

Browser tabs: Email, Contro, Mens, Sist, Audi, Cons, 0800, Baixa, (41) V, FAQ, Conta, Siste, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listAutosDigitais.seam?idProcesso=250100&ca=046b8f7107018e17e4ec6618fe2cedc0c97be642e...

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

PJE ProceComCiv 0800297-13.2019.8.18.0072
RAIMUNDO NONATO DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SE...

14447775 - Petição (2779186 JUNTADA DE DOCS 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 02/02/2021 15:27:28

02 Feb 2021

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO
 - 14447766 - Petição
 - 14447775 - Petição (2779186 JUNTADA DE DOCS 01)
 - 14447776 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)

20 Jan 2021

- 14165963 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (HABILITAÇÃO)

15:27

11:22

14165690 - CONTESTAÇÃO

downloadBinario.seam 1 / 2 100%

2779186- CS/ 2021-00013/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOCADO ASSOCIADOS

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

Processo: 08002971320198180072

PT 15:27 02/02/2021



Número: **0800297-13.2019.8.18.0072**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **17/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado	
RAIMUNDO NONATO DA SILVA (AUTOR)			FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)	
Documentos				
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo	
14447766	02/02/2021 15:27	Petição	Petição	
14447775	02/02/2021 15:27	2779186_JUNTADA_DE_DOCS_01	Petição	
14447776	02/02/2021 15:27	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO	

SEGUE EM ANEXO JUNTADA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO.





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

Processo: 08002971320198180072

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SAO PEDRO DO PIAUI, 2 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 15:27:27
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020215272774500000013659489>
Número do documento: 21020215272774500000013659489

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 15:27:27
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020215272774500000013659489>
Número do documento: 21020215272774500000013659489

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2017

Carta nº: 11388780

A/C: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170407880 ASL-0286997/17

Vitima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data Acidente: 28/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00235/00236 - carta_01



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2017

Carta nº: 11411339

A/C: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Sinistro: 3170407880 ASL-0286997/17
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Data Acidente: 28/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00255/00256 - carta_02



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2017

Carta nº: 11560925

A/C: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Sinistro: 3170407880 ASL-0286997/17
Vitima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Data Acidente: 28/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000888-5

Conta: 0000026054-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01003/01004 - carta_15R



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PI



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Raimundo Nonato da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.228.354

EXPEDIDO POR SSP-PI

EM 08/06/05 E

CPF 5.330.863.93-34 / CNPJ

PROFISSÃO Lavandor

E RENDA MENSAL DE R\$ Renda (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Raimundo Nonato da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, critos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0888-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26.054-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

26 JUL 2017

CLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

São Pedro, 19 de Julho de 2017

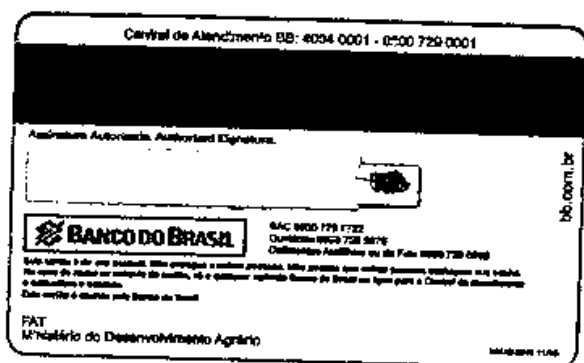
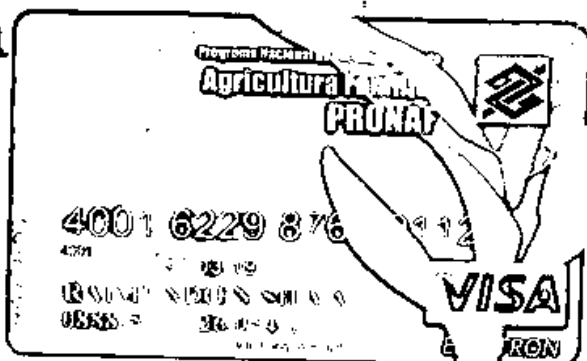
LOCAL E DATA

Raimundo Nonato da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente à data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





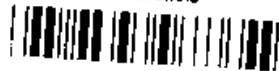
26 JUL 2017





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA – SSP
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL – DGPC

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA (Alternativo)

Número do B.O.: 00169

Resp. pelo Registro:

Bel. Gregório Luiz de Sousa

Delegado: Bel. Thiago Damasceno Sousa

DATA: 19/07/2017

HORÁRIO: 09:55

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Horário do fato: 18:30 HORAS DE 28/04/2017 Local: Na estrada vicinal na localidade Olho D'Água
Bairro: Zona Rural Município: São Pedro/PI Ponto de Referência: Próximo a localidade Olho D'Água

NATUREZA DO FATO

ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTOCICLETA)

DADOS DO INFORMANTE

Nome: RAIMUNDO NONATO DA ILVA Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: São Pedro/PI
Profissão: Lavrador Data de Nascimento 21/05/1972 Endereço: Na localidade Olho D'Água
BAIRRO Zona Rural/ São Pedro/PI Filiação: Roberta Maria da Conceição. Fone: 86 R.G:
1.228.354 SSP/PI CPF: 773.286.393-34.

PESSOAS ENVOLVIDAS

Vítima(s): O Noticiante.

Autor(es): O Estado.

OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS

Desc. Material:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Desc. do(s) veículo(s): Uma motocicleta HONDA NXR 150 BROS ESD, cor preta, placa - OUA - 2109 - São Pedro do Piauí - PI, ano de fabricação 2013 modelo 2013, renavam 00549542531, chassi 9C2KD0540DR144242, PROPRIETÁRIO Ronaldo de Sousa Lima, CPF 010.989.443-05, RG 3.772.332 SSP/PI.

NARRATIVA DO FATO

O NOTICIANTE relata que no dia 28/04/2017, por volta das 18:30 hs, estava conduzindo uma motocicleta acima mencionada, na estrada vicinal próximo a localidade Olho D'Água no município de São Pedro do Piauí, que o noticiante colidiu com uma palmeira de babaçu, que havia caído na estrada, o noticiante foi levado para o hospital de Água Branca, foi examinado pelo médico de plantão e transferido para o H.U.T., em Teresina Capital do Estado do Piauí, que o noticiante fraturou a bacia, o noticiante sabendo da gravidade do fato veio até esta Delegacia de Polícia Civil comunicar o fato. Dados e passados em São Pedro do Piauí. Diante do exposto pede providência por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim

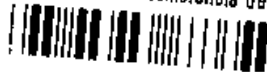
Responsável pelo registro

Responsável pela informação

Visto do(a) Delegado(a)



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Raimundo Renato da Silva, portador da carteira de identidade nº 1.228.354 e inscrito no CPF/MF sob o nº 773.286.393-34, residente e domiciliado na localidade Olho Negro em zona rural da São Pedro Riú, Estado Rio, declaro, sob as penas da lei, que não impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município de minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de lesão permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração seja o prosseguimento e análise de minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia renúncia com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de Impugnância, caso discorde do seu laudo.

Raimundo Renato da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

26 JUL 2017

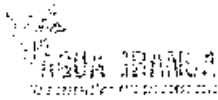
São Pedro Riú 19.07.2017

Local e data



At. declaratório

Comprovação de ato declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCOVERDE
CNES - 232392-3 | CNPJ - 03022132/0001-02

USUÁRIO: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 153
RAFAEL

DATA: 28/04/2017 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE HORA: 21:46:34
COD.: 35375 Paciente: RAIMUNDO NONATO DA SILVA Nasc.: 21/05/1972
Raça: 003 Idade: 44 Anos, 11 meses e 7 dias.
Nome do Pai: 00000000000000000000
Nome da Mãe: ROBERTA MARIA DA CONCEICAO
Sexo: M Telefone: (86)00000-0000 Cep: 64430000
Endereço: RUA PERNAMBUCO Bairro: FIO Numero:
Município: SAO PEDRO DO PIAUI UF: PI IBGE Mun.: 2210508
Nacionalidade: BRASILEIRO(A) Município Nascimento: SAO BRAZ DO PIAUI UF: PI
CNS: 700903912006691
RG Nº: 1.228.354 Órgão Emissor: SSP-PI Data Emissão: 08/06/2005
CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 164376 Data: 28/04/2017 21:46:34 Condução: Veículo Próprio ou de Terceiros
Motivo da Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência Convênio: SUS
QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

por acidente de moto após queda de palmeira, ferimentos graves, após acidente há 3 dias

EXAMES FÍSICOS: Pêlo afelô. Depois de muito dor no osso
A=Ø PA

26 JUL 2017

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

obs

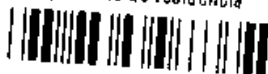
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 15:27:28
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020215272788600000013659490
Número do documento: 21020215272788600000013659490



Amaral Antonio 17/07/2017



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Raimundo Mota da Silva

RG nº 1.228.354, data de expedição 08/06/05, Órgão SSP. PI

CPF nº 773.286.393-34 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Localidade Olho Água</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>Pousada Carlos Os Santos</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>São Pedro do Piauí</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.430-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 93402-2764 / 93441-5193 / 9981-6008</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São Pedro-Pi 19.07.2017

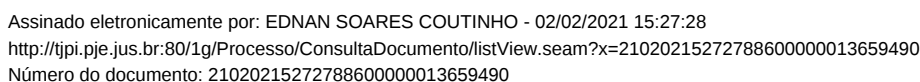
Assinatura do Declarante:

Raimundo Mota da Silva

26 JUL 2017



26 JUL 2017



Comprovante de residência



Nota Fiscal - Fatura de Serviços de Telecomunicações
Número: 000.049.005-AA
TIM Celular S.A.
Av. Frei Serafim, 1960 - Sala 5-Teresopolis-P
CNPJ: 04.206.000/0001-84 - I.E.: 12.456.932-4
CNPJ da Matriz: 04.206.000/0001-80

Cliente: 51487704
CPF/CNPJ: 54010443350
Emissão: 27/03/17 Período: 14/03/17
Referência: 14/03/17 Período: 27/03/17 a 28/03/17
Débito automático: 5401044335013
COP: 5907
Número da Fatura: 126105011

Página 1 de 6

01CE FORTALEZA CE PL8
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
R 7 DE SETEMBRO, 244 - CS
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

Endereço Fiscal

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
R 7 DE SETEMBRO, 244 - CS
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI



7214048718 07329 00000008725 30 140317

VENCIMENTO
25/03/17

VALOR
R\$ 127,69

"TIM" é marca dos serviços de telecomunicações do Grupo TIM no Brasil

Nº do Acesso: 86-89981-6008

	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
1- MENSALEDADES E FRANQUIAS						108,80
1.1 Mensagem 300s, incluso 1087 PÓS/SMP	1	25		5,00%		13,90
1.2 TIM Service Virtual Androide 1087 PÓS/SMP	1	25		5,00%		13,90
1.3 TIM Alavê incluso 1087 PÓS/SMP	1	25		5,00%		13,90
1.4 Oferta TIM Pre A Plus 1087 PÓS/SMP	1	25		5,00%		13,90
2- PACOTES						
2.1 TIM Pacote e DOD com 41 - 018-89981-6008	100					
3- CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM						7,89
3.1 Chamadas entre operadoras	112		20h-24h	25%	1,65%	2,00
3.2 Chamadas recebidas em Roaming Nacional	1		07h-24h	25%	1,65%	0,06
3.3 Chamadas longa distância TIM LD 41	12		20h-24h	25%	1,65%	2,70
3.4 Chamadas locais para Outros Celulares	21		07h-24h	25%	1,65%	1,98
3.5 Chamadas TIM 104	1		15h-24h	20%	1,65%	0,33
4- USO DE SERVIÇOS TIM						9,90
4.1 Serviço de Transferência de Chamada	875		24h/24h	25%	1,65%	1,47
4.2 TIM Transfer	1			25%	1,65%	0,26
4.3 TIM Transfer	1			1,65%		0,01
5- TOTAL TIM						127,69

Reservado ao Fisco : 0313.9477.F63B.44A7.8F34.708C.0C5D.7B3A

26 JUL 2017

VALOR	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST. R\$ 0,83
127,69	25%	R\$ 89,06	R\$ 22,27	FUNTEL R\$ 0,31
127,69		R\$ 89,06	R\$ 22,27	
127,69		R\$ 89,06	R\$ 22,27	
127,69		R\$ 89,06	R\$ 22,27	

Dúvidas na fatura? Acesse Entenda sua Conta na Área
Exclusiva do site www.tim.com.br
Central de Atendimento TIM: 1056

As condições de uso de FUNTEL (2,5%) não são representadas no boleto





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por 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 Ministério da 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 Paula de Sousa Silva, portador(a) do

RG nº 1.651.371, expedido por SSP-PI, em

11/10/2017, CPF/CNPJ nº 849.394.433-53,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Raimundo

Nonato da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Raimundo Nonato da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou-se Renda Mensal: R\$ Recusou-se

Documentos comprobatórios: Recusou-se 26 JUL 2017

Adriana Paula de Sousa Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo de Sousa Lima,
RG nº 3772332 data de expedição 21/07/12
Órgão SSPPS, portador do CPF nº 01098944305 com
domicílio na cidade de São Pedro - PI, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Alto Alegre - S/N.º, nº 517,
complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Raimundo Nonato da Silva cujo o condutor era
da Silva / Raimundo Nonato da Silva
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda - NXR 150 - BRAS. ESD.
Ano: 2013
Placa: 0UA-2109
Chassi: 9C2K-D054DR144242
Data do Acidente: 28-04-2017
Local e Data: S. Pedro - PI - 19.07.2017

Ronaldo de Sousa Lima
Assinatura do Declarante

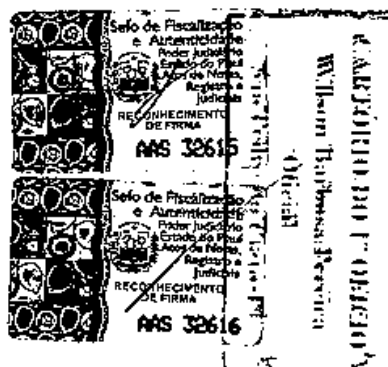
Raimundo Nonato da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE :RONALDO DE SOUSA LIMA e RAIMUNDO NONATO DA SILVA, TENDO OS MESMOS COMPARADOS A MINHA PRESENÇA, APRESENTADOS RG'S e CPF'S E FOI FEITOS CARTÕES DE AUTOGRÁFOS.-

SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 19 DE JULHO DE 2017

Wilson Barbosa Pereira
WILSON BARBOSA PEREIRA
OFICIAL.



26 JUL 2017





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

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 29/04/17 HORA: 9:50 Nº DOTELEFONE: _____
 HOSPITAL SOLICITANTE: H.M.S.O.M.A MUNICIPIO: Agua Branca
 MÉDICO: Raphael Melo CRM: 9192
 NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Raimundo Renato do Silva
 Data de Nascimento: 21.05.1972 Idade: 44 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino
 CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: 700903912006691

Município de Procedência: Agua Branca

HDA: Entra em risco físico por acidente motorístico - limitação de movimento

HD: luxação em joelho (?) CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
(X) Espontânea	(X) Orientado	(X) Obedece a comandos
3 - Comandos	4 - Confusa	5 - Localiza dor
2 - À dor	3 - Palavras inapropriadas	4 - Movimento de retirada
1 - Nenhuma	2 - Palavras incompreensíveis	3 - Flexão anormal
	1 - Nenhuma	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): Analgesia
 () Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico: Raphael Melo
 Nemésio Aparecido de Castro Neto
 Matrícula: 70691
 Conferir com Original

HOSPITAL DE DESTINO
 Hospital: HUT
 Clínica/Posto: Ortopedia Senha: 2017042916648



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 1 - 120
ENF: 26 JUN 1971
LEITO: 10

E: Ich mag es - Novakovic ist da

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
# De pressão		As 22:25
# Medida de mols		As 22:25
1) Dieta 200g	22:25	As 22:25
2) 570,81 → 200000 @ 35-45	22:25	As 22:25
3) Evacuação completa de opium (C.D.A.D.)	22:25	As 22:25
4) Temperatura → 37,5°C	22:25	As 22:25
5) 100-120/70-80		
6) 100-120/70-80		
7) 100-120/70-80		
8) 100-120/70-80		
9) 100-120/70-80		
10) 100-120/70-80		
11) 100-120/70-80		
12) 100-120/70-80		
13) 100-120/70-80		
14) 100-120/70-80		
15) 100-120/70-80		
16) 100-120/70-80		
17) 100-120/70-80		
18) 100-120/70-80		
19) 100-120/70-80		
20) 100-120/70-80		
21) 100-120/70-80		
22) 100-120/70-80		
23) 100-120/70-80		
24) 100-120/70-80		
25) 100-120/70-80		
26) 100-120/70-80		
27) 100-120/70-80		
28) 100-120/70-80		
29) 100-120/70-80		
30) 100-120/70-80		
31) 100-120/70-80		
32) 100-120/70-80		
33) 100-120/70-80		
34) 100-120/70-80		
35) 100-120/70-80		
36) 100-120/70-80		
37) 100-120/70-80		
38) 100-120/70-80		
39) 100-120/70-80		
40) 100-120/70-80		
41) 100-120/70-80		
42) 100-120/70-80		
43) 100-120/70-80		
44) 100-120/70-80		
45) 100-120/70-80		
46) 100-120/70-80		
47) 100-120/70-80		
48) 100-120/70-80		
49) 100-120/70-80		
50) 100-120/70-80		
51) 100-120/70-80		
52) 100-120/70-80		
53) 100-120/70-80		
54) 100-120/70-80		
55) 100-120/70-80		
56) 100-120/70-80		
57) 100-120/70-80		
58) 100-120/70-80		
59) 100-120/70-80		
60) 100-120/70-80		
61) 100-120/70-80		
62) 100-120/70-80		
63) 100-120/70-80		
64) 100-120/70-80		
65) 100-120/70-80		
66) 100-120/70-80		
67) 100-120/70-80		
68) 100-120/70-80		
69) 100-120/70-80		
70) 100-120/70-80		
71) 100-120/70-80		
72) 100-120/70-80		
73) 100-120/70-80		
74) 100-120/70-80		
75) 100-120/70-80		
76) 100-120/70-80		
77) 100-120/70-80		
78) 100-120/70-80		
79) 100-120/70-80		
80) 100-120/70-80		
81) 100-120/70-80		
82) 100-120/70-80		
83) 100-120/70-80		
84) 100-120/70-80		
85) 100-120/70-80		
86) 100-120/70-80		
87) 100-120/70-80		
88) 100-120/70-80		
89) 100-120/70-80		
90) 100-120/70-80		
91) 100-120/70-80		
92) 100-120/70-80		
93) 100-120/70-80		
94) 100-120/70-80		
95) 100-120/70-80		
96) 100-120/70-80		
97) 100-120/70-80		
98) 100-120/70-80		
99) 100-120/70-80		
100) 100-120/70-80		

Amended
10-85-153





NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 441893

26 JUL 2017

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"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. Ottonio Tito, 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ortopedia

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 29/04/2017 12:42:01

DADOS DO PACIENTE:

(User: JOSENEIDE)

(Estação: ACCRO1)

Nome:	RAIMUNDO NONATO DA SILVA	Prontuário:	441893
Mãe:	ROBERTA MARIA DA CONCEIÇÃO	Pai:	NAO INFORMADO
End. Resid.:	LOCALIDADE OLHO D'ÁGUA - ZONA RURAL - SAO PEDRO DO PIACI - PI - CEP: 64430-970		
Nascimento:	21/05/1972	Idade:	44a:11m:0d
Responsável:	JOAO BATISTA	Sexo:	Masculino
Profissão:	TRABALHADOR RURAL	Fone:	86-99440-2320
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	CNS:	700903912006691
End. Local.:		Documento:	RG: 1228354 - SSP-PI
		E. Civil:	Concubinato

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	604884	Data:	29/04/2017 12:28:48	Condução:	AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Id. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Qual/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:	Profissional C/Ass. Risco:		
PACIENTE ENCAMINHADO DE ÁGUA BRANCA COM LUXAÇÃO EM BACIA. ECG:15.	JOSENEIDE BARBOSA DE SOUSA Enfermeira CRP: 5.910.102 COREN 286102 Em: 29/04/2017 12:42:00		

DADOS CLÍNICOS: (Hora:)

Paciente trazido pela ambulância de Água Branca, vítima de acidente de trânsito. (moto + Amarelo) Paciente relata que Palmira caiu no momento que passava o andar da mural. Refere dor em bacia e região pelvica. Nega trauma em região da cabeça, nega perda da consciência.

EF: Au sem alteração, AD: inerte

HUT DR. ZENON ROCHA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: BACIA 14:25 ka

DATA: 29/04/17

ECG: 15

Nemésio Martins de Castro Neto
CNPJ: 06.908.911-0001

PA X mmHg Pulso: SANGUE FC: TEMPERATURA

Diagnóstico Inicial: CID:

26 JUL 2017

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Sólido por de Pelve
HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: BACIA 14:25 ka
DATA: 29/04/17

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID
5339 04090270162
Procedimento CID

DATA: 1/1

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	Raimundo Norato do Silva		IDADE	45 anos	DATA	04/05/2017
HORÁRIO DE ADMISSÃO	12 hs 05 min	TIPO DE ANESTESIA	GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO			
CIRURGIA REALIZADA	Fract. de Sinus Pérfice			CIRURGIÃO	João Fre	
SINAIS VITAIS	HORÁRIO					
	ADMISSÃO				SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	79/48		115/80		118/73	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	57		52		52	
SATURACÃO DE O ₂ (%)	99%		100%		100%	
TEMPERATURA AXILAR (0° C)						
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)						
NOME/MATRÍCULA	Paula					
ÍNDICE DE ALDRETT-KEE KROULIK						
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1
	Tem apnéia	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL		09			10
ESCALA DE DOR ALTA	ASS.		mmmm	Cristiane Tiburcio de Mello Sampaio		
() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() IDVE	SONDA () NASOG () NASOE		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:						
12.05 Admitido na SRPA em pós de tto. cirúrgico para fratura em sinus pérfice. Sólido e estável de ossos, com boa perfusão capilar, respirando em ar ambiente com 99% de Sat O ₂ . FC com ritmo regular, 57 bpm. 12.05 - segue estável, al. quitas, sobrado da SRPA.						
26 JUL 2017						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()						
[] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA [] PED. PORT [] NEU [] CIR [] MÉD						



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 15:27:28

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020215272788600000013659490

Número do documento: 21020215272788600000013659490

Num. 14447776 - Pág. 18



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

AIH : 221710031356-0
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Orgão Emissor: H221100001

NASCIMENTO
21/03/1972

Identificação do Estabelecimento de Saúde RAIMUNDO NONATO DA SILVA

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

O. LIBERA: 04/05/2017

DT. LAUDO: 29/04/2017

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

OP. SIST: WELLINGTON
C10115730

Aarão Cruz Mendes
Ass. de Auditoria - ORCAA/FMS
CNI-7188107-13785473-04
CNS-203853896150008

da
ção:

350

5- Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

6 - Prontuário: 441893

7-CNS: 700903912006691

8-Nascimento: 21/05/1972

9-Sexo: Masculino

RG: 1228354- SSP-PI-Exp:

11-Mãe: ROBERTA MARIA DA CONCEIÇÃO

12-Fone: 86-99440-2320

13-Resp: JOÃO BATISTA

14-Fone: 86-99440-2320

15-Endereço: LOCALIDADE OLHO D'ÁGUA - ZONA RURAL - CEP: 64430-970

16-Munic: SÃO PEDRO DO PIABO

17-Cod. IBGE: 221050

18-UF: PI

19-CEP: 64430-970

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proc. Anterior 0408040262	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO
21-Cod. Mudança Proced. 0408040254	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO
27-CID Prim: S730	26-Diagnóstico: Luxação da articulação do quadril

29.04.2017

38-Profissional Responsável:
RICARDO SOARES VALENÇA

40-Tp. Documento:
CPF

40-No. Doc. Med. Solic.:
787.098.575-91

39-Data Solicitação:
29/04/2017

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Trauma em quadril

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da "BAO" autorização:	Nemésio Martins de Castro Neto Matrícula: 70691 SAME-HUT Retornar Original	49-Ass. Carimbo (Ass. Conselho)
50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Ass. Conselho)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 15:27:28

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020215272788600000013659490

Número do documento: 21020215272788600000013659490



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Orgão Emissor: H221190001

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

RAIMUNDO NONATO DA SILVA

NASCIMENTO
21/05/1972

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

D.LIBERA: 04/05/2017

DT. LAUDO: 29/04/2017

PROCED.: 0408040254 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO

OP. SIST.: WELLINGTON

CID: S730

Aarão Cruz Mendes

Ass. de Auditoria - ORCA/FMS

CRM-PI 160310-01/2016-04

CNS 203833996150008

IDENTIFICAÇÃO

5-Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

6 - Prontuário: 441893

7-CNS: 700903912006691

8-Nascimento: 21/05/1972

9-Sexo: Masculino

RG: 1229354 - SSP-PI

11-Mãe: ROBERTA MARIA DA CONCEIÇÃO

12-Fone: 86-99440-2320

13-Resp: JOAO BATISTA

14-Cor: Parda

15-End: LOCALIDADE OLHO D'ÁGUA - ZONA RURAL - CEP: 64430-970

17-Cod. IBGE: 221050

18-UF: PI

19-CEP: 64430-970

Munic: SAO PEDRO DO PIAUI

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prim:

S334

25-ID Sec.:

26-CID C. Ass.:

Fratura traumática da sínfise púbica

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408040262

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO

Clínica:

30-Caráter: Ident.:

02

31-Docum.:

01

CPF

787.098.575-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

RICARDO SOARES VALENÇA

34-Data Solicitação:

29/04/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Polítela:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CAE Empresa:

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-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPDF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Uso exclusivo para REGISTRO
Consulta Local: 604894
Consulta SUS:
Impressão: 29/04/2017 16:02:15

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 15:27:28

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020215272788600000013659490

Número do documento: 21020215272788600000013659490

Num. 14447776 - Pág. 20



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04/05/12

NOME DO PACIENTE: <u>Reimundo Nave de S.L.</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>441893</u>
DIAGNÓSTICO: <u>fratura de sinfise púbica</u>	CIRURGIA: <u>RAFI de fratura de sinfise pública</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Alois</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Leo Tai</u>	CPF Nº: <u>Dr. Leo-Tse Frontiers</u>
AUXILIAR:	CPF Nº: <u>Ortopedia e Traumatologia</u>
ANESTESIA: <u>Roguel</u>	CPF Nº: <u>CRM 2880 CPF 746.693.933-72</u>
INSTRUMENTADORA: <u>Leandra</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 710 P 6,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE 27	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	2000		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Calpenn</u>		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletrodes - 05</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Alvaro</u>			
PROLENE							

26 JUL 2012

Nemésio Medeiros de Castro Neto
Matrícula: 70891
SABE-HUT
Conferir com Original





FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Flavio do Nascimento da Silva</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura de fêmur proximal</u>		
Operação - Tipo <u>RPAES de artroscopia de artroscopia (ARTROSCOPIA)</u>		
Cirurgião <u>Dr. Aldo José da Silva</u>	1º Assistente	2º Assistente
2º Assistente	3º Assistente	Anestesia
Instrumentador(a)	Anestesiologista <u>Dr. Aldo José da Silva</u>	Anestesia
Anestésico(a)	Medico Anestesiologista	
Data da Operação <u>04/05/17</u>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
Nº 20691 NOME HUT Confira com Original		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)		
1) Ponto de entrada no abdômen 2) De laparoscopia com punção de gás 3) Ponto de entrada de camera 4) Incisão horizontal em região hipogástrica ao nível de umbilicus 5) Puncções de planos + laparoscopia 6) Redução de conteúdo 7) Omentum com uso de placa 8) Ponto de laparoscopia 9) Aproximação de planos com sutura 10) Curatela		

MOD. 76 - HUT





Orgão Emissor: H221100001

189707

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

AIH : 221710033564-8

UNI - H.M.U.T. (PROF. ZENON ROCHA)

RAIMUNDO NONATO DA SILVA

NASCIMENTO: 21/05/1972

Identificação do Estabelecimento:

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

2- Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

3- Código da Internação: 5828856

4- Número da Internação: 189707

5- Ass. Médico Responsável: [Assinatura]

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

6 - Prontuário: 441693

7-CNS: 700903912006691

8-Nascimento: 21/05/1972

9-Sexo: Masculino

RG: 1228354 - SSP-PI

11-Mãe: ROBERTA MARIA DA CONCEIÇÃO

12-Fone: 86-99440-2320

13-Resp: JOAO BATISTA

14-Cor: Parda

15-Endereço: LOCALIDADE OLEO D'ÁGUA -- ZONA RURAL - CEP: 64430-970

16-Munic: SAO PEDRO DO PIATU

17-Cod. IBGE: 221050

18-UF: PI

19-CEP: 64430-970

COM BOLETA CIR/ANEST

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Luxação da articulação do quadril

24 - Procedimento Solicitado:

25-Cod. Proced.: 0408040254

26- Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO

27-Clinica:

28-Caráter: Ident.: 02

29-Docum.: 01

30-Doc. Méd. Solic.: CPF 746.635.933-72

31- Nome Profissional Solicitante/Assistente: LEO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

32- Data Solicitação: 04/05/2017

33- Nome do Profissional Autorizador: [Assinatura]

34- Data Autorização: 04/05/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35- () Acidente de Trânsito

36- () Acidente Trabalho Típico

37- () Acidente Trabalho Trajeto

38- () Vínculo com a Previdência:

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

39- CNPJ Seguradora:

40- CNPJ Empresa:

41- CNPJ Empresa:

42- CNPJ Empresa:

43- CNPJ Empresa:

44- CNPJ Empresa:

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador:

46 - Data Autorização:

47 - Documento:

48 - Num. Documento:

49 - Assinatura Paciente ou Responsável:

50 - Assinatura do Profissional Autorizador:

51 - Assinatura do Profissional Autorizador:



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - MUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/02/2021 15:27:28

<http://tpi.pje.jus.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020215272788600000013659490>

Número do documento: 21020215272788600000013659490

Num. 14447776 - Pág. 24





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 96 3229 1872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.523.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA** (Prontuário: 441893)
Endereço: LOCALIDADE OLHO D'ÁGUA - ZONA RURAL - SÃO PEDRO DO PIAUI - PI CEP: 64430-970
Nascimento: 21/05/1972 Idade: 44a:11m:26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 604884
Requisição: 738387 Solicitação: 29/04/2017 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 919335 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 29/04/2017

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- Disjunção sacro-iliaca esquerda.
- Diastase da sínfise púbica.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 17/05/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Nemesis
Máquina: TCS
SAME-HUT
Controle com Origem

26 JUL 2017





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 85 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA** (Prontuário: 441893)
Endereço: LOCALIDADE OLHO D'ÁGUA - ZONA RURAL - SÃO PEDRO DO PIÁUI - PI CEP: 64430-970
Nascimento: 21/05/1972 Idade: 44a:11m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 604884
Requisição: 738398 Solicitação: 29/04/2017 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 919346 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 29/04/2017

T.C. DE BACIA

Exame realizado através de aquisição helicoidal e reconstruções com 3mm de espessura e 3mm de incremento, evidenciou:

- Disjunção da sínfise púbica.
- Edema em planos adiposos extraperitoniais.
- Articulações coxo-femorais e sacro-íliacas com superfície e espaço articular preservados.
- As relações entre os acetábulos e as cabeças femurais são normais.
- Não há evidência de lesões expansivas ou osteonecrose.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/04/2017

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável


Nelson Martins de Castro Neto
Matrícula: 70691
SAME-HUT
Confere com Original
26 JUL 2017





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Pedernção - Fone: 36 3229 4812
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA** (Prontuário: 441893)
Endereço: LOCALIDADE OLHO D'ÁGUA - ZONA RURAL - SÃO PEDRO DO PIAUI - PI CEP: 64430-970
Nascimento: 21/05/1972 Idade: 44a:11m:18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 189350
Requisição: 738726 Solicitação: 30/04/2017 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 919744 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 217

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 30/04/2017

BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA, os seguintes aspectos observados:

- Disjunção ascro ilíaca a esquerda.
- Diástase da sínfise púbica.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 09/05/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF. 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

26 JUL 2017

Nemésio Martin de Castro Neto
Matrícula: 70891
SAME-HUT
Compare com Original



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820, Redenção - Fone: 86 3224 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA** (Prontuário: 441893)
Endereço: LOCALIDADE OLHO D'ÁGUA - ZONA RURAL - SÃO PEDRO DO PIAUI - PI CEP: 64430-970
Nascimento: 21/05/1972 Idade: 45a;1m;28d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 189707
Requisição: 739864 Solicitação: 04/05/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 921143 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 217

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 04/05/2017

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEQUINTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- Artrodese na sínfise púbica com presença de placa e parafusos metálicos.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/06/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

26 JUL 2017


Ednan Soares de Castro Neto
Matrícula: 70531
SAME-HUT
Confere com Original



RECEITUÁRIO

Paciente:

Raimundo Norberto do Silva

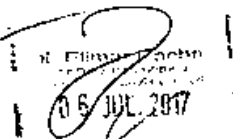
Lamelo Médico

Paciente apresenta o diagnós-
tico de lesão/fratura em
sinfise púbica. Submetido a
tratamento cirúrgico (osteosin-
tese com placa e parafusos),
evoluiu com infecção pós-operató-
ria. Encontra-se em tratamen-
to conservador (antibioticoterá-
pia oral)

(25) - 532.5
5334

Data:

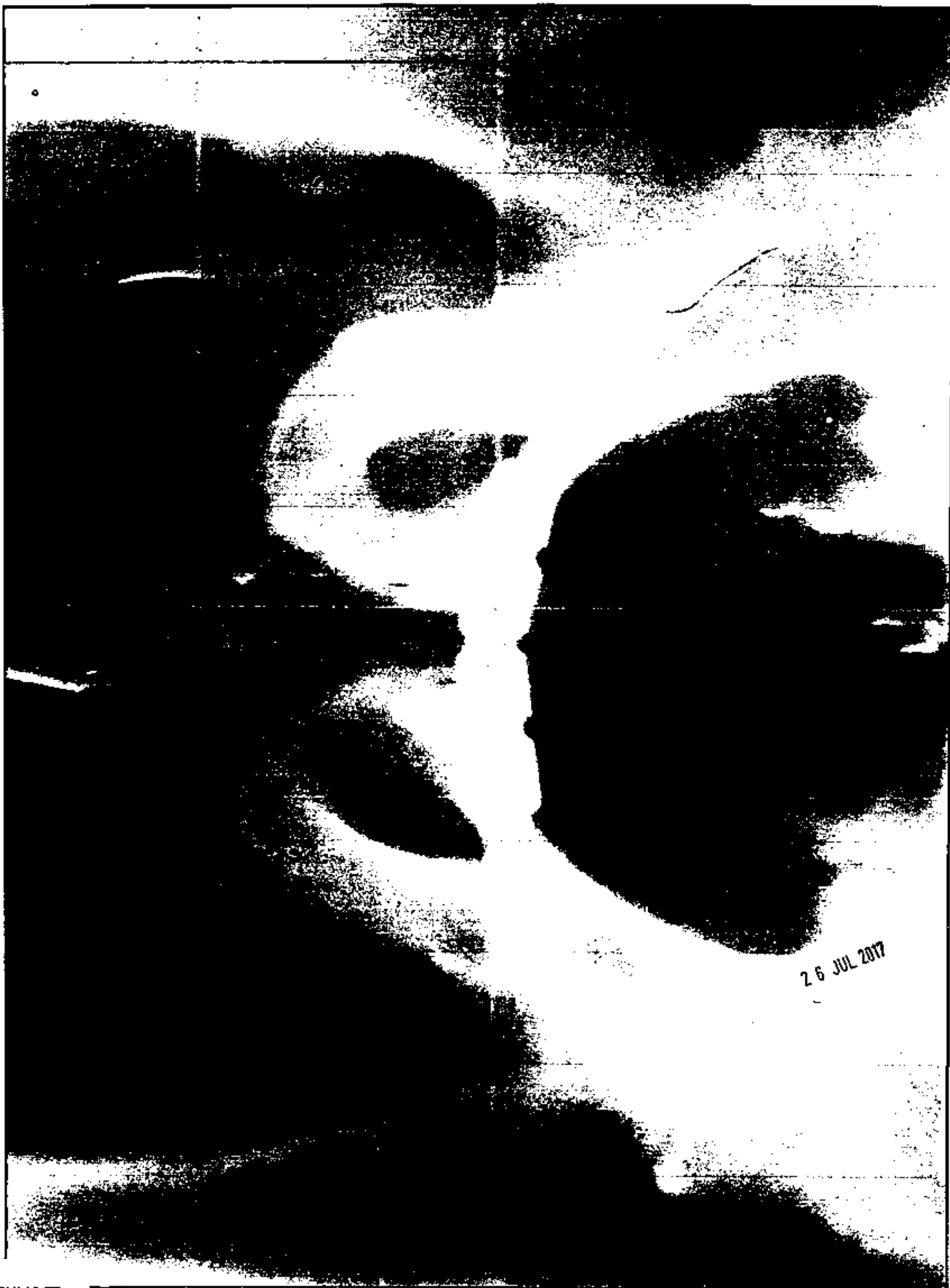
06/07/17



VOLTANDO À CONSULTA QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA.

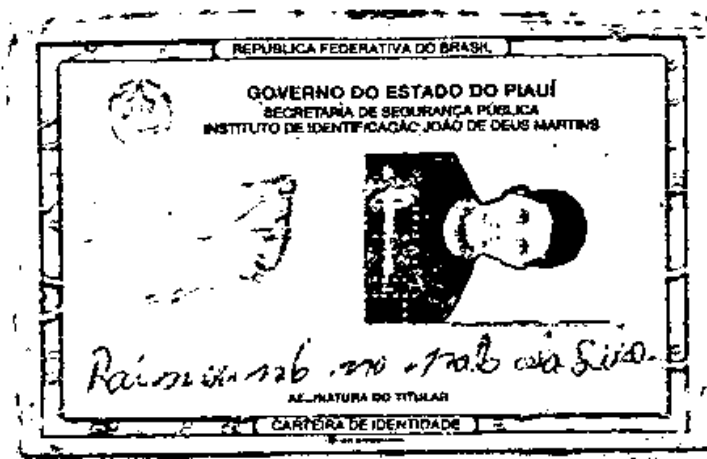
26 JUL 2017





26 JUL 2017





Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.228.354 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/06/05

NOME RAIMUNDO NONATO DA SILVA

FILIAÇÃO ROBERTA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI DATA DE NASCIMENTO 21/05/1972

DOC ORGEM CERT. CASAM. 517 L 3B F 232

EXP SÃO PEDRO DO PIAUÍ PI 03/05/00

CERT. TITULO DE ELEIÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

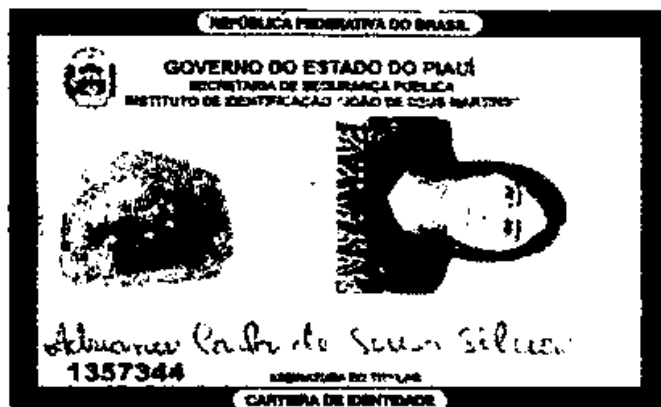
Nome RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nº de Inscrição 773286393-34 Data de Nascimento 21/05/72

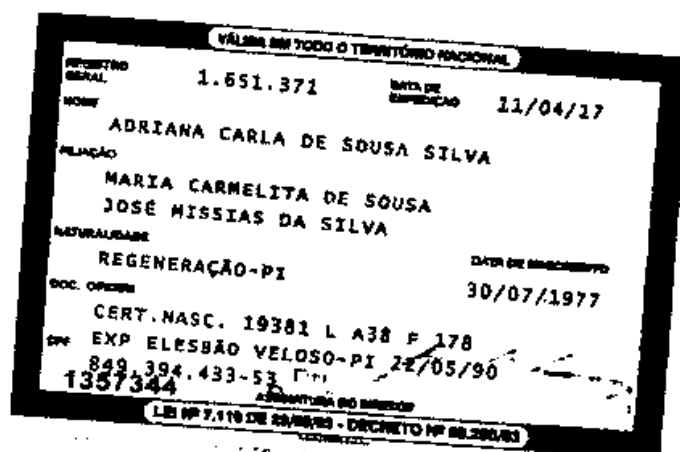


26 JUL 2017





Documentos de identificação



26 JUL 2017





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **RAIMUNDO NONATO DA SILVA** Sinistro: **3170407880** Data: **28/04/2017**
Endereço do(a) Examinado(a): **Lc Olho D'Água, SN - ZONA RURAL - São Pedro do Piauí - PI - CEP 64430-000**
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1.228.354**
Data local do exame: [**11/08/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura da sínfise púbica, com disjunção sacro-iliaca esquerda. No exame físico estático tem cicatriz com 9,0 cm na região pélvica, no dinâmico e de força apresenta alteração com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do quadril com a coxa esquerda, com diminuição de aproximadamente 30° da flexão do quadril direito, e não apresenta déficit neurológico.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Fez tratamento com redução cruenta, e cirúrgico com osteossíntese com fixação com placa e 04 parafusos, refere que fez fisioterapia, e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Apresenta no momento alteração com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do quadril com a coxa esquerda, com diminuição de aproximadamente 30° da flexão do quadril esquerdo.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quadril esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Mauro Ricardo Ramos Bilibio

Mauro Ricardo Ramos Bilibio - CRM: 4606 - PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170407880 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 28/04/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE SINFESE PUBICA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170407880 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 28/04/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Disjunção da sínfise púbica, com disjunção sacro-ilíaca esquerda.

Descrição do exame médico pericial: No exame físico estático tem cicatriz com 9,0 cm na região pélvica, no dinâmico e de força apresenta alteração com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do quadril com a coxa esquerda, com diminuição de aproximadamente 30° da flexão do quadril, e não apresenta déficit neurológico.

Resultados terapêuticos: Fez tratamento com redução cruenta, e cirúrgico com osteossíntese com fixação com placa e 04 parafusos, refere que fez fisioterapia, e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do quadril devido à limitação da flexão articular. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 4606

UF do CRM do médico: PI

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO

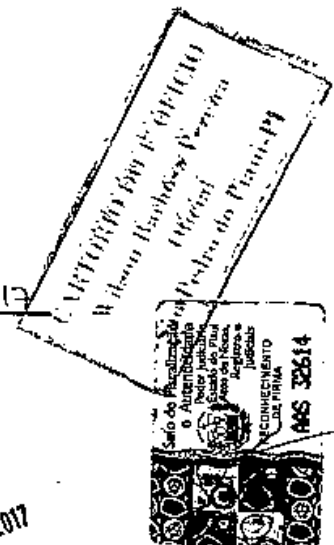
OUTORGANTE: Raimundo Nonato da Silva BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL Solteiro PROFISSÃO Laurado CI RGN. R _____ CPF/ MF
N° 1228354 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA Povoado - Olhos D'água
CIDADE DE S. Pedro - PI
ESTADO Piauí CEP 64450000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF N° 849.394.433-53 E RG SOB
N° 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-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 Lfdr e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

São Pedro do Piauí 19 de Julho de 2017



Raimundo Nonato da Silva 26 JUL 2017

OUTORGANTE

= RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE =

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAIMUNDO NONATO
DA SILVA, TENDO O MESMO COMPARECIDO A MINHA PRESENÇA, APRESENTADO
RG, e CPF, E FOI FEITO CARTÃO DE AUTOGRAFO.-

SÃO PEDRO DO PIAUI-PI, 19 DE JULHO DE 2017

WILSON BARBOSA PEREIRA-OFTCTAL



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:	23/08/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00888-5

CONTA: 000000026054-1

Nr. da Autenticação 92F1C4DB0C1C3CD9

