 0408010185	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR				
28-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 787.098.575-91				
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação: RICARDO SOARES VALENÇA 26/10/2018				
35-Area: Ortopedia / Traumatologia	36-Area: Ortopedia / Traumatologia				

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

45 - Vínculo com a Previdência:
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização:
48-Documento: (<input type="checkbox"/>) CNIS (<input type="checkbox"/>) ICPF	49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **VALÉRIE NUNES MENDES**
Consulta Local: **690967**
Consulta S.R.: **Impressão: 26/10/2018 14:25:43**





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

Fundação Municipal de Saúde

116

NOME DO PACIENTE	DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	DATA:	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
			PREScriÇÃO MÉDICA	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE	OBSERVAÇÕES	
<i>Ricardo Veleiro</i>		<i>10/01/2016</i>					
<p>1 - Dieta geral <i>Victor Nutricionista Adilson Karl</i></p> <p>2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/5h</p> <p>4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h</p> <p>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h</p> <p>6 - Plasili 01 amp + ADEV 8/8hs.</p> <p>7 - CCGG + SSVV</p> <p><i>H24</i></p> <p><i>Ricardo Veleiro</i> Maioridade de 18 anos SAÚDE, SAÚDE, SAÚDE CONFIRA CONOSCO</p> <p><i>Dr. Ricardo Veleiro</i> CRM: 3766 - TEOI: 1106</p>							

MEDICO/CRM:

Ricardo Valenca
Dr. Ricardo Valenca
CRM: 3766 TEO: 11.305
Doutor em Traumatologia

Patrícia Valenca
Maternidade São Vicente 200
CONFECIONADA 02/03/2015

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:08:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011080964500000013394033>
Número do documento: 21012011080964500000013394033

Núm. 14164875 - Pág. 25



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otacílio Cito 1820 - Redenção - Fone: 66 3216 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.622.917/0003-02

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. CRM-PI 1727
Sociedade de Corretoras de Seguros
CONFECO/CONFEPI

1

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:08:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011080964500000013394033>
Número do documento: 21012011080964500000013394033

Num. 14164875 - 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 (J)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Acidente de trânsito
Trauma na coluna D
+6 Braço.

EXAMES REALIZADOS:

PT + Sutura 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:

Extrator

DPVAT

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

HR - HPA

27/03/2018

Use Corretores Neto
Corretores Padrão
Cor. 006 006 006

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

Miguel Soares Coutinho

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



ENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

COMPROVANTE DE REGULACAO		
ACAO:402611829	Nº REGULACAO: 46845	TIPO: TRANSFERENCIA INTERHOSPITALAR
RECLAMO: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	ESTABILIZACAO: 3223451	UNIDADE: HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86)
ALACIONAMENTO SOLICITANTE: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86)	ALACIONAMENTO REFERENCIADO: 3229-4121	DATA: 08/10/97:2
LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)	PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA	NASCIMENTO: 08/10/97:2
DADOS CLINICOS		
HISTORIA CLINICA: 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

OMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL

GLICEMIA:

USO ANTIDIÓXICO

USO DE OTRAS MATERIALES

DATA: 27/10/2018 08:10:45

Mary's Class Tape

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

- 19 MAR 2019

MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARTEIRA

DPVAT





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



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 Ubatas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saude
Secretaria de Estado

Luis Henrique Vassourcos das 1º TEN PM
RG: 106108193-2 Mat: 11195-9
Setor de 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	NAME DA MÃE	RESPONSÁVEL	UF
			CARLINDA ALVES DA MOTA	JOAO MARCOS FERREIRA MOTA	PI
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE	PI
				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	
URGÊNCIA	ALCIONAR VERAES VIANA CRM: 5791405233
DATA ADMISSÃO	DATA SOLICITAÇÃO
27/10/2018 16:09	27/10/2018
DATA ALTA	MOTIVO ALTA
01/11/2018 10:32	MELHORADO

19 MAR 2019
PJ CORRETORA
DE SEGUROS
DPVAT

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº 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	DATA ANALISE: 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
Cidade do 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	14 - Cor:	PARDA	
13 - Resp:	JOAO MARCOS FERREIRA MOTA	19 - CEP:	64435-000			
15 - Endere:	AVMACHELO CASTELO BRANCO	282	CENTRO	220980	18 - UF:	PI
16 - Munic:	SAO GONCALO DO PIAU	17 - Cod. IBGE:		RG:	17068-27	

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Justificativa da Internação

Alude com dor nombro

Mar 2021
Eduardo Viana Reis 177 ENPM
RQPM 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.: **S431** 25 - Cid Sec.: _____ 26 - Cid C.Ass. _____

LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

DPVAT

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

33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

27/10/2018

Cirurgia do Ombro e Cotovelo

CRM 56-Axis Consultoria Médica Ltda 10457

36 - () Acidente de Trânsito.

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete:	51 - Serie:
42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa:	44 - CBO:

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado.
---	----------------	--------------	------------------	----------------	-------------------

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização

09/11/18

DR. Adriano Veras Viana

48 - Documento	49 - Num. Documento	50 - Num. Carteira RG Conselheiro
----------------	---------------------	-----------------------------------

DR. Adriano Veras Viana

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: **IRANIR SOARES**

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão: 15:31:41





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

FOLHA DE INTERNAÇÃO

FOLHA DE INTERNAÇÃO	
INTERNOL-SE NO HOSPITAL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
IDÉM OUTROS HOSPITAIS SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
FICHA DE PRONTUÁRIO Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA Pront.: 422641	
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:	
AV MACHELO CASTELO BRANCO Nr.: 282 Cep: 64435000	
Bairro: CENTRO Cidade: SAO GONCALO DO PIAUI Telefone: 86 - 32161528	
CLÍNICA	
Médico Assistente	
Permanência	
CLÍNICA	

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

Tenda com trave no topo

DIAGNÓSTICO

Provisório:	HAC	CID S431
Principal:	HAC	CID
Procedimento:	990 Amigdalo de HAC	Histo - Patológico:
Sintomas e Sinais Principais		Causa Médica
HAC		

TRATAMENTO

TRATAMENTO			
TIPO:	TERAPÉUTICA MÉDICA	OPERAÇÃO	EFCÁCIA
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia			<input type="checkbox"/> Nenhuma <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico

DURACÃO

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

Dada Alta:

P-estad P-1 Hospitalização

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Divisão Médica	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado
<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Pdr Indisciplina	<input type="checkbox"/> agônico ou pré-agônico
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Evasão	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar
<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> P. Arribulatório	<input type="checkbox"/> estado agônico ou pré-agônico
<input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"
Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1258 - Fax: (86) 3216-1520
CEP: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ: 07.444.159/0001-25 - CMC: 035.372-B





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. 141485-9
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
Tec em Enfermagem
NACIONAL 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/M 105138133-21 Mat 11495-9
Celular: 086 9 9810 162900

DR. EDNANE SOARES DE SAMPAIO
CRM: 417

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

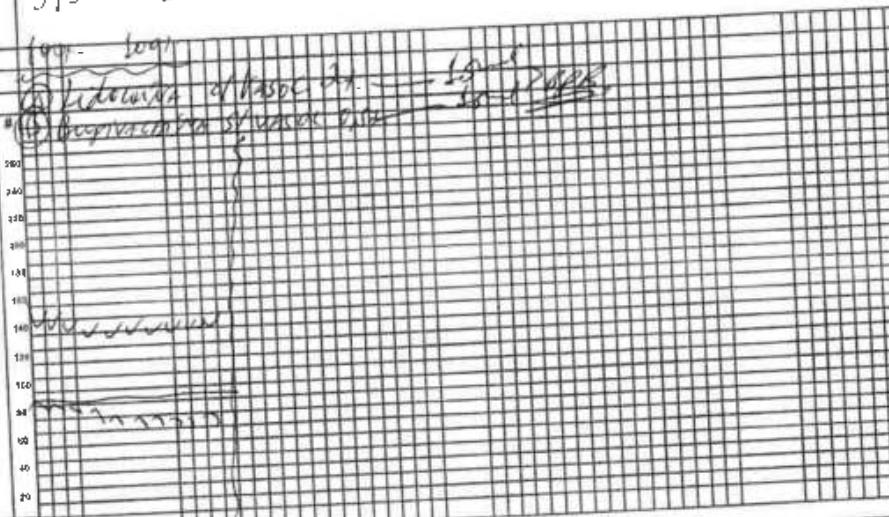
Av. Higino Cunha, 1642 – Ilhotas – Terezina/PI
CEP 64014-220 – CNPJ 07.444.159/0002-25

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

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 31/10/2015
Nº DO PRONTUÁRIO: 422.691 SALA 122
CÓD DA CIRURGIA: 5415010015

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: —

ACIDENTE MATERIAL	OXIGENIO		SEQUÊNCIA	
	1	2		
SERONIZAÇÃO SOLUÇÃO	SF ₅₀₀ - SF ₂₀₀			
SaO ₂ (%)	100 - 100			
ECG	Lidocaina 0,5% 10ml			
EFG (mmHg)	Dopamina 500mcg/min			
MONITORIZAÇÃO				
X INÍCIO PRIMEIRA VIDA L. P.A. NEUTRA TREQUEBRADA GANHADA A.R.A. GANHADAS TEMPERATURA	Colapso Dopamina Narcan 100 mcg/min Faz 300 EEG			
DIURESE (ml)				
Técnica Anestésica: Bloq. Plexo braquial D VIA intercostal	<input checked="" type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> PAM <input checked="" type="checkbox"/> PANI			
Comentários Adicionais: (A+B)	Duração: 11h 30m			
Medicamentos Utilizados	Propofol: 100ml Rantidine: 100ml Quetamina: 100ml Quetamina: 100ml Remifentanil: 100mcg/min Ringer-Lactato: 1000ml S. Fisiológico: 0,9% 100ml S. Glucosado 5% 100ml Scalp n° 100ml Tracur: 100ml Titrand: 100ml Floental: 100ml			
Adrenalin: Amp Água dest. 10ml: Amp Atropina: Amp Bextro: Amp Bromocriptida: Amp Catecolamina: Fr Cefatolina: Fr Ciprofloxacin: — Clonidin: Amp Coládola: Fr Dexametazona: Amp Diazepam: Amp Dimorf: mg: Amp Dipirona: Amp	Bolotina: Amp Droperidol: Amp Etomid: Amp Efradim: Amp Enflurano: ml Fentanil: ml Fentanil (S/C): Amp Halotano: ml Hidrocortisona: ml Isoflurano: ml Jelco n°: Und Lidocaina: %, V. Fr Metoclopramida: Amp Menthol: Fr	Mádzsolan: Fr Metronidazole: Fr Neocalina Psz 0,5%: Amp Narcen: Amp Novobupi 0,5%: Fr Nubain: Amp Neocaina: %, V. Fr Neocalina 0,5% Isobaf: Amp Neostigmina: Amp Omeprazol: Fr Ondesetrona: Fr Poliso Cel: Fr Pancuronio: Amp Profenid: Fr		

Home: 0841
Exame: 29/10/2018



ID: 12345
Patient: NM
Master: 0457
Gender: M

Padrasto: NIVALDO FERREIRA DAMOTTA
Mãe: GASY
Sexor: M

工
司



Num. 14164875 - Pág. 38



ID: 123443
Prestador: NILVALDO FERRERA DA MOTA
Número: 0407
Sexo: M

HPM

ROT. INTERNA

D



Luis Henrique da Mota
05:00 PM - 21 Mai. 14:00-0
Selo do Arquivo Técnico

ROT. EXTERNA

D



ID: 125446
Paciente: NILVALDO FERREIRA DA MOTA
Idade: 048y
Sexo: M

HFM



CC



CC



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

210203



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO
NOME: Nivaldo Gonçalves da M. IDADE: 46 SEXO (M) F) DATA: 03/10/18
2. CIRURGIA PROPOSTA: 07/10/18
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. Corag. () 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: 100% FTV: 100%
Ruidos Advertidos: SIM () NÃO ()
c) Aparelho circulatório: PA: 160/90 mmHg Pulsos: 100/min FCO: 100/
Inspeção e palpação: Asculta RGR: 0/0 Bulhares ()
d) Abdomen-Pelve:

5. ÍNDICE DE REFERÊNCIA
a) 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 (CCS*), limitação importante às atividades físicas diárias
20 Angina classe IV (CCS), angina nos mínimos esforços ou repouso
10 Angina instável nos últimos 6m
<15 pts: Baixo risco de complicações
>15 pts: Alto risco de complicações
CONCLUSÃO:
b) 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 (11pt) (b) Estenose imp (3pt)
3. ECG (a) Ritmo não-sinusual/ BAF (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: V5/14/325
2. Dextro/Bt/Seg: 2/2 150
3. Glucose: 73
4. Ur/Cr: 3/1
5. TS/TC: 3/1
6. TGO/TGP:
7. Tropo/CKmb:
8. ECG: 3D 1325
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-PB 2101

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 2323451



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 - 20/01/2021 11:08:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011080964500000013394033>
 Número do documento: 21012011080964500000013394033

Num. 14164875 - 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 Araquá (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

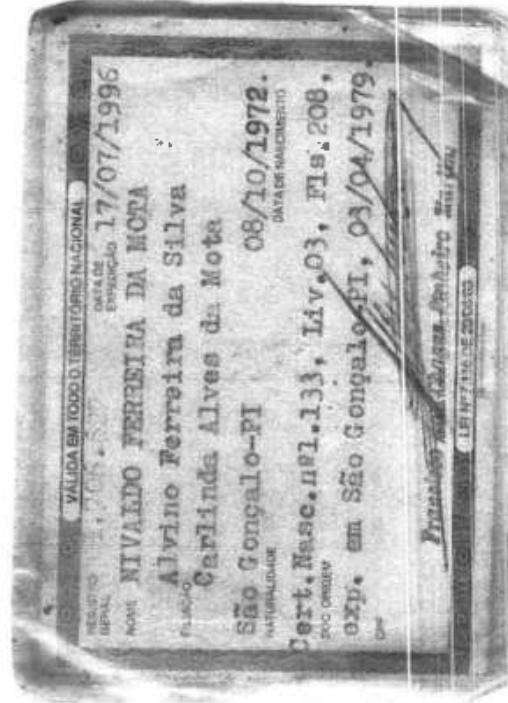
CID 10 - S 42

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

Teresina, 30/05/2019

Dr. ALCIOMAR VERAS VIANA
CRM 2631







Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:08:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011080964500000013394033>
Número do documento: 21012011080964500000013394033

Num. 14164875 - Pág. 45

P.J 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 013228062197
OD: RENAVAM 01126905159	ANTRC.
	Expedição 2019

SEGURO DE BRIGADAS DE DATOS PERSONALES - CREDITOS HOR WIEHLER
AUTOMOTRIZES DE VEHICULOS - REPARACIONES GARAGE APRENDIAS.
TRANSPORTES MUNICIPALES SERVICIOS

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

PLAQUE ANTI-UR - 9C24D4100HR021791 CHASSIS

SAC DEWAT 0001 123 1304

PAS / MOTOCICLE / NEINHEIM

MARINA / MODA

HONDA/XRE 190 MARCA/MODELO
AND FAB. 2017 AND ANO 2017

9C2HD4100HR02

0228/018400	
PARTIDO	
COTA UNICA	VEN. COTA UNICA
IPVA	VEN. / OUTRAS
VERMELHA	

卷之三

A	FAIXA IPIA	PAGAMENTO / DOTAIS	2º PAGO
V			3º PAGO

80,000

SEGURÓ **PAGO** PRESTO FUTURO, PAGO DEPOIS DE PRATICAMENTO

FREE ADD

A/FID.
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HOM
DA

WILDEWOOD

SÃO GONÇALO DO PIRES 10/07/2010

100/11/2010

Ergonomics in Design

卷之三



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 4.306.627 / CPF 013.839.163-73

Residente a Rua 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 a gravação com alertamento de fragmento no tubérculo maior do alimento.

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



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: Mirelde Ferreira da Mata BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL Casada, PROFISSÃO Lavradora 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 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 OS de Registreiro de 20/03

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 / 12/2021

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 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:08:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011080964500000013394033>
Número do documento: 21012011080964500000013394033

Num. 14164875 - Pág. 53