

Ofício N° 067/SAMU/2019

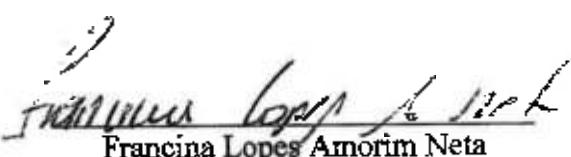
Teresina, 22 de Abril de 2019.

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 344	02 Data do chamado 31/3/19	03 PRO (código) 2811	04 Saída do PA 01:38	05 Chegada ao local 01:58
Local da Ocorrência	06 Saída do local 02:10	07 Chegada ao 1º hospital 02:25	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Nossa Senhora de Fátima	11 Bairro B. de Fátima	12 Município-UF THE P	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Igreja Católica				
	14 Nome Ignorado / Flávia Preta		15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ignorado		
	16 Idade 999	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se Idade Ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência Net	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 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
Acidente de Transporte	19 Vítima <input type="checkbox"/> 1-Pedestre <input type="checkbox"/> 2-Condutor <input type="checkbox"/> 3-Passageiro <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	20 Meio de locomoção <input type="checkbox"/> 1-A pé <input type="checkbox"/> 2-Automóvel <input type="checkbox"/> 3-Motocicleta <input type="checkbox"/> 4-Bicicleta	21 Outra parte envolvida <input type="checkbox"/> 1-Automóvel <input type="checkbox"/> 2-Motocicleta <input type="checkbox"/> 3-Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4-Bicicleta	22 Equipamentos de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input checked="" type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow 10	RESPOSTA VERBAL <input type="checkbox"/> 1-Orientada <input type="checkbox"/> 2-Confusa <input type="checkbox"/> 3-Palavras Inapropriadas <input type="checkbox"/> 4-Palavras Incompreensíveis <input type="checkbox"/> 5-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA <input type="checkbox"/> 6-Obedece a comandos <input type="checkbox"/> 7-Localiza dor <input type="checkbox"/> 8-Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 9-Flexão anormal <input type="checkbox"/> 10-Extensão anormal <input type="checkbox"/> 11-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 96 Resp. 17 PA 100x60 TAX. 96 SatO2	25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR <input type="checkbox"/> 1-Espontânea <input type="checkbox"/> 2-A voz <input type="checkbox"/> 3-À dor <input type="checkbox"/> 4-Nenhuma				
	26 Pupilas <input type="checkbox"/> 1-Iguais <input type="checkbox"/> 2-Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> 1-Chato <input type="checkbox"/> 2-Fino <input type="checkbox"/> 3-Ausente	28 Sangramento <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve Sem Dor	30 Fratura <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Antes do socorro <input type="checkbox"/> 3-Exposta <input type="checkbox"/> 4-Fechada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6-Suspeito
Assistência	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) <input type="checkbox"/> 1-Aspiração <input type="checkbox"/> 2-Oxigênio <input type="checkbox"/> 3-Curativos <input type="checkbox"/> 4-Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> 5-Collar cervical <input type="checkbox"/> 6-Kred	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Nalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Antes do socorro <input type="checkbox"/> 3-Antes do transporte <input type="checkbox"/> 4-Durante o transporte	DPVAT <input type="checkbox"/> Não Removido
Hospital de Destino					
Observações Interdisciplinar	<p>Pct apresentou soprou atróficoamento encontro mórbido e insuficiente, sem evidências de dor ou aumento sanguíneo na face. Sigue com tenc apreensão e hipotensão. Pct não possui violências de ED e nem acompanhamento. Pct trazendo comida, água e bombinha gelo. Pct tem inchaços nas mãos e braços.</p>				
	Socomistas Médico AE/TE	Responsável pela recepção Edvaldo			
		Enfermeiro Condutor Edvaldo			

ITAU - 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

equatorial
ENERGIA
cepisa

Para contato
comosso, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO
0694456-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.361.283-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ/06/98

Nº da Nota Fiscal: **023698536**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEI, foi criada
pela Lei nº 10.406 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: 00000000000000000000

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Atual:	Atual:
Anterior:	944
Constante de Multiplicador:	845
Consumo Medido:	1.000
Consumo Faturado:	99
Período de Referência:	30/06/2019 - 29/06/2019

Classe/Subclasse	NORMAL	PAGOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	28
Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Pnt.

Métrico consumo	MONO	A2109358 ESCRIÇÃO DA CONTA 1.1.1.1	67
-----------------	------	------------------------------------	----

MAR/19	112	CONSUMO	99 A R\$ 0,657517 =	84,89
ABR/19	69	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		1,52
MAY/19	79	CORRECÇÃO MONETÁRIA IG 05/19-00		0,18
JUN/19	80	MULTA POR ATRASO 05/19-00		1,96
JUL/19	67	JUROS POR ATRASO 25/19-02		0,19
AGO/18	58	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA .. 0,06		0,06
NOV/18	65			
DEZ/18	63			
JAN/19	67			
FEB/19	66			
MAR/19	66			
ABR/19	66			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/19	77			
MAR/19	77			
ABR/19	77			
MAY/19	77			
JUN/19	77			
JUL/19	77			
AGO/18	77			
NOV/18	77			
DEZ/18	77			
JAN/19	77			
FEB/				

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.357.479/0001-06 - IPI 2.999.425/74
Av. Frei Caneca 1166, 1º andar em São 04 - CEP 64000-000, Teresina - PI
Telefone: (0800) 223.2000 ou 115 / (86) 98324-2199

NITELAR Nº 151621430
MÊS / ANO 2004/2019-11 5/2019

HOME / ENDERECO
MORADOR ANTONIA MARIA A FERREIRA
RUA MAL LOT, 5859A-SAO FRANCISCO-TERESINA-PI-cep:64009720

LOCAZIMAD	GRUPO	NÚMERO DO HISTÓMETRO	
016-00038-000135	016	Y10N306307	
HISTÓRICO DE CONSUMO			
MÊS / ANO TIPO	UDG	SATURADO	
04/2019 Líduo	15	15	
05/2019 Líduo	19	19	
06/2019 Líduo	37	10	
07/2019 Líduo	18	18	
08/2019 Líduo	89	18	
09/2019 Líduo			
DATA	CEP/UF	CONSUMO M3/M3	
ANTERIOR 24/04/2019	665	32	
ATUAL 24/05/2019	677		
TABELA DE LIMITAS			
RESIDENCIAL	OCERAÇÃO	REF.	VALOR
FANADA DE CONSUMO 05/2019	VALOR REFERENTE ÁGUA - 39,05		39,05
0 15 21.850 65	> Residencial-Normal 12,0 m3		0,15
15 26 5.000 05	JUROS POR ATRASO 03/2019		0,90
20 99999 9.3.500 65	BILTA POR ATRASO 03/2019		
DESCRICAO DOS SERVICOS DA FATURA			
PJ CORRETORA DE SEGUROS			

05 AGO 2019

DPVAT



**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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

Aos 10 de junho de 2019, nesta cidade e Comarca de ALTOS, na Secretaria da Vara Única da Comarca de Altos, aqui presente, o M.M 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 nº043.728.223-67, pessoa a quem o(a) MM. Juiz(a) de Direito deferiu o compromisso legal do bem, fielmente e sem malícia, exercer o encargo de CURADOR(A) PROVISÓRIA do(a) interditado(a). REQUERIDO: EDSON ALVES DA SILVA , RG nº7.562.368, 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, Secretaria da Vara Única da Comarca de Altos, o digitei.

Otávio Rodrigues da Silva Filho

OTÁVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO

CARTÓRIO THÉMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de SOUSA
Escrevante Autorizado
Teresina, PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Dom Joaquim, 1223 - Centro - CEP: 64010-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3211-0159 - E-mail: teresina@teresina.tjpi.jus.br

Juliano Andrade Gonçalves de Sampaio Tavares

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCÓPIA QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO
ORIGINAL. E DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 31/07/2019.

SELO: AAH03250-QTUC - www.tjpi.jus.br/pontalestra

ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE AUTORIZADO
Emol:2,48 TJ:0,50 FMMF/PI:0,06 Selos:0,26 Total:3,30 - OP:283
TERMO DE CURATELA

CONSULTE O SELO
DIGITAL



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

Para maiores esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / 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 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 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 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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N° 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Rafaela Cláudia Branco 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:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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:	<i>Rua: Marechal Lott</i>	Número:	<i>5859</i>	Complemento:	<i>Casa</i>
Bairro:	<i>Vila São Francisco</i>	Cidade:	<i>Teresina</i>	Estado:	<i>PI</i>
E-mail:				CEP:	<i>64009-720</i>

*PJ CORRETORA
DE SEGUROS*

05 AGO 2019

DPVAT

Assinatura do Declarante



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

Nº:

Complemento:

Cidade: Teresina

CEP:

Zona: Urbana

Ponto Referência: PROX. A IGREJA

Bairro: FÁTIMA

3. DADOS DO SOLICITANTE

Nome:

Orgem: Outros

Fone: (86) 9953-5611

4. DADOS DA VÍTIMA

Nome:

Idade: 35 Ano Sexo: Masculino

5. REGULAÇÃO

Conduta: Viatura

Tipo Viatura: USB - 2899

Classificação Risco: Médio Risco

Observação:

Regulação:

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO / ATROPELAMENTO / TRAUMA EM FACE/ ESCORIAS /
P/ J CORRETORA DE SEGUROS

6. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data Rádio: 03/03/2019 01:34

DPVAT
05 AGO 2019

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



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





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

Franckley SIlva Lima
Assistente Social - HUT
CRF/PI nº 879 - 22º Região

Assistente Social



Rua Otto Thilo, 1620, Bairro Redenção,
Teresina-PI, CEP 64017-775.
CNPJ 17.577.205/0006-01



86 3218-6199



diretorageralhut@gmail.com

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 Nº2145 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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT



Rua Otto Rio, 1028, Galo Brilhante,
Teresina-PI, CEP: 64017-779.
CEP: 64017-677, 00090008-03



86 3218-5199



diretorageralhut@gmail.com

Alto



NOME DO PACIENTE:

Edson Alves da Silveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

50443

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2018

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-6ERAL

O Melhor

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

040314

Imp: 03/03/2019 03:18:02
User: WILLIAM MACHADO
(Estação: CONSULPROM)

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	<u>Classificação:</u> Hemorragia enxanguinante	<u>Cor:</u> Vermelho
<u>Breve História Clas. Risco:</u> trauma craniano com otorragia, inconsciente		IRAILDES ALVES DE MOURA GOMES CRM 157540 Em: 03/03/2019 02:32:58

<u>SSV:</u>	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 m	IMC:	0,00 Kg/m ²	P脉:	Imp	Pressão:	mmHg

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>									
PACIENTE ENCONTRADO POR POPULARES COM PROVAVEL ATROPELAMENTO. INCONSCIENTE E ALCOLIZADO.									
A: VIA AEREA PERTURBADA. EM PRANCHAS RIGIDAS E COLAR CERVICAL.									
B: MV+ E RONCOS INSPIRATÓRIOS BILATERALMENTE. SRA, SAT 02: 98 %									
C: BNF, RR, 2T, SS, FC= 85 BPM. PELVE ESTÁVEL, ABDÔMEN INOCENTE;									
D: GLASGOW COMPROMETIDO (PACIENTE ALCOLIZADO);									
E: ESCORIÇAÇÕES EM FACE E CORTE CONTUSO NA CABEÇA.									

<u>Conduta:</u>									
SOLICITO: TC DE CRANIO, TC DE COLUNA CERVICAL, RAIO X DE PELVE, RAIO X DE TÓRAX, RAIO X DE BRAÇO (ESTERNO, E RAIO X DE PÉ DIREITO)									

<u>Diagnóstico Inicial:</u>									
?									

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

<u>Prescrição Médica:</u>									
0303-40-B8VAT									

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

J CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT



LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - PI

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Hospital da Vida e Esperança de Teresina

2 - CNES

4 - NOME DO PACIENTE

Edson Alves da Silva

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

8 - NOME DA MÃE

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

14 - RACA/COR

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

13 - SEXO

MASC. FEM.

Altos

16 - CÓDIGO IBGE - MUNICÍPIO

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/acauado / pneumonia prévia
Desmaio recente da TCE

J CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2013

DPVAT

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

30 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

35 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

AUTORIZAÇÃO

32 - CBO

33 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

37 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

Ottomanu

Possente deronete do Regime, o combate,
morte em campo e bala

Pa' seu fator

Na morte de vez avesso

Outro dia apesar bala do reino a
Cunhaqas

~~Dr. Fábio da Cunha Siqueira
Chefe da Imunidade
GMA/PI/2000~~

nos/03.03.19/0k3

Personas do Povo nis

al. 12, piso 8700, otam. ♂
muro or em

PJ CORRETO DE SEGUROS

05 AGO 2013

DPVAT

- TOV { Nos P ♂ 118m
· ADT.
· Ex morisco ♂
· Nos P ♂ 115m
5/0m

(n) nos / notorn fo pax
6th



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	IGNORADO	PRONTUÁRIO	504473
DA CLÍNICA	MÉDICA	LEITO	2107123
À CLÍNICA	OFITALMOLOGIA	MOTIVO DA CONSULTA	

Paciente com lagofármia com secreção excessiva persistente (em uso de gentamicina colírio).

Dr. Anaethera Solle Steff Soares Neira
CRM 2053 CRM 2053
Médica

DATA: 08/04/19

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER 09/04/19

Ao Exame: Hipertensão conjuntival discreta, secreção mucosa, Punctatos discretos, Reflexo 'fotomotor direto' OD + (presente) OE (-)
Ausente.

J CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2019

Col. Manter lubrificação ocular c/ higiene
4x/dia.

Reavaliação S/N

Dr. George Fábio M. e Rocha
oftalmologista
CRM 3492-FI
CPF: 552.293.233-87

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DN: 22/02/1981 Idade: 38 anos NEGA ALERGIAS

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			
			HORÁRIO S	OBSERVAÇÕES		
22/02/19	1. DIETA VO LIQUIDA PASTOSA 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. BRONOPRIDA 1 AMP + AD, EV, 6/6M SN 7. MORFINA 10MG - 1ML + 9ML AD, FAZER 2ML EV ACM 8. DIPIRONA 500MG/ML - 3ML + 7ML AD EV SN ATÉ 4/4H 9. PARACETAMOL 60 GTS SNE SN ATÉ 4/4H (ALTERNAR COM DIPIRONA) 10. NEOZINE GOTAS - 10 GTT SNE, SN SE AGITAÇÃO) 11. CLONAZEPAM 2MG, SNE, MEIO COMPRIMIDO IX/NOITE 12. HALDOL 5 MG, 1 CP, SNE, IX/DIA ÀS 21H SE AGITAÇÃO (ANOTAR QUANDO) 13. GLICEMIA CAPILAR 6/6H 14. INSULINA REGULAR, SC, CONFORME ESQUEMA: 15. 180-200: 4UI 251-300: 6UI 16. 201-250: 6UI >300: 10UI 17. GLICOSE 50% - 04 AMP, EV, SE GLICEMIA CAPILAR ≤ 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			11h - Realizado banho no leito, com troca de fralda e enxoval, sem presença de escaras ou úlceras no momento, higienizada leite, realize do curativo em bdd da região nasal e cérvico por aero. Até enfermagem		Kamila da Silva Lima de Araújo ORLEN PI - 972-140710
	22. LUBRIFICANTE OCULAR 1 GOTTA EM CADA OLHO, 3/3h 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 + CCVG			12h - Pt não tem uso aceitação de dieta per VO, nos engole que é picado, us		Kamila da Silva Lima de Araújo Pinda, Tudo, 972-140710

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

30. Dieta enteral 1.5 200ml SR 6

de 319 + 09 150ml SR 6

+ AF 150ml nas interva

06

09

12/12h

15

18

J CORRETOS
(com DESEJOS)

18h 06 05 AGO 2013

Dra. Amélia Soárez Soárez Neiva
Médica Nutróloga
CRM-PI 2893 CNPJ: 13.532.798/0001-36
Centro Teresinense de Saúde S/S Ltda

DPVAT
22h Nutriente presente na
malha, rea
lizada troca
de lençol e
malha, colocao
de protetor
em manguito
franque



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
Requisição:	939781	Solicitação: 06/04/2019	Solicitante: ANNATHERCIA SAID SKEFF SOARES	Atendimento: 236103
Controle:	1188246	Convênio: SUS	CLÍNICA MÉDICA - P08	ENFERMARIA 209 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-TÉMPORO-PARIETAL À DIREITA.
- MÚLTIPHAS FRATURAS TÉMPORO-PARIETAIS À ESQUERDA, ENVOLVENDO O ESFENÓIDE 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 MÚLTIPHAS ÁREAS DE HIPOATENUAÇÃO PARENQUIMATOSA.
- DILATAÇÃO COMPENSATÓRIA DO ÁTRIO, CORNO TEMPORAL E OCCIPITAL DO VENTRÍCULO LATERAL DIREITO.
- COLEÇÃO SUBDURAL HIPODENSA, COM REALCE DO REVESTIMENTO MENINGEO EM CONTIGUIDADE EM SÍTIOS FRONTO-PARIETAL À DIREITA, COM ESPESSURA DE ATÉ 1,5 CM.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/04/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 CRM
 Profissional Responsável

pj CORRETORA
 DE SEGUROS
 05 AGO 2019

DPVAT

V.G.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Epitácio Pessoa, 2280
CEP: 64.290-00 - ALTOS - PIAUÍ
CNPJ: 02.807.243/0001-81



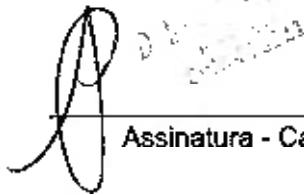
Atendendo médico

Atento para os direitos firmo que
Edson Alves da Silva, RG: 7.562.363
apresenta sequelas neurológicas de tra-
umatismo craniano grave como apaga,
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: 17/05/2019



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

Nome do paciente	Carimbo da Unidade de Saúde
Edson Alves da Silva	AMBULATÓRIO
Endereço	Rua 25 de Julho, 1234 Bairro: Centro Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64000-000
Número do Prontuário	
Saído	

Relatório médico

Paciente 62 anos em acompanhamento
nesta ambulatório desde 03/01/2020 com
histórico de traumatismo cranioencefálico
em março/2019. Ao exame apresenta
déficit cognitivo e hemiparesia esquerda
à esquerda amparada de afasia.

CID 10 G44.3

I69.2

G81.1

F03

NAREL M. CARNEIRO
NEUROLOGIA
CRM-PI 4995

Data
03/01/2020

Carimbo e assinatura do(a) profissional

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE Deus MARTINS"



Não Alfabetizado

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

7.562.368

DATA DE
EMISSÃO

02/05/19

SOMI EDSON ALVES DA SILVA

FILIAÇÃO

MARIA ALVES RODRIGUES

OTÁVIO RODRIGUES DA SILVA

NATURALIDADE

ALTOS - PI

DATA DE NASCIMENTO

19/04/1977

DOC. ORIGEM

MATRÍCULA: CERT. NASC.

07789101551988300112389002979254

EXP ALTOS - PI 20/09/17

CPF

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.110 DE 29/06/83 - 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

FD2AC888.6C34.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 FILHOS

EDSON ALVES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

19/04/1977

DE RECONHECIMENTO

0459 6996 1554

ZONA

032

SEÇÃO

0146

ABNÉRCIO / UF

ALTOS/PI

DATA ELEITORAL

03/06/2019

JUIZ ELEITORAL

Transito

VALIDO PARA PRESIDENTE DO TSE ELEITORAL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT



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 COMPARCE ACAMADO EM REGULAR ESTADO GERAL AO EXAME: GLASGOW 14 (CONFUSO / DÉFICIT DE MEMÓRIA) / HEMIPARESIA ESQUERDA PROPORIONADA 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):

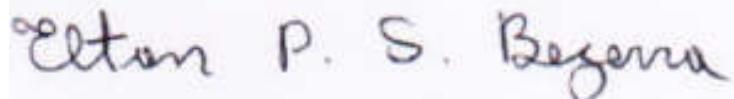
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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, não senta,
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 condições de ir ~~a~~ sentado
em carro de passeio.

Além disso o médico Dr. Elton foi realizar
a perícia ~~dentro~~ ^{dentro da} ambulância.

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

O valor seria 13500,00

Então espero ser reembolsado o valor que
falta p/ os auxílios o teto máximo.

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

Desde já agradeço.

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 MEDIA. FOI SUBMETIDO À CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA E EVOLUIU POSTERIORMENTE COM MELHORA GRADUAL DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico grave.

Sequelas: Com sequelas

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 MEDIA. 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

Valorização 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

Valorização 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 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 043.728.723-67
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Servente
Endereço: Rua: Colombia Nº 2146
Bairro: Santa Luzia Cep: 64390-000 Cidade/UF: Altos - Piauí
Telefone: (86) 99544-1326 () ()

OUTORGADO:

Nome: Antonia Cláudia Araújo Ferreira

RG: 1866292 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 296.411.498-65
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) 98881-9597 (86) 99527-1809 (86) 98866-4205

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 reembolso, podendo estabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato; afim 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



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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Certidão
Themistocles
Sampaio
Simplicio

Rua Lázaro Nogueira, 1223 - Centro - CEP: 64001-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0100 - E-mail: certidao@teresina.tjpi.jus.br

Titular: *Anastilia Gonçalves de Sampaio Pachá*

RECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE OTAVIO RODRIGUES DA
A FILHO. SOU PE. EM TEST. *[Signature]* DA VERDADE.
Teresina-PI, 31/07/2019.

Selo: AAHO 3248-EW2T

tjpi.jus.br/portalextra.

[Signature]

MANDRE ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE-AUTORIZADO
3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:263

RACAC

teresina.tjpi.jus.br

**CARTÓRIO Jº OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL**

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Souza
Escrevente Autorizado
Teresina - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265571/19

Vítima: EDSON ALVES DA SILVA

CPF: 634.340.843-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2019

Titular do CPF: EDSON ALVES DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265571/19

Número do Sinistro: 3190463024

Vítima: EDSON ALVES DA SILVA

Data do acidente: 03/03/2019

CPF: 634.340.843-63

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON ALVES DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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

Rio de Janeiro, 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.**

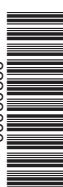
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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

Rio de Janeiro, 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



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 153375729



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha os(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (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: **Recurso-me** 8 - Endereço: **Rua: Colombia** 9 - Número: **3146** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Santa Iure** 12 - Cidade: **Altos** 13 - Estado: **Piauí** 14 - CEP: **64290-000**
 15 - E-mail: **64290-000** 16 - Tel.(DDD): **86-99549-1326**

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: **Otavio 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 COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 os bancos abaixo. Assinale uma só vez)

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

AGÊNCIA: **4826** CONTA: **34901** (3)

(Inserir no dígito se existir)

(Inserir no dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

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

3 CORRETORA
DE SEGUROS
05 AGO 2018

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 no 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 atende 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 à 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 de lesões 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 cu 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima vive filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (recém-nascido)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
Não				Não		Não				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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, **Teresina - PI 02 de Agosto de 2019**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Flávio Rodrigues da Silva

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio Cláudia

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Reinier de Souza



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

164 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 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, N°:

Complemento

Bairro

FÁTIMA

Data/Hora

03/03/2019 - 01:20

Ponto de Referência

IGREJA CATOLICA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: OTAVIO RODRIGUES DA SILVA FILHO

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 3147324 PI

Mãe: MARIA ALVES RODRIGUES

Endereço: RUA COLOMBIA, N° 2146

Bairro: SANTA INÉS

Cidade: ALTOS

Nome: EDSON ALVES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 7562368 PI

Mãe: MARIA ALVES RODRIGUES

Endereço: O MESMO DO NOTICIANTE, N°

Bairro: SANTA INÉS

Cidade: ALTOS

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

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 - Noticiante
Responsável pela Informação

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Av. Lourdes Rego, 1222 - Centro - CEP: 6400-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-2100 - Email: teresina@sc.jus.br

Atulio Alves de Souza - Delegado Geral da Sampaio Júnior

CO A PRESENTE FOTOCÓPIA QUE È REPRODUÇÃO FIEL DO
L. E DOU FÉ. EM TEST. *[Assinatura]* DA VERDADE.
PI, 31/07/2019.
NAR03249-3R7R - www.tjpi.jus.br/portalextra

ALVOS DE SOUSA - ESCRIVENTE AUTORIZADO
48 TJO: 0,50 FMSP/PI: 0,06 Selos: 0,26 Total: 3,30 - OP: 283
DOCUMENTO

Delegado de Policia

3º Ofício de Notas
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alcides Alves de Souza
Escrivane Autorizado
Teresina - PI

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha os(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (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: **Recurso-me** 8 - Endereço: **Rua: Colombia** 9 - Número: **3146** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Santa Iure** 12 - Cidade: **Altos** 13 - Estado: **Piauí** 14 - CEP: **64290-000**
 15 - E-mail: **64290-000** 16 - Tel.(DDD): **86-99549-1326**

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: **Otavio 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 COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 os bancos abaixo. Assinale uma só vez)

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

AGÊNCIA: **4826** CONTA: **34901** (3)

(Inserir no dígito se existir)

(Inserir no dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

3 CORRETORA
DE SEGUROS
05 AGO 2018
DPVAT

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 no 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 atende 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 à 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 de lesões 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 cu 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima vive filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (recém-nascido)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
Não				Não		Não				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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, **Teresina - PI 02 de Agosto de 2019**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Flávio Rodrigues da Silva

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio Cláudia

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Reinier de Souza