

Screenshot of a web browser showing a legal document viewer interface.

The main title bar reads "PJe Consulta processo" and "0831037-41.20".

The address bar shows the URL: tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/DetalleProcessoCompletoAdvogado.seam?id=356740&ca=a9d5e712a0f1f38c4162622bda586a11e0...

The sidebar on the left lists several documents:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 10889210 - CONTESTAÇÃO
 - 10889222 - CONTESTAÇÃO (2735054 CONTESTACAO 01)
 - 10889225 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10889227 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web (1))
 - 10889228 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10889232 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The main content area displays a document titled "downloadBinario.seam" with page 1/11. The document header includes the case number "2735054-C3/2020-02569/INVALIDEZ" and the law firm logo "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The body of the document starts with "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI".

The bottom status bar shows the date "22/07/2020" and time "09:29".



Número: **0831037-41.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **14/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES (AUTOR)	IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10889 225	22/07/2020 09:29	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Ultor



NOME DO PACIENTE: Cithanice Kattia dos Reis Loboqu
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 502379

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2019

DPVAT

SERVÍCIO 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 Fito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-01

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES		Prontuário: 502379
Mãe: INES DOS REIS RODRIGUES	Pai:	
End. Resid.: RUA SALINOPOLIS - CIDADE LESTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 12/05/1988	Idade: 30a8m30d	Sexo: Feminino Fone: 86-99409-9092
Responsável: TANIA	CNS: 898050045098699	
Profissão: DO LAR	Documento: CPF: 024.297.823-16	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 707197	Entrada: 11/02/2019 11:41:02	Convênio: S J S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, NÃO USAVA CAPACETE, ECG:15, REFERE DOR EM MIE. DESCONHECE ALÉRGIA MEDICAMENTOSA		SABRINA LOBRO C. MALA DE SOUSA COREN - 20753C Em: 11/02/2019 11:49:57

SSVV: (Hora: :)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
------------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: ACIDENTE COM TRAUMA NA PERNAS ESQUERDA DOR PERMANENTE LOCAL, LOTE SEM OUTRAS ALTERAÇÕES AO EXAME RX	RAIO-X REALIZADO DATA: 11/02/2019 Técnico: _____
--	--

Diagnóstico Inicial: Fratura da diáfise da tibia	PJ CORRETORA DE SEGUROS CID: 8822
---	--------------------------------------

Exames Complementares: (1152620) - JOELHO ESQUERDO (1152821) - PERNAS ESQUERDA	22 MAI 2019 DPVAT
--	----------------------

Prescrição Médica:	DATA: / / HORA: / /
--------------------	---------------------

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto)	CAJO VAZ DE OLIVEIRA NETO CRM PI 3054 Em: 11/02/2019 12:00:24
---	--

Assinatura Paciente ou Responsável,	De Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM PI 3054
-------------------------------------	---





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Cithania Xaria dos Reis Rodrigues		
Diagnóstico pré-operatório	Fract exposto Gusho I. Picos fibrol op		
Operação - Tipo	LMC + Osteomíse		
Cirurgião <i>Dr Flávio L. S. Oliveira</i>	1º Assistente		
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a) <i>Inês</i>	Anestesista <i>Dr. Colino</i>	Anestesia <i>Raque</i>	
Anestésico(a)			
Data da Operação <i>11.02.19</i>	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
PJ CORRETORA DE SEGUROS			<i>22 MAI 2019</i>
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
<i>Raqueoskero, RDT, queijo, cut repto, cõcup, abrindo manto, luxago e flog em obliterar, RTFI q placa + porop. nri intimo e curtida.</i>			
<i>DPVAT</i>			
<i>Assinatura do Cirurgião</i>			
<i>Assinatura do Patologista</i>			
Mod. 76 HUT			





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE:	<i>Gilsonio Kettie da Rosa</i>	DATA:	<i>11/02/19</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Riot aperte liso</i>	PRONTUÁRIO N°:	<i>202329</i>
ANESTESIA:	<i>Eucane</i>	CIRURGIA:	<i>Luz + br.</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Flávio</i>	Nº DA SALA:	
AUXILIAR:	<i>Wendy</i>	CPF Nº:	
ANESTESISTA:	<i>Dr. Eliane</i>	CPP Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Priscila</i>	CPP Nº:	
		CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	03		lâmina de bisturi	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	—		luva nº 0,5	PAR	0,2	
AGULHA 40x12	UNID.	01		luva nº 2,0	PAR	0,2	
AGULHA RAQUE	UNID.	0,4		luva de procedimento	PAR		
ÁLCOOL 70%	ML	500		PVP DE GERMANTE	ML	10	
ALGODÃO	BOLA	05		PVP TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVP TINTURA	ML	150	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	0,1	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	0,2	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	—		intra 7,5			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:	<i>Vácula tipo esclerose Endo 03 Entodra 03 CORRETORA Criponv 03 DE SEGUROS 22 MAI 2019 DPVAT</i>		
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				ENFERMARIA:	<i>CVC</i>		
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				CIRCULANTE:	<i>Layon</i>		
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2,0							
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							





PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. DUR.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	
					DATANORA	CÓDIGO
<i>Edneus Katto do Reis</i>		Ortopédica			HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
10/02/2015	004					
DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO						
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN					
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H					
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H					
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN					
8	CURATIVO					
9	CCGG + SSW					
Relatório de Enfermagem						
<p>17:40 Pct administrado na clinica e profissional de enfermagem de 8h</p> <p>ex PCP Lic + osteosíntese de joelho</p> <p>18:00 AM ex. Ayu + pilhas tópicas j. Pct</p> <p>orientado, fazer escrivanaria para que paciente</p> <p>medicamentos cronicas e alergias. AVP aux NPK</p> <p>19:00 curar curativo estéril</p> <p>19:10 Eliminações (2)</p> <p>Urgo FA JX REALIZADA</p> <p>Data 10/02/2015</p> <p>Médico:</p> <p>Assinatura do paciente</p> <p>Assinatura da enfermeira</p>						

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE						Nº DE REGISTRO					
DATA:	11.02.19	P. ARTERIAL	130x85	PULSO	100	RESPIRAÇÃO	<i>lúpina</i>	TEMPERATURA	-	PESO	-60	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO		HEMATOMETRIA		HEMOGLOBINEMIA		HEMATOCRITOS		GLICEMIA		DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA		ASA	II										
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA													
SISTEMA CIRCULATÓRIO	<i>hemodinâmico estável</i>						ELETROCARDIOGRAMA						
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<i>MV+</i>						ASMA		BRONQUITE				
SISTEMA DIGESTIVO	<i>jejum 8hs</i>						SISTEMA URINÁRIO						
ESTADO MENTAL	<i>orientada</i>						CORTICOIDES		ATARÁXICOS		OUTROS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO	<i>Fratura exposta fibia</i>						FÍSICOS						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	<i>Etomidine 10mg</i>						APLICADO AS		EFEITOS				
TOTAL DE DOSES													
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	<i>100%</i>						A. Identificação B. Anamnese dirigida C. Revisão morfológica D. Monitorização (Sat ₂ , ECG, PAN) E. Posicionamento facilitado + traqueal ciliar Nefes 250cc 10,5gr 1. Morf 50mg 2. Cloridr 730mg 3. Cidravante 4. Cloridr 9g 5. Cloridr 9g 6. Dexadron 1mg 10. Bromoprid 50m 11. Baunilidr 50m 12. Baunilidr 50m 13. Dipropion 5g 14. Dipropion 5g 15. Alprazolam 100mg					
LIQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	<i>700</i>											
TEMPERATURA T	36	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0						97,1 100% vent.					
P. ARTERIAL V O PULSO													
INÍCIO E FIM ANESTESIA X													
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO													
RESPIRAÇÃO O													
SÍMBOLOS													
TECNICAS	<i>Raquaustenia</i>						INCIDENTE - ACIDENTE						
OPERAÇÕES	<i>Pró. curv. fratura exposta fibia</i>												
CIRURGIÕES	<i>Flans</i>												
ANESTESISTAS	<i>Edinaldo Saravia Anestesiologista CRM-PI 3676</i>												
<i>2º Pct. estável, uncininhos à SRPA</i>													
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS													
PARTICULARIDADES													

MOD 76 - HUT





Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



Carimbo da Unidade de Saúde

RECEITUÁRIO

USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série
Série A - N°
459670

05.522.917/0036-081
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LUMÉU ARRUDA
Rua Magalhães Filho, nº 152/Centro
CEP: 64001-350 - Teresina-PI

Líthânia Kátia dos
Reis Rodrigues

Número do Prontuário

Endereço _____
Bairro _____

Endereço Médico

A este que paciente
supracitada apresenta
patologia classificada pelo
CID-10: S822. Foi operada.
Apresenta limitações fun-
cionais permanente de
50% CID-10: S822(M191)

Date
19/01/2020

19/01/2020

Dr. Gláucio Vaz Machado
Ortopedia / Traumatologia
CRA-PI 27751 TE0719804

Carimbo e assinatura do(s) profissional





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: CITHANIA KATIA DOS REIS RODRIGUES

Data do exame: 19/02/2019

Id Paciente: LA411809

Data do laudo: 22-02-2019

Raio X de Perna Esquerda

Aspecto pós-cirúrgico de osteossíntese da tibia distal com placa e parafusos metálicos de fixação.

Espaços articulares preservados.

Partes moles sem alterações.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2019

DPVAT

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:29:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209293539100000010325244>
Número do documento: 20072209293539100000010325244

Num. 10889225 - Pág. 8

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA

19/02/2015

11:33:37

CITHANIA, KATIA DOS REIS RODRIGUES

19/02/2019 030Y O LA411809

Nasc: 12/05/1988 Nasc: 12/05/1988

TIBIOTARICA, LAT

LOW EXM

10-2 1/2

2449 x 1760

E

CITHANIA, KATIA DOS REIS RODRIGUES

030Y O LA411809

Nasc: 12/05/1988

TIBIOTARICA, FRN

LOW EXM

10-2 1/2

2449 x 1760

E

39 23%

39 23% W: 1023 L: 511

W: 1023 L: 511



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:29:35

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209293539100000010325244>

Número do documento: 20072209293539100000010325244

Num. 10889225 - Pág. 9



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.849.148/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.591.283-5
Mota Facci / Co. Zs de Energia Elétrica - Série 8-1
Prazo de adesão do Intermediário autorizado pela SEPAZ 06/98

Para contato
contate-nos. Inicie o
seu NÚMERO:

SEU CÓDIGO:

0604488-3

DATA DA CONTA	VALOR	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2019	29/03/2019	106,02
Maria do Desterro Ribeiro Teixeira	R. SALINOPOLIS 5716	
CPF: 0001854148349	CEP: 64.000-000	TERESINA
DATOS DA UNIDADE	B-URBANO	ROT: 15.001.62.44.014000
Atual:	4503	Atual: 22/03/2019
Anterior:	4392	Anterior: 20/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 23/04/2019
Consumo Médio:	111	Entrega: 21/03/2019
Consumo Pátrado:	111	Apresentação: 22/03/2019
Fechamento do Relatório:	MENSAL	Código de irregularidades:
DETALHAMENTO DE CONSUMO		
Consumo:		
FEV/19	111	CONSUMO 111 A R\$ 0,868147 = 96,36
JAN/19	120	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,31
DEZ/18	121	CORRECAO MONETARIA IG 01/19-00 0,01
NOV/18	116	MULTA POR ATRASO 01/19-00 2,07
OUT/18	132	JUROS POR ATRASO 01/19-00 1,27
SET/18	127	
AGO/18	133	
JUL/18	111	
JUN/18	118	
MAI/18	118	
Total da fatura:	111 - 0,020000	QEF 9561

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mês/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir do 05/04/2019. O não pagamento nesse prazo não implica a inclusão do nome do consumidor na fatura. Caso haja fatura estatuta de pagamento, favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 2949.4ABC.2987.4AD9.DCSC.ZF83.BA47.26E4

COMPOSIÇÃO DA FICHA		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	19,99	Base de Cálculo:	96,36
Energia:	38,61	Alíquota ICMS:	75,16
Transporte:	6,53	Valor do ICMS:	22,00%
Encargos:	4,12	Valor do PIS:	21,19
Impostos:	27,11	Valor do COFINS:	1,41%
			1,05
			6,49%
			4,87

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Mês	Ano	Mês	Ano	Mês	Ano	Mês	Ano
Último:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Restante:	0,00		0,00		0,00		0,00	
Conjunto:					01/2019			

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2019

DPVAT





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 91 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Inês dos Reis Rodrigues,

RG nº 1418420, data de expedição 22/10/18,

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 566.356.803-49,

com domicílio na cidade de Terezina, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Pardal, sude lote, nº 5658,

complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Cithânia Ribeiro dos Reis Rodrigues, cujo o condutor era Marcos Antônio Ribeiro Gihva.

Veículo: Honda Modelo: Biz 125 F5 Ano: 2012 / 2013

Placa: ODV-5121 Chassi: 9G2JG4820DR026788

Data do Acidente: 11/10/2019

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2019

DPVAT

Local e Data: Terezina 19-04-19



Inês dos Reis Rodrigues

Assinatura do Declarante

Marco Antônio Ribeiro Gihva
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rod. Presidente Dutra, 1233 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina - PI - Fone: (086) 3221-0188 - E-mail: teresina@teresina.tjpi.jus.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE INES DOS REIS RODRIGUES, SOU FÉ. EM TESTE DA VERDADE.
Teresina-PI, 15/04/2019. Selo: AAC02185-7LVE

JUDITE DE CASTRO CARDOSO-Escrivente Autorizada
Em1.:3,85 IJ:0,77 FMMF/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,90 - OP:116
DECL DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEU
DIGITAL

CARTÓRIO TERESINA/PI/SES/SESP
3º Ofício de Notas
Juíza de Castro Cardoso
Escrivente Compromissada
Teresina - PI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:29:35
<http://tjpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007220929353910000010325244>
Número do documento: 2007220929353910000010325244

Num. 10889225 - Pág. 11

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1534-607	02 Data do chamado 11/02/2019	03 PRO (código) 2897	04 Saída do PA 10:15:2	05 Chegada ao local 11:11:2			
Local de Ocorrência	06 Saída do local 7:16:20	07 Chegada ao 1º hospital 11:14:0	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital				
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Jaime da Silveira,	11 Bairro São Cristóvão.	12 Município-UF Teresina.	Código IBGE				
Tipos de Ocorrência	13 Ponto de referência Por trás do Banco do Nordeste de Av. João XXIII							
Accidente de Transporte	14 Nome Edilane Caixeta dos Reis	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado 1						
Exame Físico	16 Idade 30	17 Se idade ignorada, preencha com 999	18 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 9					
Hospital de Destino	19 Vítima	20 Meio de locomoção 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado 1	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Ónibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado 1	22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança 1	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 4	RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retrada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum 6	
Observações Internodispõiveis	24 Sinais Vitais P脉so: 110 Rasp.: PA 110/80 TAX.: SeNO 98%	25 Local da lesão 	26 Pupilas 1 - Igual 2 - Desiguais 1	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 1	29 Dor 0	30 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito Intensa 5 - Muito Muito Intensa 6 - Muito Muito Muito Intensa 7 - Muito Muito Muito Muito Intensa 8 - Muito Muito Muito Muito Muito Intensa 9 - Muito Muito Muito Muito Muito Muito Intensa 10 - Insuportável	
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos 1	Prancha longa-curtas Colar cervical Kred 1	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica 1	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 1	34 Óbito 1-Sim 2-Não 2	35 Antes do socorro 1-Antes do transporte 2-Durante o transporte 2
	Paciente vítima de acidente moto-carrinho de moderado impacto, com queixa de dor, em aúrtculo inferior. a) Fumar aeroporto parceria e catar cervical imobilizado b) Exame gaf 98% em abertura c) TA: 110/80 mmHg e P: 110 bpm. d) Glaucom 10 e pupilas hiperfírmicas e) Suspeita de fratura exposta de fibula. (E).						CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU	
	36 Recomendações Médico AE/TE	Dr Hormone Conceição	Enfermeiro Eliaria Condutor Manoel Lima					
	Responsável pela recepção							

Versão: 27.11.2011





PREFEITURA MUNICIPAL TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia 11/02/2019 foi socorrida pelo SAMU a Sra. **Cithânia Kátia dos Reis Rodrigues** vítima de acidente de trânsito tendo sido removida para o Hospital de Urgência Teresina-HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando na guia de atendimento o nome da mesma de **Sitânea caque dos Reis** ao invés **Cithânia Kátia dos Reis Rodrigues**.

Informamos,outrosim, que o local e horário correspondem ao informado pelo solicitante.

Teresina, 09 de Abril de 2019.

Almoçoar



Rua Coronel Luís Ferrez, 3390 Bairro Macaúba.
Teresina-PI. CEP 64016-055
CNPJ 17.577.205/0013-70



86 3218 - 2880



samuteresina@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:29:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209293539100000010325244>
Número do documento: 20072209293539100000010325244

Num. 10889225 - Pág. 13



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 ASE:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	024.297.823-16	Cithânia Kátia dos Reis Rodrigues		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	(Cithânia Kátia dos Reis Rodrigues)		CPF:	824.297.823-16
Profissão:	Doador	Endereço:	Rua Galinópolis	Número: 5716 Complemento:
Bairro:	Vilaime	Cidade:	Turima	Estado: PI CEP: 64000-000
E-mail:				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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: 3808

CONTA: 9264

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vel nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem. Porém, 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.

DE SEGUROS

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____ 22 MAI 2019

2º | Nome: _____ CPF: _____

DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:29:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209293539100000010325244>
Número do documento: 20072209293539100000010325244

Num. 10889225 - Pág. 15



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 ASE:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	024.297.823-16	Cithânia Kátia dos Reis Rodrigues		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:			CPF:	824.297.823-16
Profissão:	Doador	Endereço:	Rua Galinópolis	Número: 5716 Complemento:
Bairro:	Vilaime	Cidade:	Turima	Estado: PI CEP: 64000-000
E-mail:				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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: 3808

CONTA: 9264

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vel nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem. Porém, 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.

DE SEGUROS

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____ 22 MAI 2019

2º | Nome: _____ CPF: _____

DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:29:35
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209293539100000010325244>
Número do documento: 20072209293539100000010325244

Num. 10889225 - Pág. 17



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.001411/2019-15

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 15/04/2019 - 10:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

11/02/2019 - 11:12

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

SÃO CRISTOVÃO

Endereço

RUA JAIME DA SILVEIRA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

BANCO DO NORDESTE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CITHANIA KATIA DOS REIS RODRIGUES

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 2430802

Endereço: RUA SALINNOPOLIS, Nº 5716

Bairro: CIDADE LESTE

Cidade: TERESINA

Nome: MARCOS ANTONIO RIBEIRO SILVA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 250604

Mãe: MARIA DO DESTERO RIBEIRO TEIXEIRA

Endereço: RUA SALINNOPOLIS, Nº 5716

Bairro: CIDADE LESTE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO/HONDA/BIZ 125 ES, ANO 2012, PLACA,ODV-5121-PI, RENAVAM 505990008, CPF-56635680349 DE PROPRIEDADE; INES DOS REIS RODRIGUES, RELATA O NOTICIANTE QUE VINHA NA VIA SUPRACITADA, A VITIMA ERA GARUPA QUANDO CONDUZIA A MOTO UM CARRO DE PLACA OEF-9561-PI, BATEU NA LATERAL CAUSANDO A COLISAO, CAIU SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT;PROTUARIO:502379. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

MARCOS ANTONIO RIBEIRO SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2019

DPVAT

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, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190337742

Vítima: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003808

Conta: 000009204-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 00695/00696 - carta_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190337742

Vítima: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

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

Carta nº 14356066

Pag. 00241/00242 - carta_01 - INVALIDEZ



00030121



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: 04/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03808

CONTA: 00000009204-8

Nr. da Autenticação 246B196478A69C62



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:29:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209293539100000010325244>
Número do documento: 20072209293539100000010325244

Num. 10889225 - Pág. 21

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171949/19

Vítima: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

CPF: 024.297.823-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES : 024.297.823-16

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: 22/05/2019
Nome: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES
CPF: 024.297.823-16

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:29:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007220929353910000010325244>
Número do documento: 2007220929353910000010325244

Num. 10889225 - Pág. 22

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

Giovana Kátia dos Reis Reduquiça

DATA DO ACIDENTE

11/02/2019 CPF DA VITIMA 024.297.823-16

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Giovana Kátia dos Reis Reduquiça

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

(X) VITIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM

A VITIMA É

ENDERECO DO PORTADOR

Nº 53/66

COMPLEMENTO

Loteiro

UF

PI

CPF

644.000-600

BARRIO

Vilaone

TELEFONE

(36) 9 88418-6923

E-MAIL

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CÓPIA DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO DO INI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) LAUDO DO INI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO INI

(X) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CONPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TANIS CO MO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

(X) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) - DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUE IR REPRESENTA A VITIMA, MENOR, DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• Morte = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPRAVIDAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

• PARA ACOMPANHAR O PÉRIO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURORBTMNSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL POR ENTREGA DE SEGUROS

DATA

10/02/2019

IDENTIDADE

2.430.802

NOME

22/02/2019

ASSINATURA

Giovana Kátia dos Reis Reduquiça

ASSINATURA

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190337742 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CITHANIA KATTIA DOS REIS RODRIGUES **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO.(GUSTILO I)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS)(PÁG.8) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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

PI № 013405651866 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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2019	31/12/2019	
VIA	CPF / CNPJ	
1	56635680349	
PLACA	ODV-5121	
CHASSI	9C2JC4B20DR026788	
COMBUSTÍVEL	ALCO/GÁSOL	
ANO FAB.	2013	
MARCA / MODELO	HONDA/BIZ 125 ES	
CATEGORIA	002P/124CC	
CONFIREDOMINANTE	PARTIC	
COTA UNICA	IPVA	
P	1º VENC. COTA UNICA	
V	2º PAGTO	
A	3º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOP (R\$)	
SEGURO	PAGO	
	PRÉMIO TOTAL (R\$)	
	DATA DE PAGAMENTO	
X	DETA UNICA	
	OBSERVAÇÕES	
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOP (R\$)	DATA
4,15	0,32	31/12/2019
	PAGAMENTO	
X	PARCELADO	
		DATA DEQUITAÇÃO
		10/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHP/0030000001-04

CENTRAN

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 MAI 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI 9020170422845 Nº 013405651866
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. REAJAM4 R.NH.C. — EXUROCO 2019

1 505990008

NOME: IMES DOS REIS RODRIGUES

CPF / CNPJ: 56635680349

PLACA: ODU-5121

CHASSI: 9C2JC4B20DR026788

COMBUSTÍVEL: ALCO/GÁSOL

ANO FAB.: 2013

MARCA / MODELO: HONDA/BIZ 125 ES

CATEGORIA: 002P/124CC

CONFIREDOMINANTE: PRETA

COTA UNICA:

P	1º VENC. COTA UNICA	IPVA
V	2º PAGTO	
A	3º PAGO	

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOP (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

PRÉMIO TOTAL (R\$)

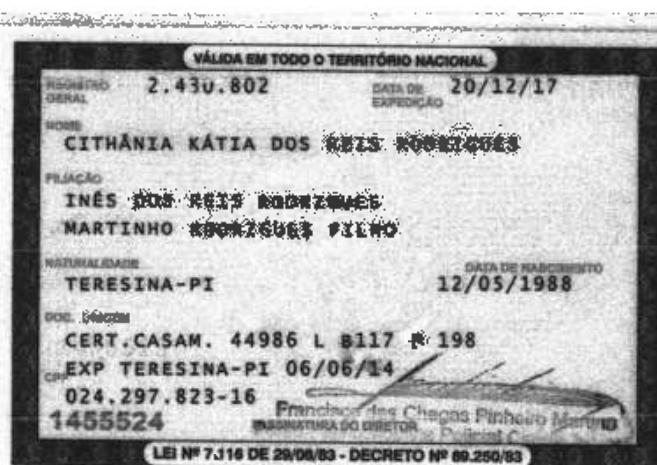
DATA DE PAGAMENTO

X DETA UNICA OBSERVAÇÕES

LOCAL: TERESINA (MA) DATA: 31/12/2019

ASSINATURA: AGO MARTE DO RÉGO LIMA, DIRECTOR GERAL DO DETRAN - PI





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:29:35
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209293539100000010325244>
Número do documento: 20072209293539100000010325244

Num. 10889225 - Pág. 26