

Ofício N° 067/SAMU/2019


Teresina, 22 de Abril de 2019.

**A Senhora  
Clara Francisca dos Santos Leal  
Diretora Geral do Hospital de Urgência de Teresina**

Senhora Diretora,

Em resposta ao ofício N° 193/2019 HUT segue em anexo cópia da ficha de Registro de Atendimento Pré-Hospitalar de uma vítima de acidente de trânsito não identificada, socorrida por este SAMU por volta das 01h58min na AV. Nossa Senhora de Fátima, próximo à igreja católica, bem como o Registro de Solicitação de Socorro, no qual constam as informações fornecidas pelo solicitante e o número de telefone que originou o pedido para este atendimento.

Atenciosamente,

  
**Francina Lopes Amorim Neta  
Diretora Geral do SAMU Teresina****PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

05 AGO 2019

**DPVAT**



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	344	31/3/19	28111	01-38	01-58
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
	02:10	02:25			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	Rua Nossa Sra de Fátima		B. de Fátima		
	13 Ponto de referência	Igreja Católica			
Tipo de Ocorrência	14 Nome	15 Sexo			
	Ignorado / Busa Rita	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
Acidente de Transporte	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	999	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espandimento 03 - Agressão física-FAB 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>
Assistência	23 Glasgow	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	10	Pulso 56 Resp. 17 PA 100x60mmHg TAX 96% SatO2 96%	Local da lesão		
Hospital de Destino	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de Dor	30 Fratura
	1 - iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 - Sim 2 - Não
Observações Interdisciplinares	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/corta <input type="checkbox"/> Cota cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	HUT	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não	
<p>Paciente portador de síndrome de Guillain-Barré, apresentando paralisia flaccida progressiva, com fraqueza e hiporreflexia. Paciente não possui alterações de consciência, não apresenta sinais de desidratação ou hipotensão. Paciente não possui alterações de ECG e nem alterações na tomografia de tórax. Paciente apresenta lesões nas mãos e braços.</p>					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico	Enfermeiro		
Seuila		AEITE	Condução	Eduardo	

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.125,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OTAVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04826

CONTA: 000000034901-3

---

Autenticação:

225C99D0901FA819779580658C6057C9F8F0F80504F9FB829693659A256E8513

**COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ**  
**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.391.283-5  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ/PI nº 98

Para contato  
consulte, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0694456-6

Nº da Nota Fiscal 023698536

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEL foi criada  
pela Lei nº 10.408 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	03-07-2019	99	88,74

ROSIVELTON DE PAIVA NUNES  
R. COLOMBIA 2146 2146 SANTA INES  
CPF: 000000000000000000

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	Atual:
Anterior:	Anterior:
Constante de Multiplicação:	Próxima leitura:
Consumo Medido:	Emissão:
Consumo Faturado:	Apresentação:
Período de Faturamento:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Categoria/Subcategoria	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Medida 12 meses

CONSUMO	
MAR/19	112
ABR/19	69
MAY/19	73
JUN/19	60
JUL/19	67
AUG/19	58
SET/19	63
OCT/19	63
NOV/19	62
DEZ/19	66

IMPOSTOS E TAXAS  
PIS - 0,15  
COFINS - 0,61

CONSUMO	99 A R\$ 0,857517 =	84,89
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		1,52
CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		0,18
MULTA POR ATRASO 05/19-00		1,98
JUROS POR ATRASO 05/19-00		0,19
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,06	

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 25-06-2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	2A9C.7494.DC7F.9267F4031F006.C846.BF1A		
Energia:		Alíquota ICMS:	
Transmissão:	17,85	Valor do ICMS:	84,89
Encargos:	34,47	Valor do PIS:	22,00%
Tributos:	5,83	Valor do COFINS:	18,67
	2,85		
	29,89		
		INDICADORES DE CONTINUIDADE	1,40%
		PIC	6,49%





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**GABINETE DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE ALTOS DA**  
**COMARCA DE ALTOS**

Avenida Francisco Raulino, 2038. Centro. ALTOS - PI - CEP: 64290-000

PROCESSO Nº: 0800774-47.2019.8.18.0036

CLASSE: INTERDIÇÃO (58)

ASSUNTO(S): [Nomeação]

REQUERENTE: OTAVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO

REQUERIDO: EDSON ALVES DA SILVA

**TERMO DE COMPROMISSO DE CURATELA PROVISÓRIA**

**TERMO**

Aos 10 de junho de 2019, nesta cidade e Comarca de ALTOS, na Secretaria da Vara Única da Comarca de Altos, aqui presente, o **MM Juiz(a) de Direito da Vara Única da Comarca de Altos, ANDREA PARENTE LOBÃO VERAS**, compareceu o(a) senhor(a) **REQUERENTE: OTAVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO**, brasileiro, casado, servente de pedreiro, portador do RG nº 3.147.324, SSP/PI e CPF nº 043.728.223-67, pessoa a quem o(a) **MM. Juiz(a) de Direito** deferiu o compromisso legal de bem, fielmente e sem malícia, **exercer o encargo de CURADOR(A) PROVISÓRIA do(a) interditado(a), REQUERIDO: EDSON ALVES DA SILVA**, RG nº 7.562.368, SSP/PI, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado na Rua Colômbia, nº 2146, Bairro Santa Inês, Altos-PI, tendo ele(a) aceito cumprir os deveres inerentes ao encargo, sujeitando-se às penas da Lei, devendo zelar pelo bem estar físico e emocional do interditado(a), ficando ciente de que não poderá, sem autorização judicial, alienar ou onerar bens móveis, imóveis ou de quaisquer natureza, pertencentes ao(a) interditado(a), nem efetuar saques de valores depositados em contas bancárias, salvo as quantias indispensáveis à subsistência do(a) curatelado(a), nem contrair dívidas em nome deste(a), devendo prestar contas de toda a sua administração. Do que para constar, lavrou-se o presente termo de compromisso, que após lido e achado conforme, vai assinado. Eu, **GUSTAVO DOS SANTOS MONTEIRO**, Secretário da Vara Única da Comarca de Altos, o digitei.

*Otávio Rodrigues da Silva Filho*

OTÁVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO

3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
Endereço: Avenida Getúlio Vargas, 3221 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3211-0100 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCÓPIA QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL. E DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.  
Teresina-PI, 31/07/2019.  
SELO: AAK03250-QTUC - www.tjpi.jus.br/portalexta

ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE AUTORIZADO  
Emol:2,48 TJ:0,50 FPM/PI:0,06 Selo:0,25 Total:3,30 - OP:282  
TERMO DE CURATELA

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º Ofício de Notas  
Alessandro Alves de Sousa  
Escrivente Autorizado  
Teresina-PI



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Antônia Cláudia Araújo Ferreira  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 296.411.498 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Otávio Rodrigues da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.728.223-67  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Edson Alves da Silva,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 634.340.843 / 63, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declara Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: Marechal Lott</u>	Número: <u>5854</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Vila São Francisco</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64009-720</u>	Tel. (DDD): <u>86-99866-4205</u>

Local e Data: Teresina - PI 02 de Agosto de 2019

Antônia Cláudia Araújo Ferreira  
Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**  
05 AGO 2019  
**DPVAT**



### Solicitação de Socorro

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA

Número Ocorrência: 1903-00344

Data Ocorrência: 03/03/2019 01:23

Natureza Ocorrência: Acidente de Trânsito

#### 2. LOCAL DA OCORRÊNCIA

Endereço: AV. N. SRA DE FATIMA EM VIA PUBLICA

Complemento:

Cidade: Teresina

Bairro: FÁTIMA

Ponto Referência: PROX. A IGREJA

Núm.:

CEP:

Zona: Urbana

#### 3. DADOS DO SOLICITANTE

Nome:

Origem: Outros

Fone: (86) 9953-5611

#### 4. DADOS DA VÍTIMA

Nome:

Idade: 35 Ano Sexo: Masculino

#### 5. REGULAÇÃO

Data Regulação: 03/03/2019 01:28

Conduta: Viatura

Tipo Viatura: USB - 2899

Classificação Risco: Médio Risco

Observação:

Regulação:

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO / ATROPELAMENTO / TRAUMA EM FACE/ ESCORIAÇÕES

#### 6. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Hospital Origem:

Hospital Destino: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

Saída do PA: 2019-03-03 01:38:00

Chegada ao Local Ocorr.: 2019-03-03 02:01:00

Saída Local Ocorr.: 2019-03-03 02:12:00

Chegada ao Hospital: 2019-03-03 02:27:00

Saída do Hospital: 2019-03-03 02:37:00

Chegada ao PA: 2019-03-03 03:16:00

Obs Rádio Oper.: P/ CENTRAL



Maria das Graças Santos Castro  
TARM

Justivan Sérgio Leal Teixeira  
MÉDICO REGULADOR

Adicinsonete Oliveira Gomes  
RÁDIO OPERADOR





Prefeitura de  
**Teresina**

## SERVIÇO SOCIAL

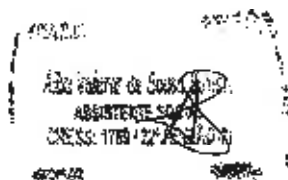
### RELATÓRIO SITUACIONAL

#### PACIENTE: SEM IDENTIFICAÇÃO

O Serviço social do HUT tem acompanhado o usuário sem identificação que se encontra internado na enfermaria 209, leito 123, do sexo masculino. O mesmo foi admitido dia 03/03/2019 às 02:29, trazido pelo SAMU, porém sem identificação. Foi vítima de provável atropelamento, encontra-se traqueostomizado, impossibilitado de se comunicar verbalmente com a equipe para obtermos maiores informações sobre ele. Inclusive, foi solicitado ao SAMU cópia da ficha de atendimento do mesmo, pois esta não se encontrava anexa ao prontuário. Contudo, no ofício enviado ao SAMU houve um equívoco quanto ao horário informado da admissão do usuário no HUT. Foi informado que ele tinha sido admitido às 14:29h, sendo que foi às 02:29h. Deste modo, infelizmente, as informações recebidas não contemplam as referentes ao usuário em questão. O serviço social já acionou equipes do Consultório na RUA, Centro POP, Delegacia de Desaparecidos, com intuito de verificar se alguém o reconhecia. No entanto, o mesmo não foi reconhecido, permanecendo sem identificação de possíveis familiares. Então, foi enviado novo ofício pela diretoria do HUT para o SAMU, solicitando novamente localização e disponibilização da cópia ficha de atendimento dele. Pois, tais informações são de extrema relevância para auxiliar na identificação e/ou localização de possíveis familiares do usuário que até o momento encontra-se sozinho, e não identificado. Até o momento ainda não recebemos resposta do SAMU acerca do último ofício enviado.

TERESINA, 22 DE ABRIL DE 2019

ALBA VALÉRIA DE SOUSA BATISTA



PJ CORRETO  
DE SEGUROS

05 ABR 2019

DPVAT

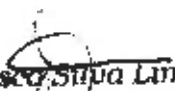


Prefeitura de  
**Teresina**

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente **EDSON ALVES DA SILVA**  
**(NASCIMENTO 19/04/1977)** foi admitido no dia 03/03/2019 às 02:29h e encontra-se internado  
sem previsão de alta no momento.

Teresina, 29 de abril de 2019

  
**Francisco Silva Lima**  
Assistente Social - HUT  
CRESS nº 079 - 22ª Região


Assistente Social



### DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 03/03/2019 do (a) paciente **EDSON ALVES DA SILVA** o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

- 1- Nome: onde consta IGNORADO para **EDSON ALVES DA SILVA;**
- 2- Data de Nascimento: onde consta 22/02/1981 para **19/04/1977;**
- 3- Nome da mãe: onde consta IGNORADO para **MARIA ALVES RODRIGUES;**
- 4- Nome do pai: onde consta IGNORADO para **OTÁVIO RODRIGUES DA SILVA;**
- 5- Endereço: onde consta NÃO INFORMADO para **RUA COLOMBIA Nº2146 SANTA INES- ALTOS/PI;**
- 6- Estado Civil: onde consta NÃO INFORMADO para **SOLTEIRO.**

  
Justivan Sérgio Leal Teixeira  
CRM - 3131  
Diretor Técnico - HUT

Teresina, 19 de julho de 2019

Justivan Sérgio Leal Teixeira

Diretor Técnico – HUT

CRM: 3131



Alto



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Edson Alves da Silva  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 50443

PJ CORRETOPA  
DE SEGUROS  
05 AGO 2019

DPVAT

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. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NEURO  
C. GERAR  
O Melp...

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

NEURO 040314

Imp: 03/03/2019 03:18:02  
User: WILLIAM MACHADO  
Estação: CONSULTA03

<b>Nome:</b> IGNORADO	<b>Prontuário:</b> 504413
<b>Mãe:</b> IGNORADO	<b>Pai:</b> IGNORADO
<b>End. Resid.:</b> IGNORADO - MUNIC. DE TERESINA - TERESINA - PI - CEP: 640-00	
<b>Nascimento:</b> 22/02/1981	<b>Idade:</b> 38a0m9d
<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b>
<b>Responsável:</b> IGNORADO	<b>CNS:</b>
<b>Profissão:</b> IGNORADO	<b>Documento:</b> Reg.Nasc:
<b>G. Instrução:</b> Não informado	<b>E.Civil:</b> Ignorado
<b>End.Local.:</b> - - -	

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 710345	<b>Entrada:</b> 03/03/2019 02:29:04	<b>Convênio:</b> S U S	<b>Proced:</b> 0301060029
<b>Motivo da Procura</b> (Conforma Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PE (PEDESTRE)			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b> TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	<b>Classificação:</b> Hemorragia enxanguinante	<b>Cor:</b> Vermelho
<b>Breve História Clas. Risco:</b> trauma craniano com otorrágia, inconsciente		<b>IRAILDES ALVES DE MOURA GOMES</b> CRM 157340 Em: 03/03/2019 02:32:59

<b>SSVV:</b> (Hora: ____:____)				
<b>Peso:</b> 0,00 Kg	<b>Altura:</b> 0,00 M	<b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2	<b>Pulso:</b> ____bpm	<b>Pressão:</b> ____mmHg

<b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b> PACIENTE ENCONTRADO POR POPULARES COM PROVÁVEL ATROPELAMENTO. INCONSCIENTE E ALCOLIZADO. A: VIA AEREA PERVA. EM PRANCHA RIGIDA E COLAR CERVICAL. B: MV+ E RÓSCOS INSPIRATÓRIOS BILATERALMENTE. SRA, SAT O2: 98 % C: BNF, RR, 2T, SS, FC= 85 BPM. PELVE ESTÁVEL, ABDOME INOCENTE; D: GLASGOW COMPROMETIDO (PACIENTE ALCOLIZADO); E: ESCORIAÇÕES EM FACE E CORTE CONTUSO NA CABEÇA.
---

<b>CONDUTA:</b> SOLICITO: TC DE CRANIO, TC DE COLUMNA CERVICAL, RAO X DE PELVE, RAO X DE TÓRAX, (RAIO X DE BRACETEADO E RAO X DE PE DIREITO.)
--

<b>Diagnóstico Inicial:</b> ?
----------------------------------

<b>Exames Complementares:</b> (1164917) - TORAX PA (1164918) - PELVE (1164919) - PE OU PODOACTILO DIREITO
--

<b>Prescrição Médica:</b>
---------------------------

<b>Motivo da Alta/Encerramento:</b>
<b>Observação (Adulto):</b>

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
CRM 3811 Em: 03/03/2019 03:17:52

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA – PROFº ZENON ROCHA  
POSTO 06 / CLÍNICA MÉDICA – 1º ANDAR**

Rua Dr. Otto Tito, 1820 Redenção – Fone: 86 3229 4872  
Teresina-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917 / 0022-02

**RELATÓRIO DE ALTA**

Paciente EDSON ALVES DA SILVA, DN:19/04/1977, Prontuário 504413, admitido no posto 6 da clínica médica dia 22/03/19 após alta da UTI neuro deste mesmo hospital, com diagnóstico de politrauma decorrente de espancamento/atropelamento, TCE+craniectomia descompressiva+drenagem de hematoma subdural aguda e pneumonia. Anteriormente sem identificação, foi posteriormente localizada família que reconheceu e identificou o paciente. Evoluiu sem queixas, glasgow 15 e hemodinamicamente estável. Afebril, em D9 de ciprofloxacino para tratamento de infecção em úlcera por pressão localizada em região sacral. Foi trocada a TQT e ocluída, e após 01 dia sem intercorrências a mesma foi retirada; atualmente apresenta respiração espontânea e confortável em ar ambiente, sem aporte de O2. Aceitando bem a dieta oral sólida; eliminações vesicais e intestinais presentes e espontâneas. Segue realizando fisioterapia motora, pois apresenta paralisia do hemicorpo esquerdo.

**Exames:**

**- Bioquímica (29/04/2019)**

SÓDIO 135,6 POTASSIO 3,83 CLORO 102 MAGNESIO 2,24 UREIA 17  
CREATININA 0,5 HEMACIAS 3,48 HEMOGLOBINA 10 HEMATOCRITO 31,4%  
VCM 90,2 HCM 28,7 CHCM 31,8 RDW 18,6 LEUCOCITOS 8.500 NEUTROFILOS  
6120 SEGMENTADOS 6035 PLAQUETAS 319000 PCR 44,1

- Realizado TC de crânio (29/04/2019) e liberado pela Neurocirurgia para acompanhamento ambulatorial.

**EXAME FÍSICO (26/04/19):** Paciente em bom estado geral. Vigil, hemodinamicamente estável, afebril, eupneico, acianótico, anictérico, hipocorado (+/4+), hidratado, fásico, em dieta oral sólida. Restrito ao leito. Eliminações vesicais e intestinais presentes e espontâneas.

**Conduta:**

**Alta hospitalar com receita:**

Ciprofloxacino 500mg, VO, 12/12h, por dois dias.

Omeprazol 20mg, 1 comprimido pela manhã, em jejum, por 7 dias

Gentamicina colírio, 1 gota em cada olho 4/4h

Labribell 1mg/ml, 1 gota em cada olho, 3/3h

Encaminhar para fisioterapia motora e respiratória

Encaminhar para ambulatório de neurocirurgia HU.

CM: S06 9

*Assinatura*  
Dr. Anderson de Sá Dantas  
Médico  
CRM 100000-000000

J CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

Teresina-PI, 30 de Abril de 2019

# LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - PI

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HOSPITAL de URGÊNCIA de TERESINA

2 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4 - NOME DO PACIENTE

Edson Alves da Silva

3 - Nº DO PRONTUÁRIO

804413

5 - DATA NASCIMENTO

19/10/413977

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

8 - NOME DA MÃE

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Altos

16 - CÓDIGO IBGE - MUNICÍPIO

9 - TELEFONE DE CONTATO

11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - SEXO

MASC. ☒ FEM. ☐

14 - RAÇA / COR

17 - UF

PI

18 - CEP

## PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

20 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Fisioterapia motora e respiratória

20

## JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

23 - CID10 PRINCIPAL

24 - CID10 SECUNDÁRIO

25 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

TCE / acamado / pneumonia prévia  
Desmame recente da TET

CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

## SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

30 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

## AUTORIZAÇÃO

32 - CBO

33 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

37 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

35 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)







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



2016

## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	IGNORADO	PRONTUÁRIO	504413
DA CLÍNICA	MÉDICA	LEITO	210/123
À CLÍNICA	OPHTHALMOLOGIA		
MOTIVO DA CONSULTA			

Paciente com lagophtalmia com secreção ocular persistente (em uso de gentamicina colírio).

Dr. Amathercin Said Skeff Soares Neto  
Médica  
CRM 2253 027 000 000 00

DATA: 08/04/19

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER 08/04/19

Ao Exame: Hiperemia conjuntival discreta, secreção mucoide, Pundatos discretos,  
Reflexo fotomotor direito OD + (presente); OE (-)  
Ausente.

CO CORRETORES  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

Col: Manter lubrificação ocular c/ Lacrí-Bed  
4x / dia.  
Reavaliação S/N

Dr. George Fernando M. e Rocha  
Oftalmologista  
CRM 3402-F1  
CPF: 557.295.233-87



NOME DO PACIENTE IGNORADO CLÍNICA MÉDICA		PRONTUÁRIO 504413	CLÍNICA Médica / P06	ENF. OU APF 209	LEITO 17	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			QUANT	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
					HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
22/04/19	1. DIETA VO LIQUIDA PASTOSA					11h. Realizado ba- nho no leito, com troca de fralda e enxa- xas, sem presença de reações no momento, higienizado leito, realiza- do curativo em UPP da região perineal e cabeça por acad. de enfermagem. Kamila da Silva Lima de Araújo CRM-PI - 972.440/2018
	2. RINGER LACTATO 1000ML EV NAS 24H					
	3. UNAZYN 1,5G + SF 0,9% 100ML, IV, DE 6/6H					
	4. OMEPRAZOL 20MG - 2 CP SNE ÀS 6H DE 1X/D					
	5. LIQUEMINE 5000 UI, SC, 12/12H					
	6. BROMOPRIDA 1 AMP + AD, EV, 6/6H SNE					
	7. MORFINA 10MG - 1ML + 9ML AD, FAZER 2ML EV ACM					
	8. DIPIRONA 500MG/ML - 3ML + 7ML AD EV SNE ATÉ 4/4H					
	9. PARACETAMOL 60 GTS SNE SNE ATÉ 4/4H (ALTERNAR COM DIPIRONA)					
	10. NEOZINE GOTAS - 10 GTT SNE, SNE SE AGITAÇÃO					
	11. CLONAZEPAM 2MG, SNE, MEIO COMPRIMIDO 1X/NOITE					
	12. HALDOL 5 MG, 1 CP, SNE, 1X/DIA ÀS 21H SNE AGITAÇÃO					
	13. GLICEMIA CAPILAR 6/6H					
	14. INSULINA REGULAR, SC, CONFORME ESQUEMA:					
	15. 180-200: 4UI 251-300: 8UI					
	16. 201-250: 6UI >300: 10UI					
	17. GLICOSE 50% - 04 AMP, EV, SE GLICEMIA CAPILAR $\leq$ 80 MG/ML					
	18. NBZ: SF 0,9% 5ML + BEROTEC 10GTS + ATROVENT 40 GTS 6/6H ACM					
	19. MUDANÇA DE DECÚBITO 3/3H					
	20. CLOREXIDINE 0,12%, 30ML (PARA HIGIENE ORAL), 3X/D					
	21. GENTAMICINA COLÍRIO - 2 GTT OD 4/4H					
	22. LUBRIFICANTE OCULAR 1 GOTAS EM CADA OLHO, 3/3H					12h. Pt não tem boa aceitação de dieta por VO, não engole o que é ofertado, sus- pendido estudo de nutrição. Kamila da Silva Lima de Araújo CRM-PI - 972.440/2018
	23. ATROPINA 1% 2 GOTAS SL DE 8/8H					
	24. NISTATINA COM ÓXIDO DE ZINCO A CADA TROCA DE FRALDA (ANOTAR EVACUAÇÃO SE AUSENTE OU PRESENTE)					
	25. COLCHÃO DE AR					
	26. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA					
	27. CABECEIRA ELEVADA A 30°					
	28. SSVV + CCGG					

29. liprofloxacin 500mg (VO) 12/12h

30. Dieta enteral 1.5 200up SNE  
de 3194 09 12/12h  
+ AF 150up na intervalos 06 09 12/12h

Dr. Ametherson Sald Steff Soares Nêira  
Médica Nutróloga  
CRM-PI 2893 CNP: 13.632.798/0001-36  
Centro Teresinense de Saúde S/S Ltda

05 AGO 2019

DPVAT

22h. Nutrição  
presente na  
fralda, rea-  
lizado troca  
de lençol e  
fralda, colocação  
cateter ativo  
e monitorado  
fralda

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **EDSON ALVES DA SILVA** (Prontuário: 504413)  
 Endereço: IGNORADO - MUNIC. DE TERESINA - TERESINA - PI CEP: 640-00  
 Nascimento: 19/04/1977 Idade: 41a11m17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236103  
 Requisição: 939761 Solicitação: 06/04/2019 Solicitante: ANNATHERCIA SAID SKEFF SOARES  
 Controle: 1188246 Convênio: S U S CLINICA MEDICA - P08 ENFERMARIA 208 LEITO 17

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 06/04/2019

**T.C. DE CRANIO**

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

**RELATÓRIO:**

- EXTENSA CRANIECTOMIA FRONTO-TÊMPORO-PARIETAL À DIREITA.
- MÚLTIPLAS FRATURAS TÊMPORO-PARIETAIS À ESQUERDA, ENVOLVENDO O ESFENOÍDE E A MASTÓIDE.
- FRATURA NO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- MATERIAL HIPODENSO EM MASTÓIDE ESQUERDA.
- DISCRETAS ÁREAS SEQUELARES DE GLIOSE/ENCEFALOMALACEA FRONTO-TEMPORAL À ESQUERDA.
- REDUÇÃO DE VOLUME DO HEMISFÉRIO CEREBRAL DIREITO COM MÚLTIPLAS ÁREAS DE HIPOATENUAÇÃO PARENQUIMATOSA.
- DILATAÇÃO COMPENSATÓRIA DO ÁTRIO, CORNO TEMPORAL E OCCIPITAL DO VENTRÍCULO LATERAL DIREITO.
- COLEÇÃO SUBDURAL HIPODENSE, COM REALCE DO REVESTIMENTO MENINGEO EM CONTIGUIDADE EM SÍTIO FRONTO-PARIETAL À DIREITA, COM ESPESSURA DE ATÉ 1,5 CM.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/04/2019

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

Atestado médico

Atento para os devidos fins que  
Edson Alves da Silva, RG: 7.562.368  
apresenta sequelas neurológicas de tra-  
umatismo craniano grave como apatia,  
dificuldades para se movimentar e não  
encontra-se com boa saúde mental.

CID-10: S06.8/R47.0/F03

Altos, 17 de maio de 2019

Data: 1/1



Assinatura - Carimbo

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT



Estado do Piauí  
**Prefeitura de Teresina**  
 Fundação Municipal de Saúde



**RECEITUÁRIO**  
 USO EXCLUSIVO NA  
 REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Registro de Saúde  
 Série D - Nº  
**1720003**

Carimbo da Unidade de Saúde  
**AMBULATÓRIO**  
 UPT-2000-0000  
 Rua...  
 São...  
 Teresina, PI

Nome do paciente  
*Edson Alves da Silva*

Número do Prontuário

Endereço

Bairro

*Relatório médico*

*Paciente 62 anos em acompanhamento  
 neste ambulatório desde 03.01.2020 com  
 história de traumatismo cranioencefalico  
 em março/2019. Ao exame apresenta  
 déficit cognitivo e hemiparesia espástica  
 à esquerda amara-se de afasia*

*CID 10 G44.3  
 169.2  
 G81.1  
 F03*

Data  
**03/01/2020**

**NAREL M. CARNEIRO**  
 NEUROLOGIA  
 CRM-PI 4995

Carimbo e assinatura do(a) profissional

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "MÓD. 33 DEUS MARTINS"



**Não Alfabetizado**

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

REGISTRO  
GERAL

7.562.368

DATA DE  
EMISSÃO

02/05/19

SOM

EDSON ALVES DA SILVA

FILIAÇÃO

MARIA ALVES RODRIGUES

OTÁVIO RODRIGUES DA SILVA

NATURALIDADE

ALTOS-PI

DATA DE NASCIMENTO

19/04/1977

DOC. ORIGEM

MATRICULA: CERT. NASC.

07789101551988100112389002979254

CPF

EXP ALTOS-PI 20/09/17

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

634.340.843-63

Nome

EDSON ALVES DA SILVA

Nascimento

19/04/1977

CÓDIGO DE CONTROLE

FD2A.C888.6C34.F3D5



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 12:27:50 do dia 02/07/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO  
BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

EDSON ALVES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

19/04/1977

Nº INSCRIÇÃO

0459 6996 1554

UF

032

SEÇÃO

5148

MUNICÍPIO (UF)

ALTOS/PI

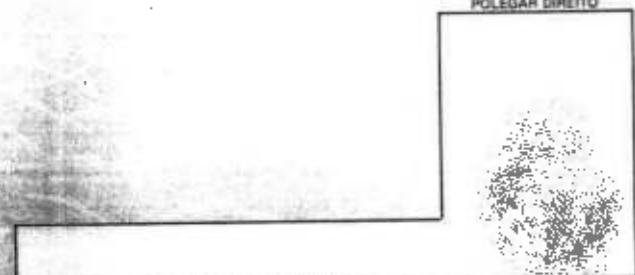
DATA DE EMISSÃO

03/06/2019

JUST. ELEITORAL

VÁLIDO E PRESERVANTE DO TÍTULO ELEITORAL

POLEGAR DIREITO



ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACÃO

**NOME**  
 OTAVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO

**DOC. IDENTIDADE / OUT. IDENT. / SP**  
 3147334 SSP/SP

**CPF**  
 043.728.223-67

**DATA NASCIMENTO**  
 01/02/1990

**PLACAO**  
 OTAVIO RODRIGUES DA SI  
 LVA  
 MARIA ALVES RODRIGUES

**RENOVACAO**  
 05244057395

**VALIDADE**  
 17/07/2018

**1ª HABILITACAO**  
 06/07/2011

**EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA**

*Otavio Rodrigues da Silva Filho*

**LOCAL**  
 AURIFLAMA, SP

**DATA EMISSAO**  
 29/08/2013

**11497840251**  
**SP595569404**

**DETRAN-SP (SAO PAULO)**

**786973478**

**VALIDADE EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS**

**PRIMEIRO PLANTIFICAR**

PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

DOC. IDENTIDADE / RGS. EMISSORAS  
 1946292 SSP PI

CPF  
 296.411.498-65

DATA NASCIMENTO  
 15/11/1980

FUNÇÃO  
 RAIMUNDO FRANCISCO  
 FERREIRA  
 ANTONIA MARIA ARAUJO  
 FERREIRA

RENOVAÇÃO  
 2019

DATA DE EMISSÃO  
 22/01/2010

VALIDADE  
 29/07/2019

976665003

VALIDA EM TODOS  
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

COORDENAÇÃO

Assinatura do Portador

LOCAL  
 TERESINA

DATA DE EMISSÃO  
 01/08/2014

15040603819  
 P2314364854

DETRAN-PI (PJAUI)

PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT



**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.**

Número do Sinistro: **3190463024**

Nome do(a) Examinado(a): **EDSON ALVES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Colombia, 2146 - Santa Inês - Altos - PI - CEP 64290-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **7562368**

Data e local do acidente: [ **03/03/2019** ]

**AVENIDA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA (IGREJA CATÓLICA)**

Data e local do exame: [ **15/08/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

**PACIENTE VÍTIMA DE POLITRAUMA DEVIDO ATROPELAMENTO EM 03/03/2019**

**II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

**PACIENTE COMPARECE ACAMADO EM REGULAR ESTADO GERAL AO EXAME: GLASGOW 14 (CONFUSO / DÉFICIT DE MEMÓRIA) / HEMIPARESIA ESQUERDA PROPORCIONADA GRAU I / CRANIECTOMIZADO QUEIXAS: FAMILIAR REFERE QUE POSSUI ESCARA DEVIDO ESTAR ACAMADO E QUE PASSA MAL SE FICAR SENTADO DURANTE 20 MIN OU MAIS DEVIDO FALTA DE AR**

**III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

**PACIENTE ADMITIDO ALCOOLIZADO COM TC DE CRÂNIO DEMONSTRANDO VOLUMOSO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO COM DESVIO DA LINHA MÉDIA. FOI SUBMETIDO À CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA E EVOLUIU POSTERIORMENTE COM MELHORA GRADUAL DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

**DÉFICIT DE MEMÓRIA MODERADO + HEMIPARESIA NÃO FUNCIONAL**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII. Segundo 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

( ) "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**NEUROLÓGICO**

% 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):

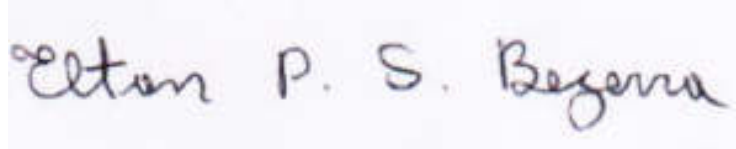
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

*Paciente sem conseguir locomover-se devido hemiparesia não funcional e com sequelas cognitivas limitantes*



Elton Portela Santos Bezerra - CRM: 5518 - PI

## Pedido de Revisão

Eu, Otávio Rodrigues da Silva Filho,  
RG: 3347324 SSP/PI e CPF: 043.728.223-67.

Sou irmão e curador de Edson Alves da Silva, vítima de acidente de trânsito (atropelamento).

Se o juiz mim designou como curador, isso quer dizer que a vítima está totalmente incapaz de responder por ele em qualquer área.

Ele não anda, não fala, usa sonda, come pela mão dos outros, banha pela mão dos outros; ou seja, é totalmente dependente das pessoas para exclusivamente tudo.

No dia da perícia ele foi de ambulância, porque ele não tem condição de ir ~~de~~ sentado em carro de passeio.

Além disso o médico Dr. Elton foi realizar a perícia ~~dentro~~ <sup>dentro da</sup> ambulância.

Sendo assim, quer dizer que o valor de 10.125 pago por invalidez permanente está errado.

O valor seria 13500.00  
Então espero ser reembolsado o valor que falta p/ completar o teto máximo.

Estou disponível p/ nova perícia ou visitada Seguradora na minha casa, p/ verificar e constatar a real situação do meu irmão.

Desde já grato.

Teresina - PI 14 de Janeiro de 2020.

Otávio Rodrigues da Silva Filho

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190463024

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** EDSON ALVES DA SILVA

**Data do acidente:** 03/03/2019

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL

**Descrição do exame** PACIENTE COMPARECE ACAMADO EM REGULAR ESTADO GERAL.

**físico:** AO EXAME: GLASGOW 14 (CONFUSO / DÉFICIT DE MEMÓRIA) / HEMIPARESIA ESQUERDA PROPORCIONADA GRAU I / CRANIECTOMIZADO.

QUEIXAS: FAMILIAR REFERE QUE POSSUI ESCARA DEVIDO ESTAR ACAMADO E QUE PASSA MAL SE FICAR SENTADO DURANTE 20 MIN OU MAIS DEVIDO FALTA DE AR.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ADMITIDO ALCOOLIZADO COM TC DE CRÂNIO DEMONSTRANDO VOLUMOSO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO COM DESVIO DA LINHA MÉDIA. FOI SUBMETIDO À CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA E EVOLUIU POSTERIORMENTE COM MELHORA GRADUAL DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico grave.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau intenso da função neurológica devido ao déficit cognitivo, hemiparesia esquerda e craniectomizado.  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

## 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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
Total			75 %	R\$ 10.125,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190463024

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** EDSON ALVES DA SILVA

**Data do acidente:** 03/03/2019

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL

**Descrição do exame** PACIENTE COMPARECE ACAMADO EM REGULAR ESTADO GERAL.

**físico:** AO EXAME: GLASGOW 14 (CONFUSO / DÉFICIT DE MEMÓRIA) / HEMIPARESIA ESQUERDA PROPORCIONADA GRAU I / CRANIECTOMIZADO.

QUEIXAS: FAMILIAR REFERE QUE POSSUI ESCARA DEVIDO ESTAR ACAMADO E QUE PASSA MAL SE FICAR SENTADO DURANTE 20 MIN OU MAIS DEVIDO FALTA DE AR.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ADMITIDO ALCOOLIZADO COM TC DE CRÂNIO DEMONSTRANDO VOLUMOSO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO COM DESVIO DA LINHA MÉDIA. FOI SUBMETIDO À CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA E EVOLUIU POSTERIORMENTE COM MELHORA GRADUAL DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico grave.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau intenso da função neurológica devido ao déficit cognitivo, hemiparesia esquerda e craniectomizado.  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
Total			75 %	R\$ 10.125,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190463024 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDSON ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL AGUDO.  
TRAUMA DE FACE COM FRATURA NO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA + DRENAGEM) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (ANEXO P7 P12 P13)

**Sequelas permanentes:** LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DE LESÕES NEUROLÓGICAS  
COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 15/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI  
INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

\*\*\*NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA  
JÁ INDENIZADA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190463024 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDSON ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL AGUDO.  
TRAUMA DE FACE COM FRATURA NO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA + DRENAGEM) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (P7 P12 P13)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** TCE GRAVE

(X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190463024 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDSON ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL AGUDO.  
TRAUMA DE FACE COM FRATURA NO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA + DRENAGEM) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (ANEXO P7 P12 P13)

**Sequelas permanentes:** LESÕES NEUROLÓGICAS COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DE LESÕES NEUROLÓGICAS  
COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 15/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI  
INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

\*\*\*NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA  
JÁ INDENIZADA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190463024 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDSON ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL AGUDO.  
TRAUMA DE FACE COM FRATURA NO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA + DRENAGEM) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (P7 P12 P13)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** TCE GRAVE

(X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Otávio Rodrigues da Silva Filho  
RG: 3147324 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 043.728.223-67  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Sevente  
Endereço: Rua: Colombia Nº 2146  
Bairro: Santa Inês Cep: 64290-000 Cidade/UF: Altos - Piauí  
Telefone: (88) 99544-1326 ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: Antonia Cláudia Araújo Ferreira  
RG: 1866292 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 296.411.488-65  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Autônoma  
Endereço: Rua Marechal Lot Nº 5859 A  
Bairro: São Francisco Cep: 64009-720 Cidade/UF: Teresina - PI  
Telefone: (86) 98861-9597 (86) 99527-1808 (86) 99866-4205

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato; afirmo de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Edson Alves da Silva

CPF: 634.340.843-63

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

Teresina - PI 31/07/2019  
Local e data

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

Otávio Rodrigues da Silva Filho  
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua Leonardo Hegnauer, 1225 - Centro - CEP: 64005-200 - Teresina-PI - Fone: (95) 3221-0156 - E-mail: atendimento@cartorio-teresina.com.br  
Titular: *Antônio Gonçalves de Sampaio Pessoa*

VEREÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE OTAVIO RODRIGUES DA  
FILHO. DOU PE. EM TEST. PE DA VERDADE.  
Tina-PI, 31/07/2019. Selo: AANO3246-EMZT  
tjpi.jus.br/portalextra. PAK

MANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE-AUTORIZADO  
:3,85 TJ:0,77 PMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:283  
SACAC

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
**CONSULTE O SELO  
DIGITAL**

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º Ofício de Notas  
**Alessandra Alves de Sousa**  
Escritor Autorizado  
Teresina - PI

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265571/19

**Vítima:** EDSON ALVES DA SILVA

**CPF:** 634.340.843-63

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 03/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDSON ALVES DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA : 296.411.498-65

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### OTAVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO : 043.728.223-67

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Curatela  
Documentos de identificação

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019  
Nome: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA  
CPF: 296.411.498-65

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265571/19

**Número do Sinistro:** 3190463024

**Vítima:** EDSON ALVES DA SILVA

**CPF:** 634.340.843-63

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 03/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDSON ALVES DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2020  
Nome: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA  
CPF: 296.411.498-65

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

---

**Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190463024**

**Vítima: EDSON ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), OTAVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190463024                      Vítima: EDSON ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), OTAVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190463024

Vítima: EDSON ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), OTAVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 10.125,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%  
Graduação: Em grau intenso 75%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%  
Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 = R\$ 10.125,00

Recebedor: OTAVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 10.125,00

Banco: 341

Agência: 000004826

Conta: 0000034901-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190463024**

**Vítima: EDSON ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), OTAVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

634.340.843-63 Edson Alves da Silva

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

5 - Nome completo:

Edson Alves da Silva

6 - CPF:

634.340.843-63

7 - Profissão:

Recuso-me

8 - Endereço:

Rua: Colombia

9 - Número:

3146

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Santa Inês

12 - Cidade:

Altos

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64290-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

86-99549-3326

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Otávio Rodrigues da Silva Filho

18 - CPF do Representante Legal:

043.428.223-67

19 - Profissão do Representante Legal:

Servente de pedreiro

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4826

CONTA:

34901

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CIVIL)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se houver)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Piresma - PI 02 de Agosto de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002901/2019-12**

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 31/07/2019 - 11:22

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, Nº:

Complemento

Data/Hora

03/03/2019 - 01:20

Bairro

FÁTIMA

Ponto de Referência

IGREJA CATOLICA

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: OTAVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO

RG: 3147324 PI

Mãe: MARIA ALVES RODRIGUES

Endereço: RUA COLOMBIA, Nº 2146

Bairro: SANTA INÊS

Cidade: ALTOS

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Notificante

Nome: EDSON ALVES DA SILVA

RG: 7562368 PI

Mãe: MARIA ALVES RODRIGUES

Endereço: O MESMO DO NOTICIANTE, Nº

Bairro: SANTA INÊS

Cidade: ALTOS

Tipo Envolv.: VITIMA

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

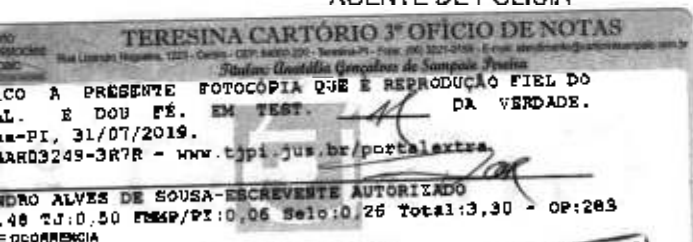
1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O NOTICIANTE, IRMÃO DA VITIMA, RELATA QUE A VITIMA FOI ATROPELADA POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO. QUE O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 504413). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.  
AGENTE DE POLÍCIA

OTAVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO - Notificante  
Responsável pela Informação



CONSULTE O SELO  
DIGITAL



Delegado de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

634.340.843-63 Edson Alves da Silva

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

5 - Nome completo:

Edson Alves da Silva

6 - CPF:

634.340.843-63

7 - Profissão:

Recuso-me

8 - Endereço:

Rua: Colombia

9 - Número:

3146

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Santa Inês

12 - Cidade:

Altos

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64290-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

86-99549-3326

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Otávio Rodrigues da Silva Filho

18 - CPF do Representante Legal:

043.428.223-67

19 - Profissão do Representante Legal:

Servente de pedreiro

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4826

CONTA:

34901

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no CIVIL)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (reinciso)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Piresma-PI 02 de Agosto de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônia Claudina

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Antônio Pereira