

Browser tabs: Email - Alana, Controle de, Sistema, Sistema, Audiências, Consulta pr, PJR 0814632-95, Baixar o arq, (41) Whats, +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=36470&ca=69bd26ec22d8ec325d6c3fc5c14698dcb0d0...

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

PJ ProceComCiv 0814632-95.2017.8.18.0140
ALOISIO DA SILVA SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO ...

14576417 - CONTESTAÇÃO (2782448 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 08/02/2021 11:17:28

08 Feb 2021

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 14576413 - CONTESTAÇÃO
 - 14576417 - CONTESTAÇÃO (2782448 CONTESTACAO 01)
 - 14576441 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14576496 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14576498 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14576501 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

11:17

downloadBinario.seam 1 / 10 100% +

2782448- CS/ 2021-00155/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo n.º 08146329520178180140

PT 11:17 08/02/2021



Número: **0814632-95.2017.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **21/09/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALOISIO DA SILVA SOUSA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14576 441	08/02/2021 11:17	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8503465

A/C: ALOISIO DA SILVA SOUSA

Sinistro: 3160070867
Vitima: ALOISIO DA SILVA SOUSA
Data Acidente: 17/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAYLANE PAULINO DA 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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00601/00602 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8651190

A/C: ALOISIO DA SILVA SOUSA

Sinistro: 3160070867
Vítima: ALOISIO DA SILVA SOUSA
Data Acidente: 17/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAYLANE PAULINO DA 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.dpvatsegurodotransito.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. 00893/00894 - carta_02



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8732260

A/C: ALOISIO DA SILVA SOUSA

Sinistro: 3160070867
Vitima: ALOISIO DA SILVA SOUSA
Data Acidente: 17/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAYLANE PAULINO DA 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: ALOISIO DA SILVA SOUSA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 00000112314-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	0,00
Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00187/00188 - carta_15R

00040094





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2016

Carta nº: 9102859

A/C: ALOISIO DA SILVA SOUSA

Sinistro: 3160070867 ASL-0050375/16
Vítima: ALOISIO DA SILVA SOUSA
Data Acidente: 17/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAYLANE PAULINO DA 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.dpvatsegurodotransito.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. 00359/00360 - carta_02

00050180



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2016

Carta n°: 9118789

A/C: ALOISIO DA SILVA SOUSA

Sinistro: 3160070867 ASL-0050375/16
Vítima: ALOISIO DA SILVA SOUSA
Data Acidente: 17/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAYLANE PAULINO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01023/01024 - carta_03



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160070867 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALOISIO DA SILVA SOUSA **Data do acidente:** 17/11/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA, DIMINUIÇÃO INTENSA DA AMPLITUDE FUNCIONAL E HIPOTROFIA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
Complicações: AUSENTES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM 75%.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/02/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Lucas Lopes Rego

CRM do médico: 3932

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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 1 *T1%*

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, Alcino da Silva Sousa EXPEDIDO POR SSP-PI EM 27 / 01 / 2016 E
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2744395 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO PROFISSÃO
 CPF 040527633-86 / CNPJ 00000000-0000-00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 00,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Alcino da Silva Sousa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos 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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
 Nº do BANCO 0000 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 Nº do BANCO 0000 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000

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

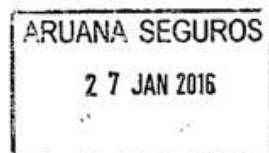
Tererina-PI 03 de janeiro de 2016 Alcino da Silva Sousa
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 na 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.



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Aloisio da Silva Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Lc Buriti Alegre, S/N
Rural Beneditinos PI CEP: 64380-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2744395
Data local do exame: [16/02/2016] 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 CLAVÍCULA DIREITA.
APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA, DIMINUIÇÃO INTENSA DA AMPLITUDE FUNCIONAL E HIPOTROFIA DO OMBRO DIREITO.**

- 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.

PACIENTE DEU ENTRADA NO PRONTO SOCORRO COM FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, SENDO INTERNADO PARA TRATAMENTO.

Data da alta: FEVEREIRO DE 2016.

TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Complicações: AUSENTES.

- 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.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM 75%.

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):

Ombro - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio (X) 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.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Lucas Lopes Rego
Médico Perito
CRM-PI-3932



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Aloisio da Silva Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Lc Buriti Alegre, S/N
Rural Beneditinos PI CEP: 64380-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2744395
Data local do exame: [23/05/2016] 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 TERCO DISTAL DA CLAVICULAR DIREITA
PACIENTE EVOLUI COM DOR EM OMBRO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS,
COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO IMPORTANTE NA AMPLITUDE
DOS MOVIMENTOS DO OMBRO.**

- 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.

**PACIENTE RELATA ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM NOV-2015 LEVANDO A FRATURA DE CLAVICULA DIREITA, SENDO
REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO
Data da alta: DEZEMBRO 2015
TRATAMENTO CIRURGICO COM FIOS METALICOS
Complicações: VIDE ACIMA**

- 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.

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO COM DOR EM OMBRO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA
ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO
IMPORTANTE NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO.**

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):

Ombro - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Frederico F. Oliveira
Frederico F. Oliveira
Cardiologista/Clin. Médica
CRM - PI 5958

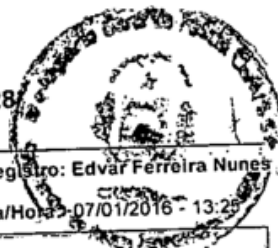




Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

654 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000066/2016-28



Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 07/01/2016 - 13:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora
17/11/2015 - 07:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Bairro
USINA SANTANA

Endereço
POV. FORMOSA, Nº:
Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALOISIO DA SILVA SOUSA
RG: 2744395SSPP
Mãe: DALSIRA FRANCISCA DA SILVA SOUSA
Endereço: POV. BURITE ALEGRE, Nº
Complemento: ZONA RURAL
Bairro: PREJUDICADO
Cidade: BENEDITINOS
Telefone(s): 86-9480-8611

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

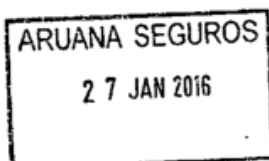
Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO YAMAHA/YBR 125, FACTOR, COR BRANCA, ANO 2013/2014, PLACA PIE-7449, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO. QUANDO O CONDUTOR DO VEÍCULO-II MOTO, INVADIU A PREFERENCIAL QUE MOTIVOU A COLISÃO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PRA O HUT. EM SEGUIDA COT. É O REGISTRO.

Edvar F. Nunes
Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

Aloisio da Silva Sousa
ALOISIO DA SILVA SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Aloisio da Silva Sousa
portador da carteira de identidade nº 2744395 e inscrito no CPF/MF
sob o nº 040.527.633-86 residente e domiciliado na Povoado
Burite Alegre nº _____

Cidade Benedictinos Estado Piauí, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da 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
prazos 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 **invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via
terrestre**, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da 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
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 9º
do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

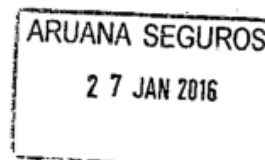
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia, não
significa previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante conforme documento de identificação

Local: Teresina-Piauí Data 08, 01, 2016

Aloisio da Silva Sousa

ASSINATURA: COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE



(Z. RURAL)

Dados do Chamado	01 N° do chamado 2733	02 Data do chamado 17/11/15	03 PRO (código) 2502	04 Saída do PA 7 B16	05 Chegada ao local 7 1513
	06 Saída do local 8:10	07 Chegada ao 1º hospital 8:13	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Viana Santana				
	11 Bairro		12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome Alcirio da Silva Sousa				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado 1
	16 Idade 127 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado		Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 2
	18 Tipo de ocorrência				
Tipo de Ocorrência	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 17 - Já removido 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 18 - Falso chamado 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança 23 - Capacete 24 - Airbag 25 - Cinto de segurança 26 - Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-A voz 2-A dor 1-Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5-Orientada 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-Nenhum
	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. SatO2		25 Local da lesão		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Dor 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado 34 Óbito 1-Sim 2-Não				
Observações Interdisciplinar	Pós vítima de acidente de trânsito, com lesões múltiplas, fratura de ombro direito e luxação de ombro esquerdo.				
	DOCUMENTO 3 T3% 77 JAN 2016				
	Responsável pela recepção: Médico AE/TE Enfermeiro Conductor				



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:	18/02/2016
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALOISIO DA SILVA SOUSA

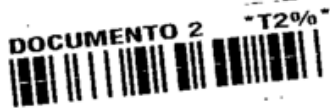
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000112314-0

Nr. da Autenticação 0C1E2DE282DB39D9





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Aleirio da Silva Sousa

RG nº 2744395, data de expedição / / , Órgão SSP-PF

CPF nº 040.527.633-86, 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/Praça)	<u>Povoado Burite Alegre</u>
Número	<u> </u>
Apto / Complemento	<u> </u>
Bairro	<u>Prejudicado</u>
Cidade	<u>Benedictinos</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u> </u>
Telefone de Contato	<u>(86)99949-3100</u>
E-mail	<u>miriane.36@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Tererina - Piauí 08/01/2016

Assinatura do Declarante: X Aleirio da Silva Sousa

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 05.840.743/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.333-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda pelo SETA 06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO



Nº da Nota Fiscal 000523034

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2015	23/12/2015	125	93,43

ALBINO RODRIGUES DE SOUSA
LC BURITI ALEGRE S/N 3-RURAL
CPF: 00052096602300
CEP: 64.380-000 - BENEDITINOS

ROT: 110.053.10.82.226400

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 4971	16/12/2015
Anterior: 4846	16/11/2015
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima leitura: 15/01/2016
Consumo Medido: 125	Emissão: 16/12/2015
Consumo Faturado: 125	Apresentação: 16/12/2015

Classe de Serviço: NORMAL

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A13715-43		1.1.1.1	107

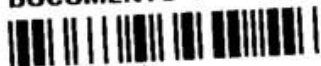
HISTÓRICO (kWh)	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
NOV/15 120	CONSUMO 125 A R\$ 0,616827 m	32,10
OUT/15 111	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	9,09
SET/15 120	CORRECAO MONETARIA IG 11/15-10	0,43
AGO/15 98	MULTA POR ATRASO 11/15-00	1,58
JUL/15 112	JUROS DE MORA DE IMPO 11/15-10	0,23
JUN/15 105	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 5,62	
MAI/15 108		
ABR/15 91		
MAR/15 108		
FEV/15 155		

TARIFA SDN TRIBUTOS:
0 A 125 - 0,484370

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER
CANCELADA A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE: 0800-036-0800 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1-9-10-15-20-25-30-35-40-45-50-55-60-65-70-75-80-85-90-95-100-105-110-115-120-125-130-135-140-145-150-155-160-165-170-175-180-185-190-195-200-205-210-215-220-225-230-235-240-245-250-255-260-265-270-275-280-285-290-295-300-305-310-315-320-325-330-335-340-345-350-355-360-365-370-375-380-385-390-395-400-405-410-415-420-425-430-435-440-445-450-455-460-465-470-475-480-485-490-495-500-505-510-515-520-525-530-535-540-545-550-555-560-565-570-575-580-585-590-595-600-605-610-615-620-625-630-635-640-645-650-655-660-665-670-675-680-685-690-695-700-705-710-715-720-725-730-735-740-745-750-755-760-765-770-775-780-785-790-795-800-805-810-815-820-825-830-835-840-845-850-855-860-865-870-875-880-885-890-895-900-905-910-915-920-925-930-935-940-945-950-955-960-965-970-975-980-985-990-995-1000-1005-1010-1015-1020-1025-1030-1035-1040-1045-1050-1055-1060-1065-1070-1075-1080-1085-1090-1095-1100-1105-1110-1115-1120-1125-1130-1135-1140-1145-1150-1155-1160-1165-1170-1175-1180-1185-1190-1195-1200-1205-1210-1215-1220-1225-1230-1235-1240-1245-1250-1255-1260-1265-1270-1275-1280-1285-1290-1295-1300-1305-1310-1315-1320-1325-1330-1335-1340-1345-1350-1355-1360-1365-1370-1375-1380-1385-1390-1395-1400-1405-1410-1415-1420-1425-1430-1435-1440-1445-1450-1455-1460-1465-1470-1475-1480-1485-1490-1495-1500-1505-1510-1515-1520-1525-1530-1535-1540-1545-1550-1555-1560-1565-1570-1575-1580-1585-1590-1595-1600-1605-1610-1615-1620-1625-1630-1635-1640-1645-1650-1655-1660-1665-1670-1675-1680-1685-1690-1695-1700-1705-1710-1715-1720-1725-1730-1735-1740-1745-1750-1755-1760-1765-1770-1775-1780-1785-1790-1795-1800-1805-1810-1815-1820-1825-1830-1835-1840-1845-1850-1855-1860-1865-1870-1875-1880-1885-1890-1895-1900-1905-1910-1915-1920-1925-1930-1935-1940-1945-1950-1955-1960-1965-1970-1975-1980-1985-1990-1995-2000-2005-2010-2015-2020-2025-2030-2035-2040-2045-2050-2055-2060-2065-2070-2075-2080-2085-2090-2095-2100-2105-2110-2115-2120-2125-2130-2135-2140-2145-2150-2155-2160-2165-2170-2175-2180-2185-2190-2195-2200-2205-2210-2215-2220-2225-2230-2235-2240-2245-2250-2255-2260-2265-2270-2275-2280-2285-2290-2295-2300-2305-2310-2315-2320-2325-2330-2335-2340-2345-2350-2355-2360-2365-2370-2375-2380-2385-2390-2395-2400-2405-2410-2415-2420-2425-2430-2435-2440-2445-2450-2455-2460-2465-2470-2475-2480-2485-2490-2495-2500-2505-2510-2515-2520-2525-2530-2535-2540-2545-2550-2555-2560-2565-2570-2575-2580-2585-2590-2595-2600-2605-2610-2615-2620-2625-2630-2635-2640-2645-2650-2655-2660-2665-2670-2675-2680-2685-2690-2695-2700-2705-2710-2715-2720-2725-2730-2735-2740-2745-2750-2755-2760-2765-2770-2775-2780-2785-2790-2795-2800-2805-2810-2815-2820-2825-2830-2835-2840-2845-2850-2855-2860-2865-2870-2875-2880-2885-2890-2895-2900-2905-2910-2915-2920-2925-2930-2935-2940-2945-2950-2955-2960-2965-2970-2975-2980-2985-2990-2995-3000-3005-3010-3015-3020-3025-3030-3035-3040-3045-3050-3055-3060-3065-3070-3075-3080-3085-3090-3095-3100-3105-3110-3115-3120-3125-3130-3135-3140-3145-3150-3155-3160-3165-3170-3175-3180-3185-3190-3195-3200-3205-3210-3215-3220-3225-3230-3235-3240-3245-3250-3255-3260-3265-3270-3275-3280-3285-3290-3295-3300-3305-3310-3315-3320-3325-3330-3335-3340-3345-3350-3355-3360-3365-3370-3375-3380-3385-3390-3395-3400-3405-3410-3415-3420-3425-3430-3435-3440-3445-3450-3455-3460-3465-3470-3475-3480-3485-3490-3495-3500-3505-3510-3515-3520-3525-3530-3535-3540-3545-3550-3555-3560-3565-3570-3575-3580-3585-3590-3595-3600-3605-3610-3615-3620-3625-3630-3635-3640-3645-3650-3655-3660-3665-3670-3675-3680-3685-3690-3695-3700-3705-3710-3715-3720-3725-3730-3735-3740-3745-3750-3755-3760-3765-3770-3775-3780-3785-3790-3795-3800-3805-3810-3815-3820-3825-3830-3835-3840-3845-3850-3855-3860-3865-3870-3875-3880-3885-3890-3895-3900-3905-3910-3915-3920-3925-3930-3935-3940-3945-3950-3955-3960-3965-3970-3975-3980-3985-3990-3995-4000-4005-4010-4015-4020-4025-4030-4035-4040-4045-4050-4055-4060-4065-4070-4075-4080-4085-4090-4095-4100-4105-4110-4115-4120-4125-4130-4135-4140-4145-4150-4155-4160-4165-4170-4175-4180-4185-4190-4195-4200-4205-4210-4215-4220-4225-4230-4235-4240-4245-4250-4255-4260-4265-4270-4275-4280-4285-4290-4295-4300-4305-4310-4315-4320-4325-4330-4335-4340-4345-4350-4355-4360-4365-4370-4375-4380-4385-4390-4395-4400-4405-4410-4415-4420-4425-4430-4435-4440-4445-4450-4455-4460-4465-4470-4475-4480-4485-4490-4495-4500-4505-4510-4515-4520-4525-4530-4535-4540-4545-4550-4555-4560-4565-4570-4575-4580-4585-4590-4595-4600-4605-4610-4615-4620-4625-4630-4635-4640-4645-4650-4655-4660-4665-4670-4675-4680-4685-4690-4695-4700-4705-4710-4715-4720-4725-4730-4735-4740-4745-4750-4755-4760-4765-4770-4775-4780-4785-4790-4795-4800-4805-4810-4815-4820-4825-4830-4835-4840-4845-4850-4855-4860-4865-4870-4875-4880-4885-4890-4895-4900-4905-4910-4915-4920-4925-4930-4935-4940-4945-4950-4955-4960-4965-4970-4975-4980-4985-4990-4995-5000-5005-5010-5015-5020-5025-5030-5035-5040-5045-5050-5055-5060-5065-5070-5075-5080-5085-5090-5095-5100-5105-5110-5115-5120-5125-5130-5135-5140-5145-5150-5155-5160-5165-5170-5175-5180-5185-5190-5195-5200-5205-5210-5215-5220-5225-5230-5235-5240-5245-5250-5255-5260-5265-5270-5275-5280-5285-5290-5295-5300-5305-5310-5315-5320-5325-5330-5335-5340-5345-5350-5355-5360-5365-5370-5375-5380-5385-5390-5395-5400-5405-5410-5415-5420-5425-5430-5435-5440-5445-5450-5455-5460-5465-5470-5475-5480-5485-5490-5495-5500-5505-5510-5515-5520-5525-5530-5535-5540-5545-5550-5555-5560-5565-5570-5575-5580-5585-5590-5595-5600-5605-5610-5615-5620-5625-5630-5635-5640-5645-5650-5655-5660-5665-5670-5675-5680-5685-5690-5695-5700-5705-5710-5715-5720-5725-5730-5735-5740-5745-5750-5755-5760-5765-5770-5775-5780-5785-5790-5795-5800-5805-5810-5815-5820-5825-5830-5835-5840-5845-5850-5855-5860-5865-5870-5875-5880-5885-5890-5895-5900-5905-5910-5915-5920-5925-5930-5935-5940-5945-5950-5955-5960-5965-5970-5975-5980-5985-5990-5995-6000-6005-6010-6015-6020-6025-6030-6035-6040-6045-6050-6055-6060-6065-6070-6075-6080-6085-6090-6095-6100-6105-6110-6115-6120-6125-6130-6135-6140-6145-6150-6155-6160-6165-6170-6175-6180-6185-6190-6195-6200-6205-6210-6215-6220-6225-6230-6235-6240-6245-6250-6255-6260-6265-6270-6275-6280-6285-6290-6295-6300-6305-6310-6315-6320-6325-6330-6335-6340-6345-6350-6355-6360-6365-6370-6375-6380-6385-6390-6395-6400-6405-6410-6415-6420-6425-6430-6435-6440-6445-6450-6455-6460-6465-6470-6475-6480-6485-6490-6495-6500-6505-6510-6515-6520-6525-6530-6535-6540-6545-6550-6555-6560-6565-6570-6575-6580-6585-6590-6595-6600-6605-6610-6615-6620-6625-6630-6635-6640-6645-6650-6655-6660-6665-6670-6675-6680-6685-6690-6695-6700-6705-6710-6715-6720-6725-6730-6735-6740-6745-6750-6755-6760-6765-6770-6775-6780-6785-6790-6795-6800-6805-6810-6815-6820-6825-6830-6835-6840-6845-6850-6855-6860-6865-6870-6875-6880-6885-6890-6895-6900-6905-6910-6915-6920-6925-6930-6935-6940-6945-6950-6955-6960-6965-6970-6975-6980-6985-6990-6995-7000-7005-7010-7015-7020-7025-7030-7035-7040-7045-7050-7055-7060-7065-7070-7075-7080-7085-7090-7095-7100-7105-7110-7115-7120-7125-7130-7135-7140-7145-7150-7155-7160-7165-7170-7175-7180-7185-7190-7195-7200-7205-7210-7215-7220-7225-7230-7235-7240-7245-7250-7255-7260-7265-7270-7275-7280-7285-7290-7295-7300-7305-7310-7315-7320-7325-7330-7335-7340-7345-7350-7355-7360-7365-7370-7375-7380-7385-7390-7395-7400-7405-7410-7415-7420-7425-7430-7435-7440-7445-7450-7455-7460-7465-7470-7475-7480-7485-7490-7495-7500-7505-7510-7515-7520-7525-7530-7535-7540-7545-7550-7555-7560-7565-7570-7575-7580-7585-7590-7595-7600-7605-7610-7615-7620-7625-7630-7635-7640-7645-7650-7655-7660-7665-7670-7675-7680-7685-7690-7695-7700-7705-7710-7715-7720-7725-7730-7735-7740-7745-7750-7755-7760-7765-7770-7775-7780-7785-7790-7795-7800-7805-7810-7815-7820-7825-7830-7835-7840-7845-7850-7855-7860-7865-7870-7875-7880-7885-7890-7895-7900-7905-7910-7915-7920-7925-7930-7935-7940-7945-7950-7955-7960-7965-7970-7975-7980-7985-7990-7995-8000-8005-8010-8015-8020-8025-8030-8035-8040-8045-8050-8055-8060-8065-8070-8075-8080-8085-8090-8095-8100-8105-8110-8115-8120-8125-8130-8135-8140-8145-8150-8155-8160-8165-8170-8175-8180-8185-8190-8195-8200-8205-8210-8215-8220-8225-8230-8235-8240-8245-8250-8255-8260-8265-8270-8275-8280-8285-8290-8295-8300-8305-8310-8315-8320-8325-8330-8335-8340-8345-8350-8355-8360-8365-8370-8375-8380-8385-8390-8395-8400-8405-8410-8415-8420-8425-8430-8435-8440-8445-8450-8455-8460-8465-8470-8475-8480-8485-8490-8495-8500-8505-8510-8515-8520-8525-8530-8535-8540-8545-8550-8555-8560-8565-8570-8575-8580-8585-8590-8595-8600-8605-8610-8615-8620-8625-8630-8635-8640-8645-8650-8655-8660-8665-8670-8675-8680-8685-8690-8695-8700-8705-8710-8715-8720-8725-8730-8735-8740-8745-8750-8755-8760-8765-8770-8775-8780-8785-8790-8795-8800-8805-8810-8815-8820-8825-8830-8835-8840-8845-8850-8855-8860-8865-8870-8875-8880-8885-8890-8895-8900-8905-8910-8915-8920-8925-8930-8935-8940-8945-8950-8955-8960-8965-8970-8975-8980-8985-8990-8995-9000-9005-9010-9015-9020-9025-9030-9035-9040-9045-9050-9055-9060-9065-9070-9075-9080-9085-9090-9095-9100-9105-9110-9115-9120-9125-9130-9135-9140-9145-9150-9155-9160-9165-9170-9175-9180-9185-9190-9195-9200-9205-9210-9215-9220-9225-9230-9235-9240-9245-9250-9255-9260-9265-9270-9275-9280-9285-9290-9295-9300-9305-9310-9315-9320-9325-9330-9335-9340-9345-9350-9355-9360-9365-9370-9375-9380-9385-9390-9395-9400-9405-9410-9415-9420-9425-9430-9435-9440-9445-9450-9455-9460-9465-9470-9475-9480-9485-9490-9495-9500-9505-9510-9515-9520-9525-9530-9535-9540-9545-9550-9555-9560-9565-9570-9575-9580-9585-9590-9595-9600-9605-9610-9615-9620-9625-9630-9635-9640-9645-9650-9655-9660-9665-9670-9675-9680-9685-9690-9695-9700-9705-9710-9715-9720-9725-9730-9735-9740-9745-9750-9755-9760-9765-9770-9775-9780-9785-9790-9795-9800-9805-9810-9815-9820-9825-9830-9835-9840-9845-9850-9855-9860-9865-9870-9875-9880-9885-9890-9895-9900-9905-9910-9915-9920-9925-9930-9935-9940-9945-9950-9955-9960-9965-9970-9975-9980-9985-9990-9995-10000-10005-10010-10015-10020-10025-10030-10035-10040-10045-10050-10055-10060-10065-10070-10075-10080-10085-10090-10095-10100-10105-10110-10115-10120-10125-10130-10135-10140-10145-10150-10155-10160-10165-10170-10175-10180-10185-10190-10195-10200-10205-10210-10215-10220-10225-10230-10235-10240-10245-10250-10255-10260-10265-10270-10275-10280-10285-10290-10295-10300-10305-10310-10315-10320-10325-10330-10335-10340-10345-10350-10355-10360-10365-10370-10375-10380-10385-10390-10395-10400-10405-10410-10415-10420-10425-10430-10435-10440-10445-10450-10455-10460-10465-10470-10475-10480-10485-10490-10495-10500-10505-10510-10515-10520-10525-10530-10535-10540-10545-10550-10555-10560-10565-10570-10575-10580-10585-10590-10595-10600-10605-10610-10615-10620-10625-10630-10635-10640-10645-10650-10655-10660-10665-10670-10675-10680-10685-10690-10695-10700-10705-10710-10715-10720-10725-10730-10735-10

NET
O MUNDO É DOS NETS

DOCUMENTO 1 "T1%"



CTCE FORTALEZA CE PL6
RAYLANE PAULINO DA SILVA
R STA LUZIA 3321
CENTRO
TERESINA - PI
64001-400



37/02/145602



01 - 50145602 - PED062

ARUANA SEGUROS
27 JAN 2016





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.

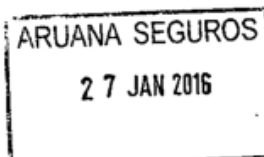
Pelo exposto, eu Raylane Paulino da Silva, portador(a) do RG nº 3.669.105, expedido por SSP - PI, em ___/___/___, CPF/CNPJ nº 065.127.703-58,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Aloisio da Silva Sousa do sinistro de DPVAT da natureza Imobilidade da vítima Aloisio da Silva Sousa, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

Documentos comprobatórios: Rg e CPF

x Raylane Paulino da Silva.
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DOCUMENTO 4 "T4%"



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: ALOISIO DA SILVA SOUSA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 381060

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

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 30/12/2015 10:57:33

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALOISIO DA SILVA SOUSA		Prontuário: 381060
Mãe: DALSIRA FRANCISCA DA SILVA SOUSA		Pai: ALBINO RODRIGUES DE SOUSA
End.Resid.: RUA MACHADO DE ASSIS 2293 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 05/08/1988	Idade: 27a:3m:12d	Sexo: Masculino Fone: 86-99480-8611
Responsável: O MESMO		CNS: 704606687609329
Profissão: FRENTISTA		Documento: CPF: 040.527.633-86
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ACOLHIMENTO:

Código: 506140	Data: 17/11/2015 08:29:53	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Caso Policial: Não	Pl.Saúde: Não
Trauma: Não	Maus Tratos: Não	

BREVE HISTÓRIA:

Confere com o original

Em 30/12/15

Servidor

A - VAS:		B - RESPIRAÇÃO:		C - CIRCULAÇÃO:		
Sinais de Obstrução:	Estado Atual:	Cianose:	SaPO2:	Pul.Carotideo	Perf.Sangui.:	FC:
E - NEUROLÓGICO:						
BCG - AO:	RV:	RM:	Soma:	Pupilas:	Plegias/Parestesia:	Membro:
			0			
F - SINAIS VITAIS:						
PA:	TAX:	FR:	Pulso:	Glic.Capilar:	Escala de Dor:	
D - ALERGIAS:						
(Descreva se informado):						
G - MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO:					I - CLASSIFICAÇÃO:	
(Descreva se informado):						
H - DESTINO:						
(Descreva se necessário):						

ARIJANA SEGUROS
Carimbo/Assinatura Profissional

27 JAN 2016





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALOISIO DA SILVA SOUSA** (Prontuário: 381060)
Endereço: RUA MACHADO DE ASSIS 2293 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/08/1988 Idade: 27a:3m:25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 506140
Requisição: 583333 Solicitação: 17/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 734520 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 17/11/2015

OMOPLATA OU OMBRO

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

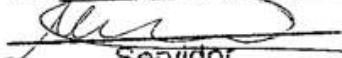
- FRATURA NO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

Confere com o original

Em 30/11/2015


Servidor

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALOISIO DA SILVA SOUSA** (Prontuário: 381060)
 Endereço: RUA MACHADO DE ASSIS 2293 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 05/08/1988 Idade: 27a:3m:25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 506140
 Requisição: 583333 Solicitação: 17/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 734519 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Data Exame: 17/11/2015

Cod. SIA: 0204030170

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.
- FRATURA NO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

Confere com o original

Em 30/12/15

[Assinatura]
 Servidor

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALOISIO DA SILVA SOUSA** (Prontuário: 381060)
Endereço: RUA MACHADO DE ASSIS 2293 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/08/1988 Idade: 27a:3m:25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 506140
Requisição: 583333 Solicitação: 17/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 734518 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 17/11/2015

PELVE SIMPLES

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

OS SEQUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS, SACRO ILÍACAS E SINFISE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

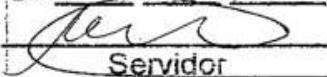
CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

Confere com o original

Em 30/12/15


Servidor**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Assumo plena responsabilidade com as despesas médico/hospitalar do paciente internado nesta casa de saúde por ordem médica.
 - 1.1. Todas as despesas, como DIÁRIAS, TAXAS, MÉDICOS, etc.: procurar informar-se no momento da internação, com a TESOUREARIA e ou RECEPCIONISTA.
 - 1.2. A quitação da conta hospitalar/médico deverá ser feita no momento da ALTA do paciente, no seguinte horário:
MANHÃ: 07:30 às 11:30;
TARDE: 13:30 às 17:30hs.
 - 1.3. A liberação do PACIENTE está condicionada a quitação do débito, junto a tesouraria.
 - 1.4. Pagamento com CHEQUE, na liquidação de sua conta deverão ser feitos com cheques distintos, tanto para o hospital, como para os médicos.
 - 1.5. Cheques fora da praça, só será aceito com apresentação de um documento de identificação e telefone para contatos.
 - 1.6. Todos os pertences dentro do Apto/Suite, serão conferidos. Qualquer dano material será debitado nas despesas do usuário.
 - 1.7. A Clínica não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extraviados em suas dependências.
 2. Pacientes de convênios com direito a enfermaria que optarem por apto ou suite pagará uma diferença de diária e também uma complementação sobre honorários médicos, de acordo com tabela da AMB.
 - 2.1. As internações de URGÊNCIA/EMERGÊNCIAS que não forem autorizadas pelo convênio serão pagas pelo assistido ou seu responsável.
 - 2.2. MEDICAMENTOS que não forem pagos pelo CONVÊNIO, serão pagos pelo PACIENTE.
 - 2.3. Paciente particular e Econômico, o depósito cobrirá somente a quantidade de dias estabelecida na permanência citada e se houver complicações pós-cirurgia, o Paciente pagará as diárias, medicações e exames se necessários.
 3. Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e o anestésico.
 4. No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, estas serão tomadas pela Clínica de acordo com as normas legais.
- CIENTE DAS MEDIDAS, declaro para os fins que aceito.

Teresina(PI), 17 de Novembro de 2015

Albino Rodrigues de Sousa
Ass. Legível do Responsável

CPF: _____

RG: _____

END.: _____

CONFERE COM O ORIGINAL
Clarindo de B. Viana Neto
Diretor Administrativo
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

Front.: 0016797 Adm: 17/11/2015 Hr: 13:58
ALDISIO DA SILVA SOUSA
Cv: PLATTA Mt: 40100504
Med: DR MILTON BATISTA Usu: HSA
Dt. Nasc: 05/08/1988 CPF: 04052763386

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Diag. Provisório: _____
Diag. Principal: ht claud
Causa Mortis: _____

Histo patológico: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Tratamento TIPO:

() Nenhum () Médico () Cirúrgico () Médico-Cirúrgico/Eficácia
() Eficaz () Ineficaz () Prejudicial () Não avaliado

SAÍDA:

() Curado () Melhorado () Inalterado () A pedido
() Decisão Médica () Evasão Data: ____/____/____ Hora: ____

TRANSFERÊNCIA:

() Fisiologia () Psiquiatria () Outros

CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

Cláudio de Brito Vaz Neto
Dir. Administrativo

Visto do Diretor do Hospital

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016

CONFERE COM O ORIGINAL
Cláudio de Brito Vaz Neto
Diretor Administrativo
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Assumo plena responsabilidade com as despesas médico/hospitalar do paciente internado nesta casa de saúde por ordem médica.
 - 1.1. Todas as despesas, como DIÁRIAS, TAXAS, MÉDICOS, etc.: procurar informar-se no momento da internação, com a TESOUREIRIA e ou RECEPCIONISTA.
 - 1.2. A quitação da conta hospitalar/médico deverá ser feita no momento da ALTA do paciente, no seguinte horário:
MANHÃ: 07:30 às 11:30;
TARDE: 13:30 às 17:30hs.
 - 1.3. A liberação do PACIENTE está condicionada a quitação do débito, junto a tesouraria.
 - 1.4. Pagamento com CHEQUE, na liquidação de sua conta deverão ser feitos com cheques distintos, tanto para o hospital, como para os médicos.
 - 1.5. Cheques fora da praça, só será aceito com apresentação de um documento de identificação e telefone para contatos.
 - 1.6. Todos os pertences dentro do Apto/Suite, serão conferidos. Qualquer dano material será debitado nas despesas do usuário.
 - 1.7. A Clínica não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extraviados em suas dependências.
 2. Pacientes de convênios com direito a enfermagem que optarem por apto ou suite pagará uma diferença de diária e também uma complementação sobre honorários médicos, de acordo com tabela da AMB.
 - 2.1. As internações de URGÊNCIA/EMERGÊNCIAS que não forem autorizadas pelo convênio, serão pagas pelo assistido ou seu responsável.
 - 2.2. MEDICAMENTOS que não forem pagos pelo CONVÊNIO, serão pagos pelo PACIENTE.
 - 2.3. Paciente particular e Econômico, o depósito cobrará somente a quantidade de dias estabelecida na permanência citada e se houver complicações pós-cirurgia, o Paciente pagará as diárias, medicações e exames se necessários.
 3. Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e o anestésico.
 4. No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, estas serão tomadas pela Clínica de acordo com as normas legais.
- CIENTE DAS MEDIDAS, declaro para os fins que aceito.

Teresina(PI) 17 de novembro de 2015

Albino Rodrigues de Sousa
Ass. Legível do Responsável

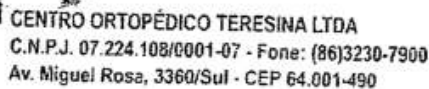
CPF: _____

RG: _____

END.: _____

CONFERE COM O ORIGINAL
Clarindo de B. Veras Neto
Diretor Administrativo
Centro Ortopédico Teresina Ltda





Front.: 0018797 Adm: 17/11/2015 Hrs: 13:58
ALOISIO DA SILVA SOUSA
Ovs: PLANTA Hts: 40100504
Med: DR. MILTON BATISTA Usus: HSA
Dt. Nasco: 05/08/1988 CPF: 04052763386

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Diagnóstico: Intelecto e Corrente
Operação: Int. Crânio + Exat. Osso
Cirurgião: Mull
1º Auxiliar: Claudio 2º Auxiliar:
Instrumentador(a): Geraldo Circulante: Idônio
Técnica e Tática Cirúrgica: Ar. sup. com ar. cr.
Ar. inf. com ar. cr.
Exat. osso

MEDICAMENTOS		
Adrenalina.....	2:	
Água destilada 500ml.....	255:	
Água destilada 10ml.....	11:	05
Aminofilina.....	18:	
Ampicilina.....	24:	
Cefalotina 1g.....	93:	02
Decadron 1mg.....	275:	01
Dimorf 0.2mg.....	51:	
Dimorf 1mg.....	52:	
Dolantina.....	53:	
Dormiro 15mg.....	54:	01
Droperidol.....	190:	
Eforil.....	55:	
Fentanil 10ml.....	51:	
Fentanil 5ml.....	52:	01
Gentamicina 80mg.....	77:	
Glicose 50%.....	242:	
Haloperidol.....	85:	
Haloitiano.....	86:	
Heparina sc.....	87:	
Ketalar.....	193:	
Narcan.....	244:	
Neocaina 0.5% c/ad.....	115:	
Neocaina 0.5 % Isobárica.....	117:	
Neocaina 0.5 % pesada.....	118:	
Neocaina 0.5 % s/ad.....	116:	
Necmicina pom.....	119:	
Novalgina amp.....	121:	02
Pancuron.....	274:	
Plasil.....	130:	
Propofol 10mg.....	272:	
Prostigmene.....	200:	
Quelicin.....	201:	
Revivan.....	202:	
Ringer lactado 500ml.....	134:	
Solucoctel 500mg.....	153:	
Sero fisiol. 1000ml.....	164:	02
Sero fisiol. 500ml.....	165:	04
Sero glicol. 500ml.....	166:	
Thiopental 1g.....	1:	
Tilatil 20mg.....	173:	01
Tracur.....	273:	
Valium amp.....	46:	
Vaselina tb.....	180:	
Xilestesin gel.....	182:	
Xilocaina 2% c/ad.....	183:	
Xilocaina 2% s/ad.....	184:	
Zofran amp. 1mg.....	185:	01

Handwritten signature: Baurt...

MEDICAMENTOS			
Água oxigenada.....	13:	Color de urina.....	38:
Agulha desc.....	06	Compressa G.....	39:
Agulha peridural 18 G.....	7:	Compressa P.....	38:
Agulha raque 25 G.....	CONFERE COM O ORIGINAL	Dreno penrose.....	290:
Agulha raque 26 G.....	14:	Equipul macropola.....	191:
Agulha raque 27 G.....	Clarindo de B. Veras Neto	Equipul sangue.....	192:
Agulha raque 29 G.....	Director Administrativo	Esparadrapo.....	56:
Alcool e 75%.....	15:	Éter.....	58:
Alcool Iodado.....	258:	Fornol.....	78:
Algodão bola.....	265:	Gases S.O.....	40:
Al. Algodão orop.....	20:	Galco.....	80:
Al. Drape 10 cm.....	21:	Gorro descartavel.....	258:
Al. Drape 15 cm.....	22:	lodo a 2%.....	33:
Al. Drape 20 cm.....	19:	Laminia bustini.....	194:
Al. Gessera 20 cm.....	23:	Luna procedimento.....	93:
Borracha latex.....	264:	Luxas 7,5/8,0.....	95:
Cateter intravenoso.....	285:	Massecas desc.....	198:
Cateter pendural.....	289:	Micropore 12.5mm.....	71:
		Micropore 25mm.....	72:
		Presufor G 24.....	270:
		Polifor 2 Vias.....	199:
		Pvpil degemante.....	131:
		Pvpil tóxico.....	132:
		Scap.....	142:
		Seringa 1 ml.....	148:
		Seringa 10 ml.....	150:
		Seringa 20 ml.....	151:
		Seringa 5 ml.....	149:
		Sonda foley.....	158:
		Sonda uretral.....	160:
		Vasalina liquida.....	179:

FIOS		FIORES	
Cara Ostra 1/31G/	137	Monocant 1/31/936H	105
Cromado 1/60ZT	280	Monocant 1/47/428H	107
Cromado 1/803T	279	Monocant 1/60/411H	111
Barbado	283	Monocant 2-0/ 1215	108
Ethibond 1/2-0/520T	59	Monocant 3-0/1163	109
Ethibond 1/3H46G	58	Monocant 2-0/1129	110
Monocant 1/6/359H	104	Monocant 5-0/14501	112
Monocant 1/2/345H	105	Monocant 6-0/14500	113

Data: 1 1

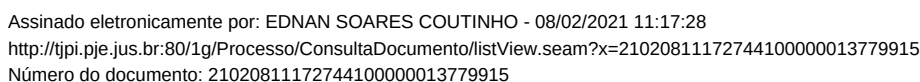
Cirurgião – CRM:

Milton Castelo B S Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2024 PI

Dr. Cleandro de Brito
CRM 89973
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016



Anestesia:

Brogueiro Pleno Brogueiro + Roberto

Risco(ASA):

I

AGENTES ANESTÉSICOS		OBSERVAÇÕES	
Propofol 100mg/ml Fentanyl 50mcg/ml Ropivacaine 0.5%		- Drogas e Aparelho de Anestesia sem decodificar.	
LÍQUIDO	8F x 4		
TEMPERATURA	36		
PRESSÃO ARTERIAL	36		
PULSO	36		
INÍCIO E FIM DA ANESTESIA	34		
INÍCIO E FIM DA OPERAÇÃO	32		
RESPIRAÇÃO	30		

OBSERVAÇÕES

- Drogas e Aparelho de Anestesia sem decodificar.

- Paciente consciente e confortável com o at anestésico

TÉCNICA	
FRATURA DE CLAVÍCULA (D)	

LÍQUIDOS	PAC. TRANSFUNDIDO	OXIGÊNIO/h	PROTO. DE AZOTO/h	AR COMPRIMIDO/h
SF 0.9%: 2000 ml	GS: RH	Início:	Início:	Início:
SG 0.9%: ml	Conc. Hem: ml unid	Término:	Término:	Término:
ml	ml unid	Durac: 30 min	Durac:	Durac:
TOTAL: 2000 ml	ml unid	g/l/m	l/m	

EQUIPAMENTOS		
Bisturi: ☒ elétrico ☐ bipolar	Intensificador de imagem ☐	Garoto pneumático ☐
Serra elétrica: ☐ osso ☐ gesso	Aparelho artroscópico ☐	Oxímetro ☒
Perfurador: ☒ elétrico ☐ bateria	Desfibrilador ☐	Lipólise ☒
Raio X na sala ☐	Aspirador ☐	Fibra ótica ☒
Monitor cardíaco ☒	Lupa cirúrgica ☐	PNS ☒

MATERIAIS E PRÓTESES		
Fio de sutura: unid	Parafuso cortical nº	Clavícula ortop.:
Fio Kirschner: unid	Quantidade	Prótese:
Fio Steinmann: unid	Parafuso maleável nº	Acetábulo:
Fio varado: unid	Quantidade	Haste Kirschner:
Fio de ligamento: unid	Parafuso esponjoso nº	Fixador externo:
Fio para 4 fios: unid	Quantidade	
Grampos de Blount: unid	Paraf. Interf. Tíbio nº	
Placa nº:	Quantidade	

Data: 17/11/15

Anestesiista - CRM:

8

CONFERE COM O ORIGINAL

Clavícula de B. Vermeijer

Diretor Administrativo

Número de registro: 11111

Data de emissão: 11/11/15

Assinatura: [assinatura]

Data: 11/11/15



Centro Ortopédico Terosina Ltda.

CNPJ 07.224.108/0001-07 - Fone (86) 3221 6900

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul CEP 64.001-490

Pront: 0018797 - ALOISIO DA SILVA SOUSA

Adm: 17/11/2015 13:58 PLAMTA

Dt. Presc. 17/11/2015 às 14:43 por SMC

Exported
multiten. 1

Prescrição Médica - Evolução Clínica	Horário	Relatório de Enfermagem
1 Dieta livre após RA,		
2 Soro glicosado 5%, 1500ml EV, em 24 hora(s)		
3 Ceftriax 1g + AD, EV, 12/12h	17:30	
4 Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12h	19:00	
5 Dipirona 3cc + AD, EV, 6/6h	19:00	
6 Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h	19:00	
7 Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h, se dor intensa		
8 Nausedron 4mg + AD, EV, 8/8h, se vômitos		
9 SSVV + CCGG		

CONFERE COM O ORIGINAL

Clarindo de B. Verso Neto
Diretor Administrativo
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

Milton Calisto B. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CMA 21/24 PI

CONFERE COM O ORIGINAL
Clarindo de S. Verso Neto
Diretor Administrativo
CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

Clarindo de S. Veiros Neto
Diretor Administrativo
CENTRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

STRO ORTOPEDICO TERESINA LTDA

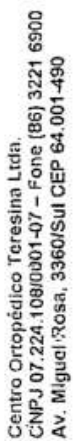
ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016



<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020811172744100000013779915>

Número do documento: 21020811172744100000013779915

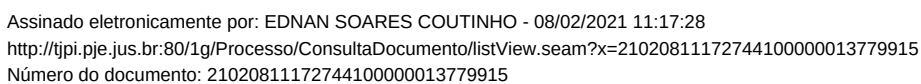


Pront: 0018797 - ALOISIO DA SILVA SOUSA
Adm: 17/11/2015 13:58 PLAMTA
Dt.Presc. 18/11/2015 às 07:00 por AAD

[illegible]

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA relacionada, relacionado: [alta complexidade na cirurgia ortopédica] [complicações]	
2. DOR: [Aguda, relacionada a agentes lesivos (químicos, físicos, biológicos e psicológicos)] [Crônica, relacionada a incapacidade física e psicossocial crônica]	
3. MOBILIDADE Física Prejudicada alterada por: [Fratura/fractura] [Edema] [Pós-operatório] [Asstesia] [Déficit motor] [Inconsciência]	
4. Padrão de SONO perturbado relacionado: [Iluminação] [Falta de ar] [Dor] [Barulho] [Dor] [Ansiedade] [Falta de privacidade]	
5. RETENÇÃO urinária relacionado por: [Biquete] [Inibição do arco reflexo]	
6. Padrão RESPIRATÓRIO ineficaz relacionado por: [Hiperventilação] [Hiperventilação] [Deformidade óssea] [Deformidade da parede do tórax] [Dor]	
7. PERFUSÃO TISSULAR periférica ineficaz relacionado por: [Hipovolemia] [Hipervolemia] [Hiperventilação] [Interrupção do fluxo arterial]	
8. NUTRIÇÃO desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionados por: [Incapacidade de ingerir e absorver alimentos] [Fatores biológicos e psicológicos]	
9. INTEGRIDADE DA PELE prejudicada, relacionado por: [Prominência óssea] [Unidade] [Circulação alterada] [Imobilização física]	
10. NÁUSEA evidenciado por: [Medicamentos] [Agentes anestésicos] [POI]	
11. DEAMBULAÇÃO prejudicada, evidenciado por: [Dor] [Imobilidade] [Tipo de cirurgia realizado]	
12. ANSIEDADE, evidenciado por: [Stress] [Inibição da mudança no estado de saúde]	
13. Risco de sintoma do DESUSO, relacionado: [Dor intensa] [Imobilização] [Paralisia] [Nível de consciência alterado]	
14. Risco de QUEDAS, relacionado: [Uso de cadeiras de rodas] [Uso de 60anos] [Uso de aparelho de auxílio aumentado] [Condições pós-operatórias]	
15. Risco de INFECÇÃO, relacionado: [Procedimento invasivo] [Drauma] [Exposição ambiental] [Cirurgia aumentada] [Distribuição de leitos]	
16. Risco de desequilíbrio na TEMPERATURA corporal evidenciado por: [Hipertermia] [Hipotermia]	
17. Risco de CONSTIPAÇÃO, evidenciado por: [Mudança recente de ambiente] [Depressão] [Mudança nos padrões habituais de alimentação]	
18. Risco de LESÃO, relacionado: [Pele lesada] [Imobilidade alterada] [Perda sanguínea anormal] [Edema] [Desorientação] [Imobilização]	
19.	
20.	
21.	

COPIAR COM O ORIGINAL
Divisão de Administração
Diretor de Administração
Diretor de Enfermagem

Assinado eletronicamente por:
EDNAN SOARES COUTINHO
COREIA-PI 20/11/21



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

Av. Miguel Rios, 300 - Sul - Fone: (86) 32407900 - Curitiba-PR

DIAGNÓSTICO:

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- () Manter membro fraturado/fluxado elevado.
- () Realizar rodízios de medicação() SC() IM.
- () Obs. e anotar sinais flogísticos em apêso venoso.
- () Obs. e anotar sinais de hiperemia ou lesões pele.
- () Obs. e anotar evacuações/ eliminação vesical.
- () Obs. e anotar alterações em fixador externo e tração
- () Obs. e anotar sangramento em FO
- () Estimular higiene oral e observar mucosa oral.
- () Estimular deambulação() Manter repouso no leito.
- () Obs./ anotar acção da rfeia.
- () Realizar curativo na FO() xixi() xixi.
- () Realizar e anotar glicemia capilar/insulinoterapia.
- () Realizar e anotar sinais vitais de 6/6hs.
- () Medir e anotar débito() diurese() SVD() SNG/SNE.
- () Verificar e anotar presença de náuseas e vômitos.
- () Realizar mudança de decúbito 4/4hs
- () Realizar banho() Inspiração com auxílio() no leito.
- ()
- ()
- ()

10.2021

Realizado pelo médico responsável, mais
realizada em apêso venoso mais tração do col
tração + alto respiro do col
em tempo: 10.2021
Realizado em curativo realizado 0.2
Realizado em curativo, mais repouso 0.2
Realizado 0.2 por do leito do proa-
Realizado 0.2 por do leito do proa-
S.F. 0.2 0.2 0.2

ARUANA SEGUROS
27 JAN 2016

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE:

Nome: Sílvia

Sexo: F () M ()

Idade: 64

Profissão:

Horário: 12

Temperatura: 38

Pulso: 24

Pressão: 6

Dieta:

Medicação:

Observações:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

Tratamento:

CONFERE COM O ORIGINAL
Clarindo de B. Verses Neto
Diretor Administrativo
Centro Ortopédico Teresina Ltda.

DOCUMENTO 1 *T1%*



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina



RECEITUÁRIO
USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE
Número de Série

Série A - Nº 714128

Carimbo da Unidade de Saúde
117.577.205/0014-51
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LINDEU ARAÚJO"
Rua Mesquita Filho, nº 152 - Centro
CEP: 64001-350
Teresina-PI

Nome do paciente	Número de Prontuário
Endereço	Bairro

Relatório Médico

O paciente Aloisio da Silva Souza, vítima de acidente de trânsito, foi to tran-
corrido em 17.11.15, tendo sofrido forte tra-
ma no ombro direito, com resultado que fun-
tuus lateral da clavícula direita, tendo sido
realizado o tratamento cirúrgico, com o uso de
placas parafusos e fios metálicos, acompanhado
de fisioterapia, com forte dor e d'anti-
co os movimentos como sequelas, tendo
um comprometimento funcional de
75%.

Data
23.03.16

Dr. Edmar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2880-PA
9973-3929832-19878627-3135

Edmar Machado da Silva
Carimbo e assinatura do(a) profissional

ARUANA SEGUROS S/A.

02 MAI 2016





VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

978361937

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALOISIO DA SILVA SOUSA

DOC. IDENTIFIC. / ORIG. EMISSOR/F
2744395 SSP RJ

CNP
040.527.633-86

DATA NASCIMENTO
05/08/1980

FILIAÇÃO
ALBINO RODRIGUES DE
SOUSA
DALSIRA FRANCISCA DA
SILVA SOUSA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
ACC

CAT. HABIL.
AB

Nº REGISTRO
05233493591

VIGENCIA
17/12/2015

VIGENCIAÇÃO
21/06/2011

OBSERVAÇÕES

Alcio da Silva Sousa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
18/09/2014

74801635085
D1314571256

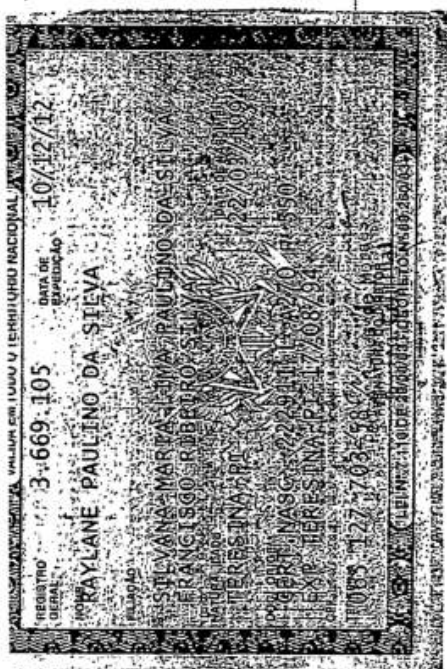
DETRAN - TERESINA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

27 JAN 2016



DOCUMENTO 3 *T3%*



UANA SEGUROS
27 JAN 2016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 011865014421
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 01028633065 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO: 2015

NOME: ALOISIO DA SILVA SOUSA

CPF / CNPJ: 04052763386 PLACA: FIE-7449

PLACA ANT. FUP: CHASSI: 9C6KE2030E0C00484

ESPECIE/TIPO: PAS/MOTOCICLETA ANTONIO COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: YAMAHA/YBR125 FACTOR E ANO FAB: 2013 ANO MOD: 2014

CAP/POT/CIL: 002F/0124CC CATEGORIA: PARTICU COB. PREDOMINANTE: BRANCA

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1º IPVA: 2º 3º PAGO

FAIXA I.P.V.A.: PARCELAMENTO / COTAS: 1º 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

SEGUR: PAGO

OBSERVAÇÕES: A/FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A

LOCAL: TERESINA DATA: 09/11/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 011865014421 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2015 DATA EMISSÃO: 09/11/2015

VIA: 1 CPF / CNPJ: 04052763386 PLACA: FIE-7449

RENAVAM: 01028633065 MARCA/MODELO: YAMAHA/YBR125 FACTOR E

ANO FAB: 2013 CAT. TARE: 09 Nº CHASSI: 9C6KE2030E0C00484

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 123,03	DETRAN (R\$): 014,39	CUSTO DO SEGURO (R\$): 143,92
CUSTO DO BILHETE (R\$): 004,15	IOF (R\$): 001,10	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$): 292,01

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 21/09/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.508/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DOCUMENTO 6 *T6%*



ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

• O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

• ESTÃO COBERTOS TODOS OS CIDADÃOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELER MOTORISTAS, PASSAGEIROS OU PEDESTRES.

• SÃO OFERECIDOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).

• SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO, REUNA A DOCUMENTAÇÃO ABaixo INDICADA E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-OS EM www.dvseguro.gov.br), SE TIVER DÚVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

• VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMS (3)
R\$ 13.500,00	R\$ 13.500,00	R\$ 8.700,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DO(S) BENEFICIÁRIO(S) E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(S) (VÍNCULO COM O FALECIDO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO-LEGAL DA GRUPO DE INVESTIGAÇÃO DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM A VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TESTES OU PARÇAIS, DE ACORDO COM OS PERCENTUAIS DA TABELA CONSTATANTE DO ANEXO DA LEI 5.194/1974 E ALTERAÇÕES.

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITAIS EFETUADAS POSSAM SER CREDITADAS À VÍTIMA DE DANOS POR ACIDENTE DE TRÂNSITO ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS, LAUDO, OS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E PROFissionais QUANDO ESTES FOEREM COORDENADOS INCLUSIVE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU EMPREENHADOR DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU PROFissional, CONSTATANDO DATA, ASSINATURA, ARABES DE IDENTIFICAÇÃO, NUMERADO ORN, NÚMERO C.P.F. OU C.N.P.J. E A ESPERECIFICAÇÃO DO SERVIÇO EXECUTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLOGICO A LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL, QUANDO HOUVER.

• PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS SUPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO A RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

• IMPORTANTE:

• NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

• O REEMBOLSO DE DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 15 DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

• PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO: TRÊS DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

• A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

• O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 5.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

• PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE SINISTRO.

• O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA COTA OU COM A COTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA. OS VENCIMENTOS DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.

• O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATORIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 664/2005).

• 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI Nº 212/1961).

• 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 76 DA LEI Nº 5.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).



ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.dvseguro.gov.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCAIS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRazos E OUTRAS DÚVIDAS.



DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS
AUTARQUIA FEDERAL RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO, NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVENÇÃO PRADIA, CAPITALIZAÇÃO, RESSEGURO E CORRETORES DE SEGUROS.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO

MULTAS DE TRÂNSITO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160070867 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALOISIO DA SILVA SOUSA **Data do acidente:** 17/11/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM CLAVICULA DIREITA

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: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160070867 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALOISIO DA SILVA SOUSA **Data do acidente:** 17/11/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA TERCO DISTAL DA CLAVICULAR DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM OMBRO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO IMPORTANTE NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS METÁLICOS.
Complicações: VIDE ACIMA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/05/2016

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO GRAVE DO OMBRO DIREITO.

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

