

Browser tabs: Email - Alana, Controle de, Mensagens, Sistema, Audiências, PJE Consulta pr, PJE 0800341-32, Baixar o arq, (39) WhatsA, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=265123&ca=4118a9ec3eb433c7e189fc9b88694c898cd...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Portal do Advogado, Administrativos, Google, Zimbra: Movimenta..., Publicações, Email - Alana Lima..., Online Video Cutter...

Header: PJE ProceComCiv 0800341-32.2019.8.18.0072
NIVALDO FERREIRA DA MOTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

Search bar: 14164872 - CONTESTAÇÃO (2779178 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 20/01/2021 11:08:10

Left sidebar: 20 Jan 2021
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
14164868 - CONTESTAÇÃO
14164872 - CONTESTAÇÃO (2779178 CONTESTACAO 01)
14164875 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
14164877 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
14164879 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
14164881 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Main content area: 2779178- CS/ 2021-00011/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO JOAO DO PIAUI/PI
Processo: 08003413220198180072

Taskbar: 11:08 20/01/2021



20/01/2021

Número: **0800341-32.2019.8.18.0072**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **12/07/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NIVALDO FERREIRA DA MOTA (AUTOR)		FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14164875	20/01/2021 11:08	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190207412

Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14078156

Pag. 00371/00372 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190207412

Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NIVALDO FERREIRA DA MOTA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 004

Agência: 000000123

Conta: 0000021338-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

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

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

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00475/00476 - carta_09 - INVALIDEZ

00060238



Carta nº 14453101





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASU: 013.839.163-73 Nome completo da vítima: Nivaldo Ferreira da Mota

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

Nome completo: Nivaldo Ferreira da Mota CPF: 013.839.163-73

Profissão: Lavador Endereço: Av. Nivaldo Ferreira da Mota Número: 282 Complemento: Centro

Bairro: Centro Cidade: São Gonçalo do Piauí Estado: Piauí CEP: 64.435-000

Cidade: Recruzeiro Telefone: (86) 99981-6008

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: 00123 CONTA: 0000 21 338

Autorizo a Seguradora LIDER a ter na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a ser pago, em dinheiro, imediatamente e não pago 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 invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Se o prazo de validade do laudo for superior a 90 (noventa) dias, o requerente deve apresentar a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, desde que, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões sofridas em virtude do acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tiver filhos, informar quantos: _____

Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se enquadram no rol de beneficiários previsto no artigo 2º do Decreto nº 3.048/99, e de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor pago.

Local e Data: São Gonçalo do Piauí 13.03.2019

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: Nivaldo Ferreira da Mota

(*) Assinatura de quem assina o ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura







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

650 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000090/2019-91

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Endereço

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

Complemento

Data/Hora

24/10/2018 - 12:09

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

RG: 1.706.627 SSP PI

Mãe: CARLINDA ALVES DA MOTA

Pai: ALVINO FERREIRA DA SILVA

Endereço: AV MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº 282

Bairro: CENTRO

Cidade: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-9569-0522

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 MAR 2019

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. XRE 300

Ano: Placa:

2017 PIR5606

Chassi:

9C2MD4100HR021791

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 notificante compareceu a esta delegacia de policia 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 Caiçara; relata o notificante que estava conduzindo sua motocicleta que ao passar em uma curva fechada n ão conseguiu equilibrar a motocicleta e veio acair fora da pista de rolamento, ao cair foi para a residência de um morador proximo ao local do acidente; que o mesmo o levou até a residência do coiniciante; que no dia seguinte foi até o hospital de São Pedro, que o médico de plantão examinou e transferiu para um hospital de Teresina; o notificante fraturou o ombro direito. Diante do exposto pede providencia por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim,

Gregório Luiz De Sousa - Matr. 0096920

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

Gregório Luiz De Sousa

Agente de Polícia Civil

Matr. 0096920

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

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

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 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. 6



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

50 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000090/2019-91

Delegado de Polícia

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

Wlodo Ferraz de Mota





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASU: 013.839.163-73 Nome completo da vítima: Nivaldo Ferreira da Mota

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

Nome completo: Nivaldo Ferreira da Mota CPF: 013.839.163-73

Profissão: Lavador Endereço: Av. Nivaldo Ferreira da Mota Número: 282 Complemento: Centro

Bairro: Centro Cidade: São Gonçalo do Piauí Estado: Piauí CEP: 64.435-000

Cidade: Recruzeiro Telefone: (86) 99981-6008

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

REDA MENSAL:

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

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: 00123 CONTA: 0000 21 338

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a ter na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a ser pago, em dinheiro, imediatamente e não pago 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 invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Se o prazo de validade, conforme procedimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com validade de 90 (noventa) dias, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões e a realização de perícia de residência ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 13.03.2019

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar nome completo: Nivaldo Ferreira da Mota

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 03 Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem com a documentação exigida, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor pago, em caso de fraude, nos termos do artigo 170 do Código Penal.

Local e Data: São Gonçalo do Piauí 13.03.2019

Nome: Nivaldo Ferreira da Mota

CPF: 013.839.163-73

(*) Assinatura de quem assina o ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Nivaldo Ferreira da Mota

CPF: 013.839.163-73

2ª Nome: Nivaldo Ferreira da Mota

CPF: 013.839.163-73

Assinatura

Assinatura

PJ CORRETORA DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT





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

OPERADOR DO SISTEMA - DANILLO

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

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PRONTUARIO: 83978 NOME DO PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA NASC 08/10/1972
RAÇA: 003 IDADE: 46 Anos, 3 Meses e 16 Dias
SEXO: M TELEFONE MOVEL: ??? TELEFONE FIXO: ???
CEP: 64435-000 MUNICIPIO (RESID): SÃO GONCALO DO PIAUI UF: PI IBSG 2209887
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO: SÃO GONCALO DO PIAUI UF: PI
ENDEREÇO: AV. MARECHAL CASTELO BRANCO - nº 282 BAIRRO: CENTRO
CNS: 706004318493745 RG: - ORGÃO EMISSOR:
NOME DO PAI: ALVINO FERREIRA DA SILVA
NOME DA MÃE: CARLINDA ALVES DA MOTA

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTORICO CLINICO:

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

HITALLO NIELISSON TARTZ ALENCAR
CRM 4855 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

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



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

5444
3 9428 0554

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

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

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro

MUNICÍPIO: São Pedro do Piauí

MÉDICO: Alfredo Azevedo

CRM: 9655

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Arnaldo Ferreira da Mota

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino (x) Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde

Município de Procedência: São Gonçalo do Piauí

HDA: Problema de Hemorragia Supratentorial

Unco do to após queda

HD: _____ CID: _____

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

Contato com regitbceav/08:45
Agência de Vago

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____

Clinica/Posto: HU

Senha: ID: 48147 aut: 415990871

Os paciente já havia feito a cirurgia para cento, e agora o enfermeiro plantonista entrou em contato com a reguladora e foi enviada a senha



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA


BANCO: 004

AGÊNCIA: 00123

CONTA: 000000021338-0

Nr. da Autenticação C091EA61E617FA65



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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

OPVAT



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

R\$ 139,47

VENCIMENTO
25/01/2019

EMISSÃO: 07/01/2019

POSTAGE/M: 21/01/2019

FATURA: 3649223240

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACCESS: 86 99399-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

1. IMPORTANTE PARA ADRIANA

Para cada cliente excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 30/09/2019 sem cobranças de juros e multa. Confira nessa fatura a cobrança de seu plano de Serviço de Voz 4G para o número 86999993007.

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

<div> <div> <div></div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>
<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>
<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>
<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>	<div> <div></div> <div></div> </div>

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

CONCLUSIONS

Descrição do Item	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Desconto - 10% sobre o valor oferecido	-	-	1	31	07/12 a 06/01	189,99
Desconto - TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	9/12	31	07/12 a 06/01	-50,00
Desconto - Desconto TIM Pós C Plus	-	-				139,99
Armazenagem Internet	10GB	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Armazenagem em BDD com 41	Ilimitado	163m36s	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Qualidade Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
3D Mobile	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
3D Mobile Virtual	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
3D Mobile 30GB	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.apptim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

[illegible]

Cliente TIM Move! tem mais comodidade ao cadastrar o **contato em débito automático** e ainda ganha um **bônus de internet** todo mês. Para mais informações e condições, **acesse www.tim.com.br** ou ligue para o **central de atendimento 184**.

NOTES ON CONTRIBUTORS

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

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

VIA BANCO

84680000001 - 5	39470109011 - 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.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 12 07

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, esta determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO BACEN SUPERVISÃO DE FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Paes de Sousa Silva

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

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

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

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

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo informado, sob pena do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elestria - RJ</u>	Estado: <u>RJ</u>
E-mail: <u>Carlaadrianasousa@gmail.com</u>		CEP: <u>64.325-000</u>
		Tel. (DDD): <u>(86) 99981 6008</u>

Local e Data: Elestria - RJ 13.03.2019

Adriana Paes de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



DLR01.001 V001/2017



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

espaco
vida

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

Nivaldo F. MORA

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

5150

10/10/19

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



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



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

OPERADOR DO SISTEMA - DANILO

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

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

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

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTORICO CLINICO:

EXAMES FISICOS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

HITALLO NIRELISSON TAYJA ALENCAR
CRM 4655 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

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





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

944280554

Jomaina

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

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

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro

MUNICÍPIO: São Pedro do Piauí

MÉDICO: Afonso Rêgo

CRM: 9655

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Arnaldo Ferreira da Mota

Data de Nascimento: Idade: anos

Sexo: () Masculino (x) Feminino

CPF: Cartão Nacional de Saúde

Município de Procedência: São Gonçalo do Piauí

HDA: Protna extermidade superior do
membro direito após queda

HD: 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 O: Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

Contato com regitbaco (08/95)
Aguirre da Silva

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital:

Clinica/Posto: HU

Senha: ID: 48147 aut: 415991870

O paciente já havia feito a cirurgia para remoção
do tumor e plantarista estava em contato com a reguladora
e foi cancelada a senha





NOME DO PACIENTE: Nivaldo Ferreira da Mota

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 492 481

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Glitz 1020 Redenção - Fone: 86 3218 5463
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0002-32

Org. Out (Ch)
Vitepusko

OBS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

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

DADOS DO PACIENTE:

User: TIRIANA

Hospital: ACCRÓTI

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

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

RJ CORRETO-MA
DE SEGURANÇA
CRM RJ 2007
18 MAR 2017

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Marcelo
João Marcos

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ : ____	Em Internação, indique o Procedimento e o CID
		0408010185
		Procedimento CID

João Marcos Ferreira Mota
Assinatura Paciente ou Responsável

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





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

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

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

(MATERIAL)

PABRÍCIA FERREIRA SOARES LACERDA
Matrícula: 007499
SAMS - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

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

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Assinatura
Rúbrica: Ricardo Soares Valença
Médico - ORT
SANE - 1111
CONFERE COM O ORIGINAL





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AHI)

225843

143990

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-CNE: 706004318493745	8-Nascimento: 09/10/1972
9-Sexo: Masculino	RG: 1706627 - SSP PI
11-Mãe: CARLINDA ALVES DA MOTA	12-Fone: 86-94279-356
12-Resp: JOAO MARCOS	14-Cor: sem informação
13-Endere: RUA MARECHAL DUTRA CS 5970 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100
18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MSD
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO CIRURGICO
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): RX
23-Diagnóstico Inicial: Luxação da articulação acromioclavicular
24-CTD Prim: 5431
25-CIU Sec:
26-CIU C.Ass:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408010185	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	Tempo SUS: 2
29-Clinica: 02	30-Caráter: 01	31-Docum.: CPF 787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 26/10/2018	35-Ann. C. Méd. Trauma: 1201-11304

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNS () ICPS	49-Num. Documento:
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: João Manoel Ferreira Mota	Usuário: IVALGENICE MENDES Consulta Local: 690967 Consulta SUS: Impressão: 26/10/2018 14:25:43





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINHA - UT

Rua Dr. Othon Mito 1820 - Fátima - Teresina - PI - CEP: 64017-770 - Fone: (86) 3213 5445

TERESINHA - PI - CEP: 64017-770 - CNPJ: 05.522.311/0022-02

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

Internação: Prontuário: Paciente:	Dr. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
005843	45/11/1941	NIVALDO FERREIRA DA MOTA	ANEXO 2 (CCL)	22110	JOSE FERREIRA NETO				
Evolução: 7h									
VAC (D) 1162									
Alergias:									
Diagnóstico/Comorbidades:									
Seq.:	Descrição-Atendimento/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recom.:	Dil. vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta									
1	CLOROTO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO (Jus)	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				
3	DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h				
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h				

Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS

D Tufoso - 8/11/18 **15:30h** **paciente transferido**
Pneu RQM, atourel, larete.
Ovulado, no ginec - 8/11/18

Patricia Viana Soares Leão
Matrícula: 007.499
SABIA - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

JOSE FERREIRA NETO
Médico Assistente
CNPJ: 05.522.311/0022-02



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Fundação Municipal de Saúde

NOME DO AGENTE: Nirildo Lima de Mota

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES: Diabetes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 26/01/2021

HORA: 15:00

LOCAL: Urgência

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

PROFESSOR: Dr. Ricardo Valença

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 26/10/2018

OMBRO DIREITO

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

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

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/12/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

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

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Rivaldo Pereira da Silva
 IDADE: 46 ANOS ESTADO CIVIL: Casado
 ENDEREÇO: Rua ...
 RESPONSÁVEL: ...

II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO () CIRÚRGICO ()

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

... Arrivera te de mester
Thoume un vobis D
F6 B-22.

EXAMES REALIZADOS:

1st 7 center D → Luv. a. nomida-
Uicular

LEIS HANDELS- & GEDRUCKEREI REITS T.F.N. P.O.
 BOX 125 198 193 / Mail 14495 9
 (Hamburg) / See also: J. 100 100 100 100 100

DIAGNÓSTICO:

LAC (D) / SUZ. 1
0408010

201
CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR. 2010

TRATAMENTO REALIZADO:

Two hundred

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

$$Y_R = (Y^1, Y^2, Y^3)$$

DATA-

Jose Ferreira (b6)
www.terra.com.br
01/06/1955
006 041 573-05

Ass. e carimbo do médico

MOD. 1314 - HUT



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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

HISTÓRIA CLÍNICA:

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

DADOS CLÍNICOS

NASCIMENTO: 04/01/1972

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR
OMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

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

PJ CORRÊTORA
DE SEGUROS

15 MAR 2019

DPVAT

MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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

HISTÓRIA CLÍNICA:

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

DADOS CLÍNICOS

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

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

Marcos César Lopes
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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

HISTÓRIA CLÍNICA:

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

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATORIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

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

Marcos Soares Coutinho

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





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



COPIADORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DIPVAT

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

Setor do Arquivo Técnico do

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

NOME DO PACIENTE: Nivaldo pereira da mota

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 422644/19.

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

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

Saúde
Secretaria de Estado

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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 144188
	AIH: 2218101792456

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5826856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIOCEU ARCOVERDE - HPM	CNES 2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE NIVALDO FERREIRA DA MOTA	NASCIMENTO 08/10/1972	SEXO M	PRONTUÁRIO 412641
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE CARLINDA ALVES DA MOTA	RESPONSÁVEL JOAO MARCOS FERREIRA MOTA	
CPF	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE 08
BAIRRO PROMORAR	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRANSFERÊNCIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S431 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS / ASSOCIADAS
--	--------------------------	-----------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408010185 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURAL LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO) ALCIONAR VIEIRA VIANA CPF: 57914052353
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 27/10/2018
DATA ADMISSÃO 27/10/2018 16:09	DATA ALTA 01/11/2018 10:32
MOTIVO ALTA MELHORADO	

PJ CORRETORA DE SEGUROS
19 MAR 2019
DPVAT

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO) JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO CPF: 37320643009	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRA AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: CRM: DATA ANALISE: 27/10/2018 16:37:15
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

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

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Queda com trauma no ombro

LUIS FERNANDO VASCONCELOS PEREIRA
R. PIM 105190 193-2º Mal. 14-95-9
Chefe do Setor de Anál. Méd. Toxicol.

21 - Condições que justificam a internação:

hcn

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

LAC

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S431

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

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

Tempo SUS
2

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Carater:

01

Ident:

1

31 - Documento:

CPF

32 Doc. Med. Solic.

18778899841

33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

27/10/2018

Dr. Ariomar Veras Viana
Cirurgião do Ombro e Cotovelo
CRM 26047-0-10452

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE, Empresa

44 - CII OR

38 - () Acidente de Trabalho Trajet.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Conselho (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

João Marcos Ferreira Mota

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





Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

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

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

Lesão com trauma no ombro direito

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

DIAGNÓSTICO

Provisório: LAC	CID S431
Principal: LAC	CID
Procedimento: Pro Cirurgico de LAC	
Sintomas e Sinais Principais: dor	Causa Médica
	Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirurgico			<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta	Data da Hospitalização
27/10/2018 15:29:45	27/10/18	/ /

ALTA

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

THE

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1842 - Fone: (86) 3216-1258 - Fax: (86) 3216-1520
CEP: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ: 07.444.159/0001-25 - CMC: 035.372-9



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



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



BOLETIM DE CIRURGIA

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

Descrição da Cirurgia:

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

Luis Henrique dos Reis 1º TEN PM
RGPM: 05198193-21 Mat: 14185-9
Chefe do Setor de Injúria Técnica

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

Cirurgia: O Hto cirurgico da LSC

Cirurgião: Alciomar Veiros

1º Auxiliar: —

2º Auxiliar: —

3º Auxiliar: —

Instrumentador: Marcos

Circulante: Marcia Regina / Sabrina Jesus

Marcia Regina
Téc em Enfermagem
COREN 850657-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 radioluciente, parcialmente visível, localizado na extremidade distal da clavícula, fixada por fio metálico.

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

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

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

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

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

[Assinatura]
Luis Henrique V. Isconzo de Rêa - 1º TEN PM
RGPM 105138193-27 Mai 14495-9
Chefe do Setor de Diagnóstico

[Assinatura]
Dr. Lige e da Companhia
Médica
CRM-Piauí 5179

LEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 417

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

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



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



BOLETIM DE ANESTESIA

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

NOME: Nivaldo Ferreira da Costa Idade: 46 Sexo: M ASA: 1
PROCEDIMENTO: Cirurgia de emergência + LSC Apt/Enf e Leito: 212-03
CIRURGIÃO: Alexandre AUX: Anest: Paulo ANESTESIA: Bloq + Sedação
INSTR.: Marcos CIRC.: Jânio Sabino FIM: 12:40 SALA: 07
P.A. F.C. PESO: Hta. Gilcomia Creatina Respi:

ATIV. MONIT.	OXIGENIO	SEQUÊNCIA
1	100%	
2	100%	

5F500 - 5F500

SaO₂(%) 100% - 100%

E.C.G. 100 - 100

Pressão (mmHg) 100 - 100

MONITORIZAÇÃO

X INDIQUEMOS DA ANESTESIA V.C.A. L. P.A. VENTIL. FREQUÊNCIA CARDÍACA A.T.A. GASÍFICA TEMPERATURA

DIURESE (ml)

Técnica Anestésica: Bloq. Plexo Braquial D VIA INTERLEVA (A+B)

Comentários Adicionais

MONITORAÇÃO	Exatim 0	Capnógrafo	PVC
DEG			
PAM			
PANI			

Gasos	Temp	Indic	Sm	Tempo
Oxigênio 100				
N ₂ O 100				
Ar. Med. 100				

Medicamentos Utilizados

Adrenalina _____ Amp
Água dest. 10ml _____ Amp
Atropina _____ Amp
Bexira _____ Amp
Bromopride _____ Amp
Cefazolin 1g _____ Fr
Cefazolin _____ Fr
Cloridrato de Lidocaina _____ Fr
Clonidin _____ Amp
Colóide () _____ Fr
Dexametazona _____ Amp
Diazepam _____ Amp
Dimorf _____ Amp
Dipirona _____ Amp

Dolantina _____ Amp
Droperidol _____ Amp
Etoril _____ Amp
Efradim _____ Amp
Enflurano _____ ml
Fentanil _____ ml
Fentanil (S/C) _____ Amp
Halotano _____ ml
Hidrocortisona _____ ml
Isotlurano _____ ml
Jelco n° _____ V. Fr
Lidocaina _____ V. Fr
Metoprolol _____ Amp
Morfina _____ Fr

Midazolam _____ Fr
Metronidazol _____ Fr
Neocaina Psa 0.5% _____ Amp
Narcen _____ Amp
Nevalup 0.5% _____ Fr
Nubain _____ Amp
Neocaina 1% V. Fr
Neocaina 0.5% Isobar _____ Amp
Neostigmina _____ Amp
Omaprazol _____ Amp
Ondansetrona _____ Amp
Poliso Gel _____ Fr
Pancuronio _____ Amp
Propofol _____ Fr

Propofol _____ ml _____ Amp
Ranitidina _____ Amp
Quelidina _____ Amp
Quelidina _____ ml
Remifentanyl _____ Fr
Ringer-lactato _____ Fr
S. Fisilog. 0.1% _____ ml _____ Fr
S. Glucosado 1% _____ ml _____ Fr
Scalp n° _____ Und
Tracur _____ Amp
Tilid _____ Fr
Tilid _____ Fr

Anestesiologia - CRM



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

HPM



LUS-443183-1502-05-05-15
RCPM 15/05/2021 14:15:09
Corte no Sítio do Arquivo Técnico

Horas: 08:41
Data: 20/10/2018



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

HPM

ROT. INTERNA
D



11/05/2021 15:05:10 PM
05:08:193-21 M 14-195-0
Setor de Arquivo Técnico

ROT. EXTERNA
D



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



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

HPM

ROT. INTERNA
D



ROT. EXTERNA
D



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





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

21203



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME

2. CIRURGIA PROPOSTA:

3. REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N):

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

COMENTÁRIOS:

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

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

b) Aparelho respiratório - Expansibilidade:

Ruidos Adver(t)idos: SIM () NÃO ()

c) Aparelho circulatório: PA

Inspeção e palpação:

d) Abdomen-Pelve:

5. ÍNDICE DE REFERÊNCIA

a) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (DETSKY, 1985)

10 Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m

5 Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m

10 Angina classe III (CSS*), limitação

importante às atividades físicas diárias

20 Angina classe IV (CCS), angina nos mínimos

esforços ou repouso

10 Angina instável nos últimos 6m

10 Edema pulmonar na última semana

< 15 pts: Baixo risco de complicações

> 15 pts: Alto risco de complicações

CONCLUSÃO:

a) NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

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

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

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

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

CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (ASA)

ASA I - Índice saudável

ASA II - Índice com dça. sistêmica discreta

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

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

CONCLUSÃO:

d) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO-GOLDMANE COL. (1987)

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

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

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

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

Insuf. Hepática / Ind. Acamado

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

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

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

GRUPO IV (> 12 pt)22%56%

CONCLUSÃO:

Ass. e carimbo Médico:

EXAMES

1. Ht/Hb/Pla.

2. Deuco/Bt/Seg:

3. Glicose:

4. Ur/Cr:

5. TS/TC:

6. TGO/TGP:

7. Tropono/CKmb:

8. ECG:

9. Urina-I:

10. ECO 2D:

11. U.Som:

12. RX Tórax:

13. TC/RNM:

Lúcia Helena de Fátima dos Santos 1º TEN PM

RGPW 05108183-2 (Mat. 14435-3)

PM de São do Aguiar, Ceará

Dr. Francisco José Lima
CRM-PI 12101

Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí -

ISPMPI

Av. Higino Cunha, 1642, Ilhéus,

CEP: 64.014-220, Teresina-PI

Fone: (86) 3216.1520

CNPJ: 07.444.159-0002/25 CNES 2323451



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:08:10

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011080964500000013394033

Número do documento: 21012011080964500000013394033

**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 tendínea do manguito rotador.

Conclusão:

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

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




Fabio Augusto Costa Martins
CRM-2632



Neurocentro

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



NIVALDO FERREIRA DA MOTA

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

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA COM

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA.AO EXAME

**FRATURA CONSOLIDADA,POREM AINDA COM
LIMITAÇÃO**

DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO.

CID 10 - S 42

Teresina, 30/05/2019

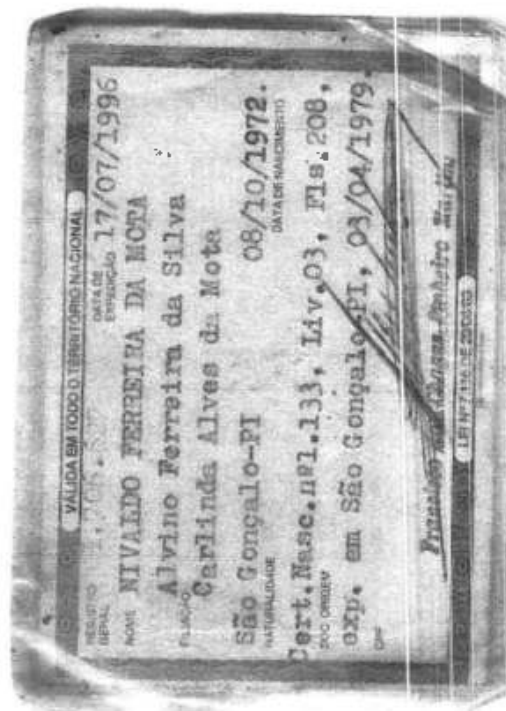
Dr. Alciomar Veras Viana
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM: 2631 TEOT-10452

Dr. ALCIOMAR VERAS VIANA
CRM 2631

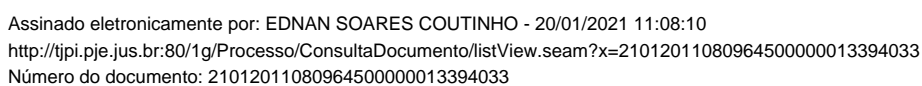




PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 MAR 2019
DPVAT



PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 MAR 2013
DPVAT



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		DPVAT	
DETRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 013228062197 EXERCICIO 2018		PI Nº 013228062197 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VA 1 01126905159	CDV. RENAVAM 01383916373	PLACA PIR-5606	DATA EMISSÃO 10/07/2018
NOME NIVALDO FERREIRA DA MOTA		CLASSE 9C2MD4100HR021791	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NEUTRA		COMBUSTIVEL ALCOOL/GAS	
MARKA / MODELO HONDA/XRE 190		ANO FAB. 2017	
CATEGORIA 02P/01840C		VERIFICADA 2017	
COTA UNICA 1		1º IPVA 000,00	
PARCELAMENTO / COTAS 2		2º IPVA 000,00	
3º PAGO 000,00		PREMIO TARIFARIO 000,00	
PREMIO TOTAL (R\$) 000,00		DATA DE PAGAMENTO 04/07/2018	
PREMIO PAGO 000,00		PREMIO TOTAL (R\$) 000,00	
ADMINISTRADORA DE CONS. NAC. HONDA		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS DE RESPONSABILIDADE CIVIL PARA VEICULOS AUTOMOTORES	
SÃO GONCALO DO PIAUI		TRANSACORRADAS DO NAO - SEGURO DPVAT	
10/07/2018		10/07/2018	

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		DPVAT	
DETRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 013228062197 EXERCICIO 2018		PI Nº 013228062197 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VA 1 01126905159	CDV. RENAVAM 01383916373	PLACA PIR-5606	DATA EMISSÃO 10/07/2018
NOME NIVALDO FERREIRA DA MOTA		CLASSE 9C2MD4100HR021791	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NEUTRA		COMBUSTIVEL ALCOOL/GAS	
MARKA / MODELO HONDA/XRE 190		ANO FAB. 2017	
CATEGORIA 02P/01840C		VERIFICADA 2017	
COTA UNICA 1		1º IPVA 000,00	
PARCELAMENTO / COTAS 2		2º IPVA 000,00	
3º PAGO 000,00		PREMIO TARIFARIO 000,00	
PREMIO TOTAL (R\$) 000,00		DATA DE PAGAMENTO 04/07/2018	
PREMIO PAGO 000,00		PREMIO TOTAL (R\$) 000,00	
ADMINISTRADORA DE CONS. NAC. HONDA		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS DE RESPONSABILIDADE CIVIL PARA VEICULOS AUTOMOTORES	
SÃO GONCALO DO PIAUI		TRANSACORRADAS DO NAO - SEGURO DPVAT	
10/07/2018		10/07/2018	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PG 1 E 22

DANOS

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



Sinistro - 31901207412

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

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

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

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

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

Local: São Gonçalo do 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

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

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

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

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

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

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



Angical - Piauí - PI 05 de Dezembro de 20 18

Nivaldo Ferreira da Mota

OUTORGANTE

Cartório Unico de Registros
Av. Mal Castelo Branco 282
São Gonçalo do Piauí
CEP - 64.435-000



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

Antonio Nascimento de Oliveira
Tabelião Oficial de Registros
Matricula Nº 4087372



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092822/19

Número do Sinistro: 3190207412

Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

CPF: 013.839.163-73

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

