
Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190167133

Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

Data do Acidente: 14/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

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, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190167133

Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

Data do Acidente: 14/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000006377-2

Nr. da Autenticação 5103AA355D465056

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190167133**

Nome do(a) Examinado(a): **ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RS NOVA ALEGRIA, 03, QD J CASA 03 - Santo Antônio - Teresina - PI - CEP 64028-427

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **5017970**

Data e local do acidente: [**14/03/2016**]

AV PRINCIPAL DO RESID MARIO COVAS BAIRRO SANTO ANTONIO TERESINA PI

Data e local do exame: [**21/03/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO. FRATURA DO SEPTO NASAL.

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

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (ABERTURA MÁXIMA DE 3 CM) E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A MASTIGAÇÃO.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

TRATAMENTO CONSERVADOR. RECEBEU ALTA DO TRATAMENTO EM MAIO DE 2016.C

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Dano cranio facial

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio faciais

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE <u>Alecio Rodrigues Silva Cunha</u>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>Pedreiro</u>
Identidade nº: <u>5017.970 SSP/PI</u>	CPF nº: <u>025.169.993-56</u>	
Endereço: <u>R. nova Alegria ad J. casa 03 "A" Santo Antonio</u>		
CEP: <u>64.028-427</u>	Telefone: <u>(86) 99982.3093</u>	<u>Teresina-PI</u>

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>Bacharel em Direito</u>
Identidade nº: <u>1.457.994-SSP/PI</u>	CPF/MF nº: <u>703.754.703-44</u>	
Endereço: <u>Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,</u>		
CEP: <u>64.019-330</u>	Telefone: <u>(86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055</u>	

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURODORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () **POR MORTE** (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () **DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia 14/03/2016 para a Vitima Alecio Rodrigues Silva Cunha

Timon-MA 21/02/2019

Local e data

Alecio Rodrigues Silva Cunha

- Vitima ou Representante Legal -



Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Alecio Rodrigues Silva Cunha
 Em Testemunho: Ruth Maria de Oliveira da verdade.
 Timon(MA), 21/02/2019
Ruth Maria de Oliveira
 Escrivão Substituta

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066610/19

Número do Sinistro: 3190167133

Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

CPF: 025.169.993-56

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/03/2016

Titular do CPF: ACLECIO RODRIGUES
SILVA CUNHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 01/03/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/03/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066610/19

Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

CPF: 025.169.993-56

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/03/2016

Titular do CPF: ACLECIO RODRIGUES
SILVA CUNHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA : 025.169.993-56

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: 22/02/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190167133 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA **Data do acidente:** 14/03/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA FACE.
TRAUMA EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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: 3190167133 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA **Data do acidente:** 14/03/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA FACE.
TRAUMA EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190167133 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA **Data do acidente:** 14/03/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA FACE.
TRAUMA EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190167133 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA **Data do acidente:** 14/03/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO. FRATURA DO SEPTO NASAL.

Descrição do exame físico: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (ABERTURA MÁXIMA DE 3 CM) E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. RECEBEU ALTA DO TRATAMENTO EM MAIO DE 2016.C

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/03/2019

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



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



Nome

MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

DNC REMESSA POR EMISSOR

1457994 SSP PI



CNPJ

703.754.703-44

DATA DO CARTEIRO

10/09/1971

Função

LUIS PROCEDONIO DA SILVA

MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. B

Nº REGISTRO

02851011130

VALIDADE

15/12/2022

P. HABILITAÇÃO

29/04/2003

OBSERVAÇÕES

A

Assinatura do Portador

TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO

20/12/2017

Assinatura do Emissor

70615801046

PI320021300

PIAUI

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Rezende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
TERESINA, PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190167133 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA **Data do acidente:** 14/03/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO. FRATURA DO SEPTO NASAL.

Descrição do exame físico: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (ABERTURA MÁXIMA DE 3 CM) E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. RECEBEU ALTA DO TRATAMENTO EM MAIO DE 2016.C

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/03/2019

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires

Fones: (86) 3214-1600 / 3214-1314 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí

E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 14/03/2016

BO= 100203.000735/2019-11

HD FRATURA DA PORÇÃO OSSEA DO
SEPTO NASAL, NAS PAREDES DO SEIO MAXILAR E

FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR DE
FRATURA DA PORÇÃO OSSEA DO SEPTO
NASAL NAS PAREDES DO SEIO MAXILAR E

EF REFERE CEFALÉIA COM DOR EM REGIÃO
DE SEIOS DA FACE E MASTIGAÇÃO

TC =FRATURA DA PORÇÃO OSSEA DO
SEPTO NASAL, NAS PAREDES DO SEIO MAXILAR E

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA CRANIO FACIAL DE 50 %



Teresina 01 de Março de 2019



Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
TEOT - 8054

Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



Aclecio Rodrigues Silva Cunha
1504987

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
5.017.970

DATA DE
EXPIRAÇÃO
17/11/17

NOME
ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

PLACAGEM
RAIMUNDA LOPES DA SILVA
ANTÔNIO BARRADA DA SILVA

NATURALIDADE
TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO
06/09/1985

CERT. CASAM. 20858 L 54 F 296
EXP TERESINA-PI 05/04/13

CPF 025.169.993-56 Francisco das Chagas Pinheiro Maria

1504987

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83 - DECRETO Nº 80.250/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lga C
Centro - Nave CEP: 64.002-470
Teresina-PI



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Adelino Rodrigues Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 331621



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 3229 4872

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

BW OK
NEURO OK
ORTOPEDIA OK
Imp: 14/03/2016 17:06:00
(User: DRA. ILLANA)
(Estação: EMERGENCIAFED)

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

Nome: ACLECIO RODRIGUES SILVA		Prontuário: 331621	
Mãe: RAIMUNDA LOPES DA SILVA		Pai: ANTONIO BARRADA DA SILVA	
End.Resid.: RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 06/09/1985	Idade: 30a:6m:8d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9548-1985
Responsável: JOSE CRISTOVAO		CNS: 898002926538172	
Profissão: PEDREIRO		Documento: RG: 50178705 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 530406	Data: 14/03/2016 17:02:30	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS	
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SOFREU TRAUMA NA CABEÇA E NO PÉ D, EVOLUI COM DOR, INFORMA QUE TEVE DESMAIO APÓS O ACIDENTE. APRESENTA CONTUSÃO E LACERAMENTOS NO PÉ D. ECG: 15			Profissional Clas. Risco: <i>Illana</i> ILLANA SILVA NASCIMENTO COREN - 184691 Em: 14/03/2016 17:05:59

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 17:05:59)

Paciente chegou ao atendimento de urgência sentindo dor forte nos membros inferiores (especialmente no pé direito) após acidente de moto, referindo que houve perda de sangue após espirro (sangue vermelho vivo) em pequena quantidade. Refere que tomou muito álcool antes do acidente.

PA _____ X _____ mmHg

Pulso: _____

FC: _____ bpm

Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito TC de crânio. Solicito RX de tornozelo direito. Solicito RX de pé direito. Solicito RX de tornozelo esquerdo.

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /

HORA: :

Procedimento

CID

22 FEV 2019

X Aclecio Rodrigues Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

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

Assinatura - Profissional Médico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

BW OK
NEURO OK
ORTOPEDIA OK

Imp: 14/03/2016 17:06:00

Idade: (GRU. ILLANA)

(Estação: EMERGENCIAPI)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	ACLECIO RODRIGUES SILVA	Prontuário:	331621
Mãe:	RAIMUNDA LOPES DA SILVA	Pai:	ANTONIO BARRADA DA SILVA
End.Resid.:	RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/09/1985	Idade:	30a:6m:8d
Sexo:	Masculino	Fone:	86- 9548-1985
Responsável:	JOSE CRISTOVAO	CNS:	898002926538172
Profissão:	PEDREIRO	Documento:	RG: 50178705 - SSP PI
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Casado(a)
End.Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	530406	Data:	14/03/2016 17:02:30	Condução:	VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura:	DOR MEMBROS INFERIORES			Convênio:	S U S
Acid.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
CID Secundário:					

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Dor moderada	CIRURGIA GERAL	Amarelo
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SOFREU TRAUMA NA CABEÇA E NO PÉ D, EVOLUI COM DOR, INFORMA QUE TEVE DESMAIO APÓS O ACIDENTE. APRESENTA LEMBRANÇA DE EVENTO COM PÉ D. ECG: 15	ILLANA SILVA NASCIMENTO COREN - 184691 Em: 14/03/2016 17:05:59		

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 17:05:59)

Por retorno após atendimento de urgência sobre o ferido após acidente de moto, de feridas abertas de porte intensidade (holocorúneas). Refere expulso de sangue após espirro (sangue vermelho vivo) em pequena qtd. Refere que tinha pto de uso de bebida alcoólica, não recorda do acidente

PA: X mmHg	Pulso:	FC: bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:	CID:		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito TC de crânio Avaliação neuro
Solicito TC de face Avaliação Bico
Solicito RX do pé - Avaliação ORTOPEDIA

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA:	Se Internação, Indique o Procedimento e CID
		Procedimento

X Aclecio Rodrigues Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Patricia Virna Sales Leão
Mancueta: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

CONTENEDORES DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 FEB 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelmo de Souza, 465 Lga C
Centro - Teresina - PI
Assinatura - Prof. Sônia Medeiros



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



Imp: 14/03/2016 17:06:10
(DRA. ILLANA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ACLECIO RODRIGUES SILVA		Prontuário: 331621
Mãe: RAIMUNDA LOPES DA SILVA	Pai: ANTONIO BARRADA DA SILVA	
End. Resid.: RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 06/09/1985	Idade: 30a:6m:8d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9548-1985
Responsável: JOSE CRISTOVAO	CNS: 698002926538172	
Profissão: PEDREIRO	Documento: RG: 50178705 - SSP-PI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 530406	Data: 14/03/2016 17:02:30	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
	Trauma: Não	Maus Tratos: Não

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1/	ESPECIALISTA: Oftalmologista
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Exatidão - Alteração na visão	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: **1/1/**

HDI: Sintoma de vergalhão na visão (E)	
Q. O. Exatidão - visão - cirurgia	
Q. Alt. BMP	
Dr. José Carlos D. Gomes Filho Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial Implantodontia GRD-PI 2200	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/1/	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

Patricia Viana Sales Leão
Matricula: 927499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL




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: **ACLECIO RODRIGUES SILVA (Prontuário: 331621)**
 Endereço: RES NOVA ALEGTIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/09/1985 Idade: 30a6m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 530406
 Requisição: 617285 Solicitação: 14/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 775146 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 14/03/2016

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:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL ESQUERDO COM EXTENSÃO PERIROBITÁRIA IPSILATERAL, APRESENTANDO FOCOS DENSOS DE PERMEIO.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(ANTONIO

TERESINA - PI 14/03/2016

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



[Handwritten signature]
 [Faint stamp: Instituto de Medicina Legal do Estado do Piauí]
 [Faint stamp: Instituto de Medicina Legal do Estado do Piauí]


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: **ACLECIO RODRIGUES SILVA** (Prontuário: 331621)
Endereço: RES NOVA ALEGTIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/09/1985 Idade: 30a6m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 530406
Requisição: 617284 Solicitação: 14/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 775145 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 14/03/2016

Cod. SIA: 0206010044

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- EDEMA NA HEMIFACE ESQUERDA, SOBRETUDO EM REGIÃO PERIORBITÁRIA.
- HEMOSSINUS MAXILAR À ESQUERDA.
- ESPESSAMENTO DO REVESTIMENTO MUCOSO DOS SEIOS MAXILARES. ESFENOIDES E DE CÉLULAS ETMOIDAIAS BILATERAIS.
- FRATURA NA PORÇÃO ÓSSEA DO SEPTO NASAL, NAS PAREDES ANTERIOR E POSTERO-LATERAL DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

(ANTONIO

TERESINA - PI 14/03/2016

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM
Profissional Responsável



[Handwritten signature]



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

**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: **ACLECIO RODRIGUES SILVA (Prontuário: 331621)**
Endereço: RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/09/1985 Idade: 30a7m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 530406
Requisição: 617283 Solicitação: 14/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 775144 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 14/03/2016

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/04/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Conferido e Liberado por Senha em: 19/04/2016 19:05:38




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: **ACLECIO RODRIGUES SILVA (Prontuário: 331621)**
 Endereço: RES NOVA ALEGTIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/09/1985 Idade: 30a6m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 530252
 Requisição: 617063 Solicitação: 14/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 774900 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 14/03/2016

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS NO ASSOALHO DA ÓRBITA E PAREDES DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.
- HEMOSSINUS MAXILAR ESQUERDO E ETMOIDAL BILATERAL.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/03/2016

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



Wandering Alencar
 Manoel de
 Santos
 Gomes
 Gomes



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: **ACLECIO RODRIGUES SILVA** (Prontuário: 331621)
 Endereço: RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/09/1985 Idade: 30a6m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 530252
 Requisição: 617063 Solicitação: 14/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 774900 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 14/03/2016

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS NO ASSOALHO DA ÓRBITA E PAREDES DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.
- HEMOSSINUS MAXILAR ESQUERDO E ETMOIDAL BILATERAL.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 14/03/2016

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Patricia Viana Sales Leao
 Matrícula: 027499
 SAME - HUT
 CONFERE O ORIGINAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 22 FEV 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI



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: **ACLECIO RODRIGUES SILVA** (Prontuário: 331621)
 Endereço: RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/09/1985 Idade: 30a6m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 530406
 Requisição: 617284 Solicitação: 14/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 775145 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 14/03/2016

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- EDEMA NA HEMIFACE ESQUERDA, SOBRETUDO EM REGIÃO PERIORBITÁRIA.
- HEMOSSINUS MAXILAR À ESQUERDA.
- ESPESSAMENTO DO REVESTIMENTO MUCOSO DOS SEIOS MAXILARES. ESFENOIDES E DE CÉLULAS ETMOIDAIAS BILATERAIS.
- FRATURA NA PORÇÃO ÓSSEA DO SEPTO NASAL, NAS PAREDES ANTERIOR E POSTERO-LATERAL DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

(ANTONIO

TERESINA - PI 14/03/2016

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

Patricia Virna Sales Leão
 Matrícula: 027499
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



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: **ACLECIO RODRIGUES SILVA** (Prontuário: 331621)
Endereço: RES NOVA ALEGTIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/09/1985 Idade: 30a6m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 530406
Requisição: 617285 Solicitação: 14/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 775146 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 14/03/2016

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:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL ESQUERDO COM EXTENSÃO PERIROBITÁRIA IPSILATERAL, APRESENTANDO FOCOS DENSOS DE PERMEIO.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(ANTONIO

TERESINA - PI 14/03/2016

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM
Profissional Responsável

Patricia Virna Sales Leão
Matricula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**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: 14/02/2019 12:33:25

(JANE SIMONE)

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ACLECIO RODRIGUES SILVA		Prontuário: 331621	
Mãe: RAIMUNDA LOPES DA SILVA		Pai: ANTONIO BARRADA DA SILVA	
End.Resid.: RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 06/09/1985	Idade: 30a:6m:8d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9548-1985
Responsável: JOSE CRISTOVAO		CNS: 898002926538172	
Profissão: PEDREIRO		Documento: RG: 50178705 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

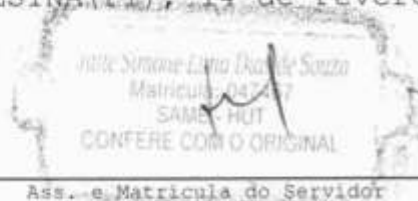
DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 530252	Data: 14/03/2016 00:40:06	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 14/03/2016 de 00:40 às _____:_____ horas para fim de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 530252/////



TERESINA(PI), 14 de Fevereiro de



Ass. e Matrícula do Servidor

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Kelson matoes Soares

RG nº 3.694.786, data de expedição 30/01/12

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 067.240.623-30,

com domicílio na cidade de Tererina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rs João Paulo II Ad E, nº 19

complemento Angelim, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Aelcio Rodrigues Silva Cunha, cujo o condutor era

Aelcio Rodrigues Silva Cunha.

Veículo: Moto Modelo: HONDA/POP 100 Ano: 2015

Placa: PIJ-0364 Chassi: 9C2

Data do Acidente: 14/03/16

Local e Data: Titton-MA 21/02/2019

x Kelson matoes Soares

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Assinheiro como verdadeira(s) assina(s) do:

Kelson Mates Soares

Em Testemunho da verdade.

Timpo (MA) 21.02.2019

Ruth Maria de Oliveira

Ruth Maria de Oliveira
Escrevente Substituto

Cartório do 1º Ofício
TITTON - MA



SERVENTIA EXTRA
Comarca de
Dr. Raimundo Lucas
Tabelião

TC 1.08
20190104111003

MATRICULA 13650041-2
FATURA Nº 150048802
MÊS / ANO 1/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep: 64019330

LOCALIZAÇÃO 002-00019-002030 GRUPO 002 NÚMERO DO HIDR. /STRO Y18S035846

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA	
MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO		
12/2018	Lido	20	20	1 Residencial - Normal	
11/2018	Lido	24	24		
10/2018	Lido	16	16		
09/2018	Lido	16	16		
08/2018	Lido	17	17		
07/2018	Lido	16	16		

CONSUMO MÊS M3 16
LÉI 12.741/2018
PIS/PASEP 58,33x1,65% = 0,96
COPINS 58,33x7,68% = 4,43

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	DESCRIÇÃO	VALOR
8	18 2.8450 65	VALOR REFERENTE AGUA - 58,33	
10	25 5.3000 65	> Residencial-Normal	16,0 m3 58,33
25	999999 9.1500 65		

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

VENCIMENTO 16/01/2019 TOTAL A PAGAR 58,33

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO
NOSSOS ARQUIVOS SÃO SUJEITO A CORTE.
PROCURE A 1ª ENTREGA

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2707	2688	19	1,43	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2746	2658	88	6,40	Inferior a 15
PH	2752	2673	79	6,75	6,00-9,50
TURBIDEZ	2705	2618	87	1,86	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	967	961	6	Ausente	Ausente
ESCOLÉRIA COLI	967	967	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 04/01/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:18

TC 1.08 20190104111003

MATRICULA 13650041-2 FATURA Nº 150048802
MÊS / ANO 1/2019

VENCIMENTO 16/01/2019 VALOR A PAGAR 58,33

82660000003-2 58331535000-4 00201915001-0 00100104-2



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lga C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Procidonio da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 703754703 / UU na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário.

Aelcio Rodrigues Silva Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.169.993-56

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Aelcio Rodrigues Silva Cunha

inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.169.993 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Henrique Dias</u>	Número: <u>790</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Unmulha</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64019-330</u>	Tel.(DDD): <u>86/99982-3093</u>

Local e Data: Teresina - PI 21/02/19

Maria do Carmo Procidonio da Silva

Assinatura do Declarante



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 [Insc. Estadual: 19.301.383-5]
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/08

Nº da Nota Fiscal

017149190

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	08/02/2019	402	415,13

RAIMUNDO CLEIDIVALDO LIMA ALVES
RS NOVA ALEGRIA S/N QD 3 CASA 03 SANTO ANTONIO

DADOS DA LEITURA	
Atual:	402
Anterior:	20982
Constante de Multiplicação:	20580
Consumo Medido:	1,000
Consumo Faturado:	402
Forma de Faturamento:	Código de Irregularidade
	000

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	NORMA	Número Medidor	Posto
01	01	01	01

HISTÓRICO kWh			
Mês	kWh	Valor	Valor
JAN/19	1134	113,40	113,40
DEZ/18	322	32,20	32,20
NOV/18	318	31,80	31,80
OUT/18	298	29,80	29,80
SET/18	1045	104,50	104,50
AGO/18	30	3,00	3,00
JUL/18	192	19,20	19,20
JUN/18	201	20,10	20,10
MAI/18	209	20,90	20,90
ABR/18	30	3,00	3,00

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 kWh 402 = 0,000000

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/02/2019, em função das contas em atraso. O valor devido é de R\$ 1.136,20. O valor devido não pode ser incluído no nome do consumidor na SERCOM. Informamos ainda que a unidade consumidora não possui a regularização no valor de R\$ 13.205,15 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta mensagem.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	0324.8900.13EE.67A2	EEEB-080C.29AA.68BC	
Energia:	72,35	Alíquota ICMS:	385,05
Transmissão:	139,80	Valor do ICMS:	27,00%
Encargos:	23,66	Valor do PIS:	103,96
Tributos:	14,91	Valor do COFINS:	5,42
	138,33		
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
FIC		DMIC	
Mensal	Anual	Mensal	Anual
100	100	100	100
Limite			
Realizado	5,04 10,15 20,30 3,43 6,85 13,70 2,86		
Conjunta	0,00 0,00		

TERESINA

12/2018

95,82

SEU CÓDIGO

1243485-0

TOTAL A PAGAR - R\$

415,13

MÊS FATURADO

02/2019

VENCIMENTO

08/02/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 [Insc. Estadual: 19.301.383-5]

Nº da Nota Fiscal: 017149190

FCAM

83600000004 9 15130017000 9 00000001243 5 48500219008 3



SEQ.: 00157 UC: 1243485-0 DT.LEIT.: 02/02/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 20982 NORMAL TOTAL: 415,13 CARGA: G17
DT.VENC.: 08/02/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1111

(86) 99982.3093

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 025.169.993-56 Nome completo da vítima: Aelecio Rodrigues Silva Cunha

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

Nome completo: Aelecio Rodrigues Silva Cunha CPF: 025.169.993-56
Profissão: Pedreiro Endereço: R. Nova Alegria ad J Número: 03 Complemento: _____
Bairro: Santo Antonio Cidade: Terresina Estado: PI CEP: 64.028-427
E-mail: _____ Tel. (DDD): 86199982.3093

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1987 CONTA: 6377 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Terresina - PI 21.02.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Aelecio Rodrigues Silva Cunha
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

BVW OK
NEURO OK
ORTOPEDIA OK
Imp: 14/03/2016 17:06:00
(User: DRA. ILLANA)
(Estação: EMERGENCIAFED)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ACLECIO RODRIGUES SILVA		Prontuário: 331621	
Mãe: RAIMUNDA LOPES DA SILVA	Pai: ANTONIO BARRADA DA SILVA		
End.Resid.: RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 06/09/1985	Idade: 30a:6m:8d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9548-1985
Responsável: JOSE CRISTOVAO	CNS: 898002926538172		
Profissão: PEDREIRO	Documento: RG: 50178705 - SSP PI		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 530406	Data: 14/03/2016 17:02:30	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
CID Secundario:		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SOFREU TRAUMA NA CABEÇA E NO PE D, EVOLUI COM DOR, INFORMA QUE TEVE DESMATE APÓS O ACIDENTE, APRESENTA CONTUSÃO NA REGIÃO DO PE D. ECG: 15		Profissional Clas. Risco: ILLANA SILVA NASCIMENTO COREN - 184691 Em: 14/03/2016 17:05:59	

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 17:05)

Retorno após atendimento de urgência sobre o ferido após acidente de moto, apresentando exatidão de dor intensidade (colocando). Refere expelir torções de sangue após espirro (sangue vermelho vivo) em pequena qtd. Refere que tinha muito uso de bebida alcoólica, não recorda do acidente.

PA: _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			CID: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito TC de crânio. Solicito RX de tornozelo. Solicito RX de pé. Solicito RX de mão. Solicito RX de tornozelo. Solicito RX de pé. Solicito RX de mão. Solicito RX de tornozelo. Solicito RX de pé. Solicito RX de mão.

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA: :	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO	Se Internação, indique o Procedimento e CID Procedimento: _____ CID: _____
-----------	---------	--	---

22 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI
Assinatura - Profissional Médico

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 025.169.993-56 Nome completo da vítima: Alecio Rodrigues Silva Cunha

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

Nome completo: Alecio Rodrigues Silva Cunha CPF: 025.169.993-56
Profissão: Pedreiro Endereço: Rua Nova Alegria ad 7 Número: 03 Complemento: _____
Bairro: Santo Antonio Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64.028-427
E-mail: _____ Tel.(DDD): 86 99982.3093

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1987 CONTA: 6377 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Teresina - PI 21.02.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alecio Rodrigues Silva Cunha
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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

164 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000735/2019-11

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

Data/Hora: 21/02/2019 - 10:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO RESID. MARIO COVAS, Nº:

Complemento

Data/Hora

14/03/2016 - 00:20

506881

Bairro

SANTO ANTÔNIO

Ponto de Referência

PARADA FINAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

RG: 5017970 PI

Mãe: RAIMUNDA LOPES DA SILVA

Endereço: QUADRA J, LOTE 03, RESID. NOVA ALEGRIA II, Nº

Bairro: SANTO ANTÔNIO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9422-7982

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP100, PLACA PIJ-0364-PI, COR BRANCA, RENAVAL 01053887598, PROP. DE KELSON MATOS SOARES, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO A MOTO FOI FECHADA POR UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, PROVOCANDO A QUEDA DA VITIMA. FOI SOCORRIDO POR KELSON MATOS SOARES, QD-02, CS-03, RESID. MARIO COVAS-ANGELIM, E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 331621). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Aclecio Rodrigues Silva Cunha
ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190167133

Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

Data do Acidente: 14/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190167133

Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

Data do Acidente: 14/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 000006377-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

