

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0800031-79.2020.8.18.0 x Merge PDF files online. x

Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=414042&ca=179acf2cdd55c5f0083... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... - Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0800031-79.2020.8.18.0140
ACELMIR CARLOS DOS SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

9864600 - CONTESTAÇÃO (2720784 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 23/05/2020 18:56:44

23 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9864599 - CONTESTAÇÃO
 - 9864600 - CONTESTAÇÃO (2720784 CONTESTACAO 01)
 - 9864601 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2720784 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9864602 - Procuração (Anexo 03 sub atos procuracao compressed web)
 - 9864603 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9864604 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

18:56

2720784- C3/ 2020-01907/ INVAIDEZ

JOÃO BARBOSA
—ADVOGADOS ASSOCIADOS—

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08000317920208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf

ativar o Windows. Exibir todos

18:57 23/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08000317920208180140

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **30/01/2019**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 30/01/2019 após 3 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 01/10/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸**art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 13 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS**, em curso perante a 1ª **VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08000317920208180140.

Rio de Janeiro, 13 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190399661 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DOR E ESCORIAÇÕES NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: 3190399661 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DOR E ESCORIAÇÕES NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190399661

Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

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 Julho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190399661**

Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(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: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmi Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmi Carlos dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20
7 - Profissão: metalurgista 8 - Endereço: R. mango 9 - Número: 2732 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Parque Ilhares 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)
Bradesco (237) Itaú (341)
Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 280368
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão da invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com o resultado da 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) Divorciado 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 (vai nascer)? 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 Líder 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - (*) 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, Teresina - Piauí 26/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(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: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmi Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmi Carlos dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20
7 - Profissão: metalurgista 8 - Endereço: R. mango 9 - Número: 2732 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Parque Ilhares 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 280368

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão da invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa a 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) Divorciado 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 (vai nascer)? 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 Líder 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(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: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmo Carlos Dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmo Carlos Dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20

7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: R. mango 9 - Número: 2772 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Parque Iluminado 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS CADASTRAIS

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: 19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO 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 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 280368 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da extensão das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização 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) Divorciado 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 (vai nascer)? 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 Líder 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizados

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019

TESTEMUNHAS



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 064	02 Data do chamado 01/10/18	03 PRO (código) 2902	04 Saída do PA 12:19	05 Chegada ao local 12:34
	06 Saída do local 12:51	07 Chegada ao 1° hospital 18:05	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua David Calder / Benjamin Constant	11 Bairro Centro	12 Município-UF Teresina - PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência U. E. LIGEM DIAUIENSE				
Dados do Paciente	14 Nome Acelmin Carlos dos Santos	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 38 Anos 18/02/80	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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	
	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 80 Resp. PA 13x8 TAX. 98/7 SatO2 98/7	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim Exposta Fechada 2 - Não 3 - Suspeita
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)			
	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Igualado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	Polícia carro com motocicleta paciente resgatado por PM e rescues.				
	CONFERE COM O ORIGINAL Maurício Veloso Cantanhede Gerente Administrativo SAMU				

Responsável pela recepção
Maurício Veloso Cantanhede
Gerente Administrativo SAMU

Socorristas
Médico
AE/TE
Enfermeiro
Conductor

Enfermeiro
Conductor

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CUIDADO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cordeiro de Figueiredo, 455 - Lda C
Centro - Teresina - PI - 64002-700

**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

CITOTECNIA - OK
NEUROLOGIA
Cirurgia

Imp: 01/10/2018 13:13:39

(User: REGISLANE)

(Estação: RECEPCAO2)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		Prontuário: 414097
Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS	Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS	
End.Resid.: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento: 18/02/1980	Idade: 38a7m11d	Sexo: Masculino Fone: 86-98808-3889
Responsável: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		CNS: 201261857720007
Profissão: AUTONOMO	CPF:	* RG: 172004
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DEPARTAMENTOS DE
- SSPPI DPVAT
CONTEUDO NÃO VERFI

27 JUN 2019

CENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 465 Lda
Centro-Norte CEP: 64.002-707
Teresina-PI**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 686997	Data: 01/10/2018 13:12:00	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Construção:
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de Poltrauma há 14, apresentando distúrbio de uso de medicação. Abusado de há 5h.

(A) Dor Aguda Perior e Colar Cervical estabelecendo Cervical dolorosa

(B) Mu. sem Alteração e 5h 99% (ar ambiente)

(C) AC: 3NF, RT e SR; PA: 130/90; P: 80bpm.

(D) Glaucoma 15 e Refr. moderada fotossensível

(E) Dor e Deformidade com MIE. a Dor obstruindo a palpção.

FC:	Pulso:	Tempo: 01/10/2018
Diagnóstico Inicial:		Classe: 100
Conduta Médica:		U.S. abd. abd.

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito Rx de cervical, torax, pelve. e MIE

US Abdom.

Solicito Glaucoma Capilar

Dr. Hor

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar à Unid. Origem:
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência:
	☐ Inalterado	☐ Por Evasão	
	☐ A Pedido		
DESTINO:			DATA SAÍDA: / /
☐ Até 24 Hs			HORA:
☐ De 24 a 48 Hs			☐ Internação na Unidade
☐ Após 48 Hs			Proced. Solicitado:
☐ Família			CID Compatível:
☐ IML			
☐ Anat. Patol.			

Prof. Solicitante
Internação:Dr. Hormone Oliveira Rodrigues
Clínico e Cirurgião Geral
CRM-PI 3240 / CRM-MA 5167

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional - BE



Dados do Chamado	01 N° do chamado 064	02 Data do chamado 01/10/18	03 PRO (código) 2902	04 Saída do PA 12:19	05 Chegada ao local 12:34	
	06 Saída do local 12:51	07 Chegada ao 1° hospital 18:05	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital		
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua David Calder / Benjamin Constant					
	11 Bairro Centro	12 Município-UF Tere-Pi		Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência U. E. LIGEM DIAUIENSE					
	14 Nome Acelmin Carlos dos Santos		15 Sexo ☒ 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐ 9 - Ignorado			
Tipo de Ocorrência	16 Idade 38 Anos 18/02/80		17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim ☒ 2 - Não ☒ 9 - Ignorado			
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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 ☒ 1 - Pedestre ☒ 2 - Condutor ☐ 3 - Passageiro ☐ 9 - Ignorado		20 Meio de locomoção ☒ 1 - A pé ☒ 2 - Automóvel ☒ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 9 - Ignorado		21 Outra parte envolvida ☒ 1 - Automóvel ☒ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado	
	22 Equipamentos de segurança ☒ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança					
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		24 Sinais Vitais Pulso 80 Resp. PA 13x8 TAX. 98/7 SatO2 98/7		25 Local da lesão 	
	26 Pupilas ☒ 1 - Iguais ☐ 2 - Desiguais 27 Pulso Radial ☒ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento ☒ 1 - Sim 2 - Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☒ 3 - Suspeita ☐			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☒ Prancha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia ☐ Oxigênio ☒ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso Venoso ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c)					
	32 Hospital de Destino HUT					
Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Igualado		34 Óbito ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte			
	Observações Interdisciplinar Polícia carro com motocicleta paciente reperfundo por um ME + escondimentos					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Conde de Resende, 455 Lda C
Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-70

CONFERE COM O ORIGINAL
Maurício Veloso Cantanhede
Gerente Administrativo SAMA

Responsável pela recepção: *[Assinatura]*
Socorristas Médico: *[Assinatura]* AE/TE
Enfermeiro: *[Assinatura]*
Condutor: *[Assinatura]*

**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

CITOTECNIA - OK
NEUROLOGIA
Cirurgia

Imp: 01/10/2018 13:13:39

(User: REGISLANE)

(Estação: RECEPCAO2)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		Prontuário: 414097
Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS	Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS	
End.Resid.: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento: 18/02/1980	Idade: 38a7m11d	Sexo: Masculino Fone: 86-98808-3889
Responsável: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		CNS: 201261857720007
Profissão: AUTONOMO	CPF:	* RG: 172004
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DEPARTAMENTOS DE
- SSPPI DPVAT
CONTEUDO NÃO VERFI

27 JUN 2019

CENTRO SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 465 Lda
Centro-Norte CEP: 64.002-707
Teresina-PI**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 686997	Data: 01/10/2018 13:12:00	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Construção:
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de Poltrauma há 14, apresentando distúrbio de consciência. Abordagem de 5m.

(A) Dor Aguda Cervical e Dor Cervical entorpecimento cervical dolorosa

(B) Mu. sem Alteração e 5m PP (ar ambiente)

(C) AC: 3NF, RT e SR; PA: 130/90; P: 80bpm.

(D) Glaucoma 15 e Pupila miosírica fotoperigerosa

(E) Dor e Deformidade com MIE. a Dor abrandando a palpção.

FC:	Pulso:	Tempo: 01/10/2018
Diagnóstico Inicial:		Classe: 100
Conduta Médica:		U.S. abd. abd.

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito Rx de cervical, torax, pelve. e MIE

US Abdomen.

Solicito Glaucoma Capilar

Dr. Hor

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar à Unid. Origem:
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência:
	☐ Inalterado	☐ Por Evasão	
	☐ A Pedido		
DESTINO:		DATA SAÍDA: / /	HORA:
ÓBITO:	☐ Até 24 Hs	☐ Família	☐ Internação na Unidade
	☐ De 24 a 48 Hs	☐ IML	Proced. Solicitado:
	☐ Após 48 Hs	☐ Anat. Patol.	CID Compatível:
		Prof. Solicitante Internação:	

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional - BE

Dr. Hormone Oliveira Rodrigues
Clínico e Cirurgião Geral
CRM-PI 3240 / CRM-MA 5167



Dados do Chamado	01 N° do chamado 064	02 Data do chamado 01/10/18	03 PRO (código) 2902	04 Saída do PA 12:19	05 Chegada ao local 12:34
	06 Saída do local 12:51	07 Chegada ao 1º hospital 18:05	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Amílcar Mendes / Benjamin Constant	11 Bairro Centro	12 Município-UF Tere-Pi	Código IBGE	
	13 Ponto de referência U. E. LIGEM DIAVENSE				
Dados do Paciente	14 Nome Acelmin Carlos dos Santos	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 38 Anos 18/02/80	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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	
	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Cinto de segurança 3 - Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 80 Resp. 13x8 PA 13x8 TAX. 98% SatO2 98%	25 Local da lesão Diagrama do corpo humano com setas indicando a localização da lesão.
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 10	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não	
	Observações Interdisciplinar Polisson como com motocicleta paciente resgatado nos EUA AIE + escondimentos				



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

Urgência - UT
Neurologia
Cirurgia

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 01/10/2018 13:13:39

DADOS DO PACIENTE:

(User: REGISLANE)

(Estação: RECEPCAO2)

Nome:	ACELMIR CARLOS DOS SANTOS	Prontuário:	414097
Mãe:	MARIA DA SILVA SANTOS	Pai:	ANTONIO CARLOS DOS SANTOS
End.Resid.:	RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento:	18/02/1980	Idade:	38a7m11d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-98808-3889
Responsável:	ACELMIR CARLOS DOS SANTOS	CNS:	201261857720007
Profissão:	AUTONOMO	CPF:	* RG: 172004
G. Instrução:	Médio Completo	E.Civil:	Casado(a)
End.Local.:	-		

DEPARTAMENTOS DE
SSPPI
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	686997	Data:	01/10/2018 13:12:00	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Comórbio:	9	
Acid.Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Típico:	Não	CID Secundário:	V299

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DADOS CLÍNICOS:

Paciente admitido de Poltrauma há 14, politraumatizado dissecção
com uso de máquina. Abundante de 5h.

- (1) Ocas Alergias Pevion e Colas Cervical entabulando Cervical do bronca
- (2) Mv. sem Alterações e 97% (ar ambiente)
- (3) AC: BNF, RT e SR ; PA: 130/90 ; P: 80bpm
- (4) Glóbulos 15 e Róbulos moderadas pitorragentes
- (5) Dor e Deformidade com MIE. a Dor abrandando a palpção.

FC:	bpm	01/10/2018
Temperatura:	36,0	01/10/2018
Pressão Arterial:	130/90	01/10/2018
Diagnóstico Clínico:	U.S. abd. Del.	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Solicito Rx de cervical, torax, pelve. e MIE
- Us Abdomen.
- Solicito Glóbulos Capilar.

ALTA:	() Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
DESTINO:	() Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs	() Família () Patol.	DATA SAÍDA: / / HORA: : () Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:
ÓBITO:	Prof. Solicitante Internação:		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Dr. Hormone Oliveira Rodrigues
Clínico e Cirurgião Geral
CRM-PI 3240 / CRM-MA 5167

Assinatura Paciente

Assinatura - Profissional - BE



COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUI
Av. Maranhão 757 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-99 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/08

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 018231785

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CORREÇÃO	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	297	314,47

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	19725	22/02/2019
Anterior:	19428	23/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	25/03/2019
Consumo Medido:	297	21/02/2019
Consumo Faturado:	297	22/02/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Apresentação:
	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fed.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	195

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 297 A R\$ 0,957855 = 284,48
JAN/19 365	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 22,22
DEZ/18 57	MULTA POR ATRASO 01/19-00 6,76
NOV/18 0	JUROS POR ATRASO 01/19-00 1,01
OUT/18 96	
SET/18 299	
AGO/18 232	
JUL/18 184	
JUN/18 208	
MAI/18 211	
ABR/18 159	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 297 - 0,523558

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

*Você pode pagar pelas datas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes ou depois por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO FZC6.737A.1AE0.8044.75D1.5023.0972.4888

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 53,46	Base de Cálculo: 284,48
Energia: 103,28	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 17,48	Valor do ICMS: 76,80
Encargos: 11,02	Valor do PIS: 4,01
Tributos: 99,24	Valor do COFINS: 18,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	INCR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Linha	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Estabilidade	0,00			0,00			0,00	
Consumo	TERESINA-MACALIBA			Período de			12/2018	R\$ 19,43



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime especial de impressão autorizada pelo SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0396366-7

Nº da Nota Fiscal

022988869

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS JUNHO/2019 VENCIMENTO 18/06/2019 CONSUMO (kWh) 227 TOTAL A PAGAR (R\$) 177,22

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RAIMUNDA MORAES DOS SANTOS
L. MARAJO 2772 PARQUE ITARARE
CPF: 00000451921380

DIGITOP 0000000000 - TERESINA

DATAS DA LEITURA	
Atual:	11/06/2019
Anterior:	13/05/2019
Próxima Leitura:	11/07/2019
Emissão:	10/06/2019
Apresentação:	11/06/2019
Dias de Consumo:	11/06/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse	29
Ligação	
Número Medidor	
Posto	
Código Pat.	
Média 12 meses	

RENDIMENTO RENDA MONO A1696366 DESCRICAO DA CONTA 1.6.1.1 292

CONSUMO	
MAI/19	234
ABR/19	201
MAR/19	203
FEV/19	262
JAN/19	223
DEZ/18	236
NOV/18	252
OUT/18	347
SET/18	393
AGO/18	417

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30 - 0,208002

31 A 100 - 0,256004

101 A 200 - 0,304006

201 A 300 - 0,352008

301 A 400 - 0,400010

401 A 500 - 0,448012

501 A 600 - 0,496014

601 A 700 - 0,544016

701 A 800 - 0,592018

801 A 900 - 0,640020

901 A 1000 - 0,688022

1001 A 1100 - 0,736024

1101 A 1200 - 0,784026

1201 A 1300 - 0,832028

1301 A 1400 - 0,880030

1401 A 1500 - 0,928032

1501 A 1600 - 0,976034

1601 A 1700 - 1,024036

1701 A 1800 - 1,072038

1801 A 1900 - 1,120040

1901 A 2000 - 1,168042

2001 A 2100 - 1,216044

2101 A 2200 - 1,264046

2201 A 2300 - 1,312048

2301 A 2400 - 1,360050

2401 A 2500 - 1,408052

2501 A 2600 - 1,456054

2601 A 2700 - 1,504056

2701 A 2800 - 1,552058

2801 A 2900 - 1,600060

2901 A 3000 - 1,648062

3001 A 3100 - 1,696064

3101 A 3200 - 1,744066

3201 A 3300 - 1,792068

3301 A 3400 - 1,840070

3401 A 3500 - 1,888072

3501 A 3600 - 1,936074

3601 A 3700 - 1,984076

3701 A 3800 - 2,032078

3801 A 3900 - 2,080080

3901 A 4000 - 2,128082

4001 A 4100 - 2,176084

4101 A 4200 - 2,224086

4201 A 4300 - 2,272088

4301 A 4400 - 2,320090

4401 A 4500 - 2,368092

4501 A 4600 - 2,416094

4601 A 4700 - 2,464096

4701 A 4800 - 2,512098

4801 A 4900 - 2,560100

4901 A 5000 - 2,608102

5001 A 5100 - 2,656104

5101 A 5200 - 2,704106

5201 A 5300 - 2,752108

5301 A 5400 - 2,800110

5401 A 5500 - 2,848112

5501 A 5600 - 2,896114

5601 A 5700 - 2,944116

5701 A 5800 - 2,992118

5801 A 5900 - 3,040120

5901 A 6000 - 3,088122

6001 A 6100 - 3,136124

6101 A 6200 - 3,184126

6201 A 6300 - 3,232128

6301 A 6400 - 3,280130

6401 A 6500 - 3,328132

6501 A 6600 - 3,376134

6601 A 6700 - 3,424136

6701 A 6800 - 3,472138

6801 A 6900 - 3,520140

6901 A 7000 - 3,568142

7001 A 7100 - 3,616144

7101 A 7200 - 3,664146

7201 A 7300 - 3,712148

7301 A 7400 - 3,760150

7401 A 7500 - 3,808152

7501 A 7600 - 3,856154

7601 A 7700 - 3,904156

7701 A 7800 - 3,952158

7801 A 7900 - 4,000160

7901 A 8000 - 4,048162

8001 A 8100 - 4,096164

8101 A 8200 - 4,144166

8201 A 8300 - 4,192168

8301 A 8400 - 4,240170

8401 A 8500 - 4,288172

8501 A 8600 - 4,336174

8601 A 8700 - 4,384176

8701 A 8800 - 4,432178

8801 A 8900 - 4,480180

8901 A 9000 - 4,528182

9001 A 9100 - 4,576184

9101 A 9200 - 4,624186

9201 A 9300 - 4,672188

9301 A 9400 - 4,720190

9401 A 9500 - 4,768192

9501 A 9600 - 4,816194

9601 A 9700 - 4,864196

9701 A 9800 - 4,912198

9801 A 9900 - 4,960200

9901 A 10000 - 5,008202

10001 A 10100 - 5,056204

10101 A 10200 - 5,104206

10201 A 10300 - 5,152208

10301 A 10400 - 5,200210

10401 A 10500 - 5,248212

10501 A 10600 - 5,296214

10601 A 10700 - 5,344216

10701 A 10800 - 5,392218

10801 A 10900 - 5,440220

10901 A 11000 - 5,488222

11001 A 11100 - 5,536224

11101 A 11200 - 5,584226

11201 A 11300 - 5,632228

11301 A 11400 - 5,680230

11401 A 11500 - 5,728232

11501 A 11600 - 5,776234

11601 A 11700 - 5,824236

11701 A 11800 - 5,872238

11801 A 11900 - 5,920240

11901 A 12000 - 5,968242

12001 A 12100 - 6,016244

12101 A 12200 - 6,064246

12201 A 12300 - 6,112248

12301 A 12400 - 6,160250

12401 A 12500 - 6,208252

12501 A 12600 - 6,256254

12601 A 12700 - 6,304256

12701 A 12800 - 6,352258

12801 A 12900 - 6,400260

12901 A 13000 - 6,448262

13001 A 13100 - 6,496264

13101 A 13200 - 6,544266

13201 A 13300 - 6,592268

13301 A 13400 - 6,640270

13401 A 13500 - 6,688272

13501 A 13600 - 6,736274

13601 A 13700 - 6,784276

13701 A 13800 - 6,832278

13801 A 13900 - 6,880280

13901 A 14000 - 6,928282

14001 A 14100 - 6,976284

14101 A 14200 - 7,024286

14201 A 14300 - 7,072288

14301 A 14400 - 7,120290

14401 A 14500 - 7,168292

14501 A 14600 - 7,216294

14601 A 14700 - 7,264296

14701 A 14800 - 7,312298

14801 A 14900 - 7,360300

14901 A 15000 - 7,408302

15001 A 15100 - 7,456304

15101 A 15200 - 7,504306

15201 A 15300 - 7,552308

15301 A 15400 - 7,600310

15401 A 15500 - 7,648312

15501 A 15600 - 7,696314

15601 A 15700 - 7,744316

15701 A 15800 - 7,792318

15801 A 15900 - 7,840320

15901 A 16000 - 7,888322

16001 A 16100 - 7,936324

16101 A 16200 - 7,984326

16201 A 16300 - 8,032328

16301 A 16400 - 8,080330

16401 A 16500 - 8,128332

16501 A 16600 - 8,176334

16601 A 16700 - 8,224336

16701 A 16800 - 8,272338

16801 A 16900 - 8,320340

16901 A 17000 - 8,368342

17001 A 17100 - 8,416344

17101 A 17200 - 8,464346

17201 A 17300 - 8,512348

17301 A 17400 - 8,560350

17401 A 17500 - 8,608352

17501 A 17600 - 8,656354

17601 A 17700 - 8,704356

17701 A 17800 - 8,752358

17801 A 17900 - 8,800360

17901 A 18000 - 8,848362

18001 A 18100 - 8,896364

18101 A 18200 - 8,944366

18201 A 18300 - 8,992368

18301 A 18400 - 9,040370

18401 A 18500 - 9,088372

18501 A 18600 - 9,136374

18601 A 18700 - 9,184376

18701 A 18800 - 9,232378

18801 A 18900 - 9,280380

18901 A 19000 - 9,328382

19001 A 19100 - 9,376384

19101 A 19200 - 9,424386

19201 A 19300 -

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 757 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-59 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 04/98

Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 018231285

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	297	314,47

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	19725	Atual: 22/02/2019
Anterior:	19428	Anterior: 23/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 25/03/2019
Consumo Medido:	297	Emissão: 21/02/2019
Consumo Faturado:	297	Apresentação: 22/02/2019
Forma de Faturamento: NORMAL		Dia de Consumo: 30
Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1
				Média 12 meses
				195

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
JAN/19 365	CONSUMO 297 A R\$ 0,957855 =	284,48
DEZ/18 57	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	22,22
NOV/18 0	MULTA POR ATRASO 01/19-00	6,76
OUT/18 96	JUROS POR ATRASO 01/19-00	1,01
SET/18 299		
AGO/18 232		
JUL/18 184		
JUN/18 208		
MAI/18 211		
ABR/18 159		

TABELA SEM TRIBUTOS:
R\$ 297 - R\$ 286,68

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25.
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode pagar pelas datas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes sem custo por mais dois meses, cancela de cancelamento.

RESERVADO AO FISCO F2C6.737A.1AE0.8044.75D1.5023.D972.48B8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	53,46	Base de Cálculo:	284,48
Energia:	103,28	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	17,48	Valor do ICMS:	76,80
Encargos:	11,02	Valor do PIS:	4,01
Tributos:	99,24	Valor do COFINS:	18,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			DMC	DICI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Especialidade	0,00			0,00			0,00	
Consumo	TERESINA-MACAUBA			Período de			12/2018	19,43

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

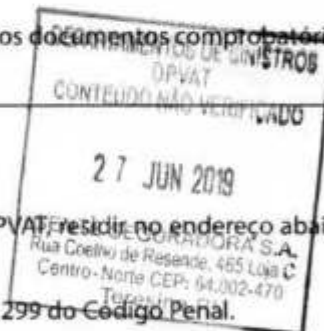
Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Acelmin Carlos dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 842.787.223/20, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Acelmin Carlos dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 842.787.223/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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		Número	Complemento
Rua 24 De Janeiro		544	Sala
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Teresina	PI	64000-235
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			(86)99534-656

Teresina, 26 de Junho de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques.
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Acelmi Carlos Dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 842.787.223/20 do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima
Acelmi Carlos Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 842.787.223/20, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso ps documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(86)99534-6565</u>

Teresina, 26 de Junho de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 N° do chamado 064	02 Data do chamado 01/10/18	03 PRO (código) 2902	04 Saída do PA 12:19	05 Chegada ao local 12:34
	06 Saída do local 12:51	07 Chegada ao 1º hospital 18:05	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Amílcar Calder / Benjamin Constant S	11 Bairro Centro	12 Município-UF Tere-Pi	Código IBGE	
	13 Ponto de referência U.E. LICEU DIAZ VIEIRA				
Dados do Paciente	14 Nome Acelmin Carlos dos Santos	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado			
	16 Idade 38 Anos 18/02/80	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espandimento 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	
	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 80 Resp. 13x8 PA 13x8 TAX. 98/1 SatO2 98/1	25 Local da lesão DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT EU DO NÃO VERIFICADO
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sanguinamento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 10	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeita
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)				
	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	Polícia como com motocicleta paciente repentinamente dor em HIE + esclerose				
	CONFERE COM O ORIGINAL Márcia Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor James	



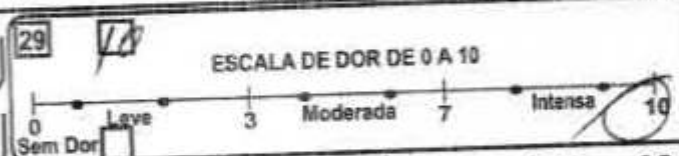
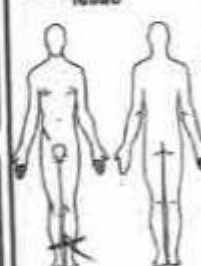
Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU

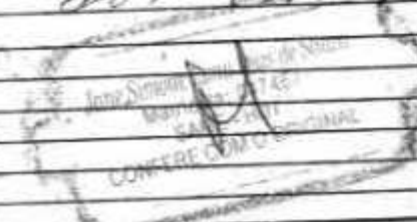


SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		
	16 Idade	1-Dia 2-Mês 3-Anos 4-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 8 - Ignorado	1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow		RESPOSTA VERBAL		24 Sinais Vitais
	1 - Abertura ocular 2 - Espontânea 3 - À voz 4 - À dor 5 - Nenhuma		1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma		1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sanguinamento
	1 - Iguais 2 - Desiguais 3 - Ausente		1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim 2 - Não
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada
	1 - Aspiração 2 - Oxi-gênio 3 - Curativos 4 - Prancha longa/corta 5 - Colar cervical 6 - Kred 7 - Imobilização de extremidades 8 - Reanimação cardiopulmonar 9 - Assistência obstétrica		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado
Observações Interdisciplinar	34 Óbito		35 Local da lesão		36 Escala de Dor
	1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Observações Interdisciplinar					
Responsável pela recepção: _____ Socorristas Médico: _____ AE/TE: _____ Enfermeiro Conductor: _____					



RECEBIMENTO DE SINISTRO
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
CENTRO NORTE
RUA CORONEL RIBEIRO S. A.
CENTRO-NORTE CEP: 64.002-470
TERESINA-PI





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Acelmir Carlos dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 414097

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

CLINICA - UR
NEUROLOGIA
Cirurgia

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 01/10/2018 13:13:39

DADOS DO PACIENTE:

(User: REGISLANE)
(Estação: RECEPCAO2)

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		Prontuário: 414097	
Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS	Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS		
End. Resid.: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020			
Nascimento: 18/02/1980	Idade: 38a7m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98808-3889
Responsável: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS	CNS: 201261857720007		
Profissão: AUTONOMO	CPF: * RG: 172004		
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Casado(a)		
End. Local: - - - -			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
- SSPPI
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2018

COMPANHIA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-70
Teresina-PI

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 686997	Data: 01/10/2018 13:12:00	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de Politrauma há 14, provavelmente distribuído em um único momento. Abundante de 5h.

- (A) Ocas Alergia Perioral e Colar Cervical entabulando Cervical de brasa
- (B) Mv. sem Alterações e 5h PP (ar ambiente)
- (C) AC: BNF, RT e SR; PA: 130/90; P: 80bpm
- (D) Glucose 15 e Rpotas neuromusculares fotossensíveis
- (E) Dor e Deformidade com MIE e Dor abdominal a palpção

PA: 130/90	FC: 80bpm	01/10/2018
------------	-----------	------------

Conduta Médica e Exames Complementares:	03. abd. Tbil
---	---------------

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Solicito Rx de cervical, torax, pelve. e MIE
- US Abdomen.
- Solicito Glicemia Capilar

Dr. Horacio

ALTA:

- () Melhorado
- () Curado
- () Inalterado
- () A Pedido
- () Administrativa
- () Por Indisciplina
- () Por Evasão

- () Retornar à Unid. Origem:
- () Transferência:

DATA SAÍDA: / / HORA: :

ÓBITO:

- () Até 24 Hs
- () De 24 a 48 Hs
- () Após 48 Hs
- () Família
- () INL
- () Anat. Patol.

DESTINO:

- () Internação na Unidade
- Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

Dr. Hormone Oliveira Rodrigues
Clínico e Cirurgião Geral
CRM-PI 3240 / CRM-MA 5157

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional - BE



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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 01/10/2018 13:13:39
(REGISTAR)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		Prontuário:	414097			
Mãe:	MARIA DA SILVA SANTOS		Pai:	ANTONIO CARLOS DOS SANTOS			
End. Resid.:	RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020						
Nascimento:	19/02/1980	Idade:	38a7m11d	Sexo:	Masculino	Fone:	86-98908-3889
Responsável:	ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		CNS:	201261857720007			
Profissão:	AUTONOMO		Documento:	RG: 1720044 - SSPPI			
G. Instrução:	Médio Completo		E. Civil:	Casado(a)			
End. Local:							

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	686997	Data:	01/10/2018 13:12:00	Clas. Cor:	Indefinido	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/10/18 15:00h ESPECIALISTA: NCK

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Poltrona
Sem sinais de Alarme
Flasque 15
e 20: Sem conduta vcn

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Solicitante

Dr. Elton Bezerra
CRM 12.384.633-30
NEUROCIRURGIA
CRM - 5518

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Solicitante

CONFERE COM O ORIGINAL

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUJ
Rua De. Otto Elko 1421 Rodenão - Fone: 36 3218 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 05.920.907/0001-05



LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Frontizários 414097)
Endereço: **RUA ANTÔNIO TOSSAZ DE OLIVEIRA N. 1232 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65820-020**
Nascimento: **10/02/1980** Idade: **38 Anos** Sexo: **Masculino** Órgão: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **660957**
Requisição: **878104** Solicitação: **01/10/2018** Solicitante: **HORMONE OLIVEIRA RODRIGUES**
Código: **1082151** Contêiner: **SU 3**

RELATÓRIO

Cod SIA 0205G26046

Data Exame: 01/10/2018

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e taxa dinâmica, mostrou:

- Fígado: sem morfologia e dimensões normais, textura e ecogenidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópic, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagem de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: sem morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: sem morfologia e dimensões normais. Ecogenidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagem de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: sem dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e reflexos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatómicas.
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.



VERA LUCIA)

TERESINA - PI 01/10/2018

vera lucia
VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 027.628.623-34 CRM: 1727
Profissional Responsável

**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: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 36a5m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 559879
Requisição: 661581 Solicitação: 31/07/2016 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 827747 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 31/07/2016

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PEQUENA ÁREA HIPODENSE EM TOPOGRAFIA NÚCLEO-CAPSULAR À DIREITA.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/07/2016

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável



**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: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 37a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 619869
Requisição: 765243 Solicitação: 10/08/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 950952 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 10/08/2017

TORNOZELO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 21/08/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





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

PAGE: 3 100 E

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 38a9m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 656997
Requisição: 879101 Solicitação: 01/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1089158 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 01/10/2018

PELVE

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

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**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: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP. 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 38a9m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 686997
Requisição: 879102 Solicitação: 01/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1089159 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0204060176

Data Exame: 01/10/2018

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

O estudo radiológico do membro inferior esquerdo (perna) foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável




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: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
 Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
 Nascimento: 18/02/1980 Idade: 38a7m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 686997
 Requisição: 879104 Solicitação: 01/10/2018 Solicitante: HORMONE OLIVEIRA RODRIGUES
 Controle: 1089161 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 01/10/2018

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas.
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(VERA LUCIA)

TERESINA - PI 01/10/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável


 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

RELATÓRIO MÉDICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

declaramos que ALEMIN CARLOS DOS
SANTOS, foi vítima de acidente de trânsito
fato ocorrido em 01.10.18 às 12:00HS, tendo
sofrido fratura fratura da ALÇA, causando
com o lesão do tornozelo esquerdo com
prontidão de várias escoriações, o mesmo
foi tratado de forma conservadora,
acompanhado de fisioterapia, com alta
definitiva, no laudo como sequelas
fornas das limitando os movimentos
com redução de capacidade do
membro inferior esquerdo atingido,
sendo como comprometimento fun-
cional de 65%

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Edimar

02.08.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
9903-0929/9532-1987/8827-3736

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 004	02 Data do chamado 01/10/18	03 PRO (código) 2902	04 Saída do PA 12:19	05 Chegada ao local 12:34
	06 Saída do local 12:51	07 Chegada ao 1º hospital 18:05	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Amílcar Galdes / Benjamin Constant	11 Bairro Centro	12 Município-UF Teresina - PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência U. E. LIGEM PIAUIENSE				
Dados do Paciente	14 Nome Acelmin Carlos dos Santos	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 38 Anos 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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	
	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 80 Resp. 13x8 PA 13x8 TAX. 98/1 SatO2 98/1	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 7 Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeita Exposta Fechada
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Krad Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)				
	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	Colisão com motocicleta paciente resgatado nos EUA HIE + escoriações				
	CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cuntanhede Gerente Administrativa SAMU				



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	19 Tipo de ocorrência				
	20 Meio de locomoção				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow				
	24 Sinais Vitais				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Hospital de Destino	27 Pulso Radial				
	28 Sangramento				
Observações Interdisciplinares	29 Escala de Dor de 0 a 10				
	30 Fratura				
Responsável pela recepção	31 Procedimentos realizados				
	32 Hospital de Destino				
Socorristas	33 Condições de entrada				
	34 Óbito				
Enfermeiro	35 Observações Interdisciplinares				
	36 Observações Interdisciplinares				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

SEGURODOR S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 4
Centro - N.º 64.002-470
Teresina - PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

SEGURODOR S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 4
Centro - N.º 64.002-470
Teresina - PI

CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Acelmir Carlos dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 414097

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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: 05.522.917/0022-02CIRURGIA
NEUROLOGIA
SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 01/10/2018 13:13:39

DADOS DO PACIENTE:

(User: REGISLANE)
(Estação: RECEPCAO2)

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		Prontuário: 414097	
Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS	Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS		
End. Resid.: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020			
Nascimento: 18/02/1980	Idade: 38a7m1d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98808-3889
Responsável: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS	CNS: 201261857720007		
Profissão: AUTONOMO	CPF: *	RG: 172004	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)		
End. Local: - - -			

DEPARTAMENTOS DE
SSPPI
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIF

27 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Sousa, 465 Loja
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 686997	Data: 01/10/2018 13:12:00	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S-1e SEP: 64.002-470
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de Politrauma há 14, politraumatizado distritivo. com uso de respiração. Abandonado há 5h.

- (1) Cras. Aterias Perivas e Colas Cervicais entabulando Cervical do braço
- (2) Mu. sem Alterações e 54 99% (ar ambiente)
- (3) AC: 3NF, 2T e 5R; PA: 130/90; P: 80 bpm
- (4) Glaxoma 15 e Poplas moventes potroagendos
- (5) Dor e Deformidade com MIE. a Dor abstraindo a palpção

PC: X	PC: X	PC: X	PC: X
PC: X	PC: X	PC: X	PC: X
PC: X	PC: X	PC: X	PC: X
PC: X	PC: X	PC: X	PC: X

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Solicito Lx de cervical, torax, pelve. e MIE
- US Abdomen
- Solicito Glaxoma Capilar

Dr. Horne

ALTA:	() Melhorado	() Administrativa	() Retornar à Unid. Origem:
	() Curado	() Por Indisciplina	() Transferência:
	() Inalterado	() Por Evasão	
	() A Pedido		
DESTINO:	() Até 24 Hs	() Família	
ÓBITO:	() De 24 a 48 Hs	() Patol.	
	() Após 48 Hs		
DATA SAÍDA: / /		HORA: / /	
() Internação na Unidade		Proced. Solicitado:	
CID Compatível:		Prof. Solicitante	
		Internação:	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Sousa, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Assinatura Paciente

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

Dr. Hormone Oliveira Rodrigues
Clínico e Cirurgião Geral
CRM-PI 3240 / CRM-MA 5167

**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

Imp: 01/10/2018 13:13:39

(REGISLANE)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		Prontuário: 414097	
Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS		Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS	
End. Resid.: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020			
Nascimento: 18/02/1980	Idade: 38a7m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98808-3889
Responsável: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		CNS: 201261857720007	
Profissão: AUTONOMO		Documento: RG: 1720044 - SSPPI	
G. Instrução: Médio Completo		E. Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 686997	Data: 01/10/2018 13:12:00	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/10/18 15:00h	ESPECIALISTA: NCK
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Poltrauma Sem sinais de Alarme Elaçao 15 CD: Sem conduta vcn	
Carimbo/Assinatura	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI**DADOS DO PARECER:** Data/Hora: __/__/__:__Dr. Elton Bezerra
CRM 384.633-70
NEUROCIRURGIA
CRM 45518

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI**DADOS DO PARECER:** Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT
Rua Dr. Otto Elias 1913 Rodaçoão - Fone: 36 2214 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-110 CNPJ: 05.323.917/0002-01

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Fronteira 414897)
Endereço: **RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1255 - RAIQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65633-020**
Nascimento: **10/02/1950** Idade: **58a7m1d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **686957**
Requisição: **879134** Solicitação: **01/10/2018** Solicitante: **HORMONE OLIVEIRA RODRIGUES**
Controle: **1089181** Convenção: **G U S**

RELATÓRIO:

Doc. SIA: 0205020045

Data Exame: 01/10/2018

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e *foco dinâmico*, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagem de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegras.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagem de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatómicas.
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs. Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

João Simão
Médico de Sonar
Márcia: 64 1457
SAME - HUIT
CONFERE COM O ORIGINAL

TERESINA - PI 01/10/2018

vera lucia
VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF 227.526.523-34 CRM 1727
Profissional Especialista

(VERA LUCIA)

**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

Page 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 36a5m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 559879
Requisição: 661581 Solicitação: 31/07/2016 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 827747 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 31/07/2016

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PEQUENA ÁREA HIPODENSE EM TOPOGRAFIA NÚCLEO-CAPSULAR À DIREITA.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/07/2016

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável



**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: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 37a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 619869
Requisição: 765243 Solicitação: 10/08/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 950952 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 10/08/2017

TORNOZELO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

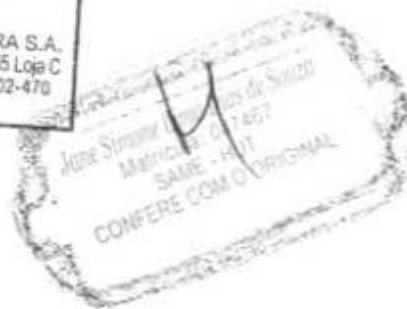
(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 21/08/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



**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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 38a9m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 686997
Requisição: 879101 Solicitação: 01/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1089158 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 01/10/2018

PELVE

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

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Professional Responsável





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: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 38a9m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 686997
Requisição: 879102 Solicitação: 01/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1089159 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 01/10/2018

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

O estudo radiológico do membro inferior esquerdo (perna) foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2018



CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 38a7m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 686997
Requisição: 879104 Solicitação: 01/10/2018 Solicitante: HORMONE OLIVEIRA RODRIGUES
Controle: 1089161 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 01/10/2018

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(VERA LUCIA)

TERESINA - PI 01/10/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES		
FILIAÇÃO	CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE		
NATURALIDADE	CRATEUS-CE	DATA DE NASCIMENTO	22/05/1971
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 529 L A1/F 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78		
TERESINA - PI	840.173.173-91	ASSINATURA DO DIRETOR	Pedro Gomes de Moraes Punto Certo

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476263

Assinatura do Titular: Nelle Roze Soares Marques



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

NOME
ACETMIR CARLOS DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR
1720044 SSP PI

CNPJ
842.787.223-20

DATA NASCIMENTO
18/02/1980

PLAÇÃO
ANTONIO CARLOS DOS SANTOS
MARIA DA SILVA SANTOS

PERMISSÃO
ACC
CAT. 198

Nº REGISTRO
00707545385

VALIDADE
01/09/2029

1ª HABILITAÇÃO
07/06/1999

OBSERVAÇÕES
HABILITADO P/ MOTOTAXISTA
APTO PARA TRANSPORTE REMUNERADO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
03/09/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

13987848365
91316123595

DETRAN-PI (PJAUI)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1163190784

PROIBIDO PLASTIFICAR

1163190784

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES		
FILIAÇÃO	CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE		
NATURALIDADE	CRATEUS-CE	DATA DE NASCIMENTO	22/05/1971
DOC. ORIGEM	CERT.NASC. 529 L 11/F 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78		
TERESINA - PI	840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR		

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0476263

ASSINATURA DO TITULAR

Nelle Roze Soares Marques




DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETIAN - PI Nº 014207567441
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01123397705 EXERCÍCIO 2019

ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

0213
0164
982X
0309
0809
1312
1395
3842
0745
9505
1419

CPF / CNPJ 84278722320 PLACA PTU-1314
PLACA ANT / UF - CHASSI 9C2MD4100HR020071

PAG/MOTOCICLE/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

HONDA/XRE 190 MARCA / MODELO ANO FAB 2017 ANO MOD 2017

02P/01840C CATEGORIA ALUGUEL COT. PREDOMINANTE AMARELA

1 2 3
P FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 1º VENC. COTAS 1º IPVA
V A COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRIÇÕES OBSERVAÇÕES

TERESINA LOCAL 02/05/2019

ASSINATURA DO SEU LOCAO
DIRETOR GERAL DO DENATRAN - PI

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

PI Nº 014207567441 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA 1 CPF / CNPJ 84278722320 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 02/05/2019
RENAVAM 01123397705 PLACA PTU-1314

ANO FAB 2017 CAL TAB 09 MARCA / MODELO HONDA/XRE 190 Nº CHASSI 9C2MD4100HR020071

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 000,00 000,00 000,00 084,58

000,00 000,00 000,00 000,00 30/04/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463686 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE RELATA QUE POS TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SEM FRATURAS DIAGNOSTICADA, O MESMO EVOLUI COM PARESETESIAS , SEM ATROFIAS E MANTEM MARCHA JUNTAMENTE COM FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SEM ALTERACOES.

Resultados terapêuticos: RELATO DE PARESTESIA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SEM PERCA DE FUNCIONALIDADE.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463686 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE RELATA QUE POS TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SEM FRATURAS DIAGNOSTICADA, O MESMO EVOLUI COM PARESETESIAS, SEM ATROFIAS E MANTEM MARCHA JUNTAMENTE COM FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SEM ALTERACOES.

Resultados terapêuticos: RELATO DE PARESTESIA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SEM PERCA DE FUNCIONALIDADE.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

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: 3190463686 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO SEM SEQUELA.
@PG 1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463686 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO SEM SEQUELA.
@PG 1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <u>Acelmin Carlos dos Santos</u>			
RG: <u>1720044</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>03/09/15</u>	
CPF: <u>840.787.223-20</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>	PROFISSÃO: <u>mototaxista</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua marajo</u>			Nº: <u>2772</u>
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>	BAIRRO: <u>Parque Itarana</u>		
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP:	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: <u>Nelly Rose Soares Marques</u>			
RG: <u>4.119.2620</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/16</u>	
CPF: <u>840.173.173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Recuso</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua 24 De Janeiro</u>			Nº: <u>544</u>
BAIRRO: <u>Centro</u>	CIDADE: <u>Teresina</u>	UF: <u>PI</u>	CEP: <u>64000-235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Acelmin Carlos dos Santos

Data do acidente de trânsito: 05/10/2018

Cobertura da vitima: Invalidez

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

LOCAL / DATA: Teresina 26 de Junho de 2019

Acelmin Carlos dos Santos

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELCO
DIGITAL

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
3º OFÍCIO DE NOTAS
Escritório Autentica
Teresina - PI

RECORREDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ACELMIN CARLOS DOS SANTOS. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 26/06/2019. Selo: AAD9646-57XP
www.tjpi.jus.br/pptalestra
KELLY DE ABEU VALVERDE-ESCRIVENTE AUTORIZADA
Eml: 3,85 TJ.O.77 FMP/PI.O.10 Selo: 10,26 Total: 4,98 - OP: 154
PROCURAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Soares, 1125 - Centro - CEP: 64.002-470 - Teresina - PI
Fone: (86) 211-1419 - E-mail: cartorio3@teresianapi.pi.gov.br
Término da validação de notas
Carimbo
Término da validação de notas
Término da validação de notas

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <u>Acelmin Carlos dos Santos</u>	RG: <u>1720044</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>03/09/15</u>
CPF: <u>842.787.223-20</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>	PROFISSÃO: <u>mototaxista</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua Marajo</u>	Nº: <u>2772</u>		
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>	BAIRRO: <u>Parque Itarana</u>		
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u></u>	TELEFONE: <u></u>

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: <u>Nelle Rose Soares Marques</u>	RG: <u>4.119.2620</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>
CPF: <u>840.173.173-90</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Recuso</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua 24 De Janeiro</u>	Nº: <u>544</u>		
BAIRRO: <u>Centro</u>	CIDADE: <u>Teresina</u>	UF: <u>PI</u>	CEP: <u>64000-235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Acelmin Carlos dos Santos

Data do acidente de trânsito: 03/30/2018

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina 26 de Junho de 2019

Acelmin Carlos dos Santos

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AÇO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELCO
DIGITAL

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kelly de Abreu Valverde
Escritório Autenticado
Teresina-PI

TEST. DA VERDADE.
Selo: AAD49648-5JXP
www.tjpi.jus.br/pptalextre
KELLY DE ABREU VALVERDE-RECEBENTE AUTORIZADA
Eml:3,85 TJ:0,77 FIMP/PI10,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:154
PROCURAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Manoel Nogueira, 1033 - Centro - CEP: 64.002-200 - Teresina - PI
Fone: (88) 3211-6119 - E-mail: notariado3@terresina.pi.br
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Manoel Nogueira, 1033 - Centro - CEP: 64.002-200 - Teresina - PI
Fone: (88) 3211-6119 - E-mail: notariado3@terresina.pi.br

01.10.18 12:00h

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0216381/19

Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

CPF: 842.787.223-20

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/10/2018

Titular do CPF: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ACELMIR CARLOS DOS SANTOS : 842.787.223-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 27/06/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266085/19

Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

CPF: 842.787.223-20

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/10/2018

Titular do CPF: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ACELMIR CARLOS DOS SANTOS : 842.787.223-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190463686

Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190463686

Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(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: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmi Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmi Carlos dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20
7 - Profissão: metalurgista 8 - Endereço: R. mango 9 - Número: 2772 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Parque Ilarê 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 280368 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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, conforme na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da permanência de invalidez decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
RUA COMENDADOR JOAQUIM DE ALMEIDA, 100 - LOJA C
TERESINA-PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 (vivereser)? 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 Líder 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 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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, Teresina - Piauí 26/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(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: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmi Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmi Carlos dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20
7 - Profissão: metalurgista 8 - Endereço: R. mango 9 - Número: 2772 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Parque Ilarê 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 280368 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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, conforme na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da permanência de invalidez decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
RUA COMENDADOR JOAQUIM DE ALMEIDA, 100 - LOJA C
TERESINA-PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 (vivereser)? 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 Líder 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 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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, Teresina - Piauí 26/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(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: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmi Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmi Carlos dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20
7 - Profissão: metalurgista 8 - Endereço: R. marajo 9 - Número: 2772 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Parque Ilharé 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 280368 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da existência e da extensão das sequelas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 (vai nascer)? 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 Líder 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Teresina - Piauí 26/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190463686
Nome do(a) Examinado(a): Acelmir Carlos dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Marajo, 2772
Parque Itarare Teresina PI CEP: 64078-365
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1720044
Data local do acidente: [01/10/2018]
Data local do exame: [19/08/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR , SEM IMOBILIZACAO

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Complicações: SEM COMPLICACOES

Data da Alta: 10/10/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE RELATA QUE POS TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SEM FRATURAS DIAGNOSTICADA, O MESMO EVOLUI COM PARESETESIAS , SEM ATROFIAS E MANTEM MARCHA JUNTAMENTE COM FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SEM ALTERACOES.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☐ () Sim ☒ (X) Não

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☒ (X) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

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



Dr. Frederico Fonseca de Oliveira

CPF - 047.547.326-42

CRM/PI - 5058



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000415/2019-61

Complementar ao BO Nº: 100203.000414/2019-15

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 30/01/2019 - 15:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

531565

Data/Hora
01/10/2018 - 12:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Endereço
RUA BENJAMIM CONSTANT, Nº:
Complemento

Bairro
CENTRO NORTE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

RG: 1720044

Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS

Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA, Nº 1253

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-8123-2123

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



Nome: KAREN EMANUELLE COCONCEIÇÃO DE OLIVEIRA DOS SANTOS

RG: 4073008

Mãe: ELIZETE CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA, Nº 1253

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-8808-3889

Tipo Envolv.: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/XRE 190, ANO 2017, PLACA PIU-1314, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR, PASSAGEIRA KAREN, ACIMA QUALIFICADA, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA BENJAMIM CONSTANT, QUANDO UM VEICULO DE PLACA OJC-0160 -PRESIDENTE DUTRA-MA, QUE TRAFEGAVA NA RUA DAVID CALDAS INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADOS FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU, ENCAMINHADOS PARA O HUT, PRONTUÁRIO DE ACELMIR 414097, PRONTUÁRIO DE KAREN 490048. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA

ACELMIR CARLOS DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000415/2019-61

Complementar ao BO Nº: 100203.000414/2019-15

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000415/2019-61

Complementar ao BO Nº: 100203.000414/2019-15

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 30/01/2019 - 15:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

531565

Data/Hora
01/10/2018 - 12:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Endereço
RUA BENJAMIM CONSTANT, Nº:
Complemento

Bairro
CENTRO NORTE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

RG: 1720044

Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS

Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA, Nº 1253

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-8123-2123

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



Nome: KAREN EMANUELLE COCONCEIÇÃO DE OLIVEIRA DOS SANTOS

RG: 4073008

Mãe: ELIZETE CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA, Nº 1253

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-8808-3889

Tipo Envolv.: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/XRE 190, ANO 2017, PLACA PIU-1314, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR, PASSAGEIRA KAREN, ACIMA QUALIFICADA, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA BENJAMIM CONSTANT, QUANDO UM VEICULO DE PLACA OJC-0160 -PRESIDENTE DUTRA-MA, QUE TRAFEGAVA NA RUA DAVID CALDAS INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADOS FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU, ENCAMINHADOS PARA O HUT, PRONTUÁRIO DE ACELMIR 414097, PRONTUÁRIO DE KAREN 490048. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA

ACELMIR CARLOS DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000415/2019-61

Complementar ao BO Nº: 100203.000414/2019-15

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000415/2019-61

Complementar ao BO Nº: 100203.000414/2019-15

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 30/01/2019 - 15:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Endereço
RUA BENJAMIM CONSTANT, Nº:

Complemento

531565

539222

Bairro
CENTRO NORTE

Ponto de Referência

Data/Hora

01/10/2018 - 12:00



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

RG: 1720044

Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS

Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA, Nº 1253

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-8123-2123

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: KAREN EMANUELLE COCONCEIÇÃO DE OLIVEIRA DOS SANTOS

RG: 4073008

Mãe: ELIZETE CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA, Nº 1253

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-8808-3889

Tipo Envolv.: VITIMA



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/XRE 190, ANO 2017, PLACA PIU-1314, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR, PASSAGEIRA KAREN, ACIMA QUALIFICADA, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA BENJAMIM CONSTANT, QUANDO UM VEICULO DE PLACA OJC-0160 -PRESIDENTE DUTRA-MA, QUE TRAFEGAVA NA RUA DAVID CALDAS INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADOS FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU, ENCAMINHADOS PARA O HUT, PRONTUÁRIO DE ACELMIR 414097, PRONTUÁRIO DE KAREN 490048. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA

ACELMIR CARLOS DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000415/2019-61

Complementar ao BO Nº: 100203.000414/2019-15

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(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: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmi Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmi Carlos dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20
7 - Profissão: metalurgista 8 - Endereço: R. mango 9 - Número: 2732 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Parque Ilhares 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)
Bradesco (237) Itaú (341)
Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 280368
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão da invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa a prévia concordância com o resultado da 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) Divorciado 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 (vai nascer)? 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 Líder 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - (*) 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, Teresina - Piauí 26/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)