

Browser tabs: Email - Alana Lima - Ou... x, Controle de documentos x, Sistema SAJ - Conve... x, Controle de documentos x, PJM Consulta processos - Pro... x, PJM 0825416-97.2018.8.18.01 x

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listAutosDigitais.seam?idProcesso=155768&ca=7d55720ec37a0a976f3ad2b490015b545f7a209592d4d2813...

Apps SITES DE TRABALHO

PJ ProceComCiv 0825416-97.2018.8.18.0140
MARCOS ANTONIO SILVA MOTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

10913836 - CONTESTAÇÃO (2735571 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 22/07/2020 12:33:06

22 Jul 2020

10914524 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS 12:36

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10913833 - CONTESTAÇÃO
 - 10913836 - CONTESTAÇÃO (2735571 CONTESTACAO 01)
 - 10913838 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10913840 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 sub autos procuracao compressed web)
 - 10913841 - DOCUMENTO

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08254169720188180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do

pa.pdf c.pdf Exibir todos X

08:12 31/07/2020



Número: **0825416-97.2018.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **16/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCOS ANTONIO SILVA MOTA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10913838	22/07/2020 12:33	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO SILVA MOTA**

Nº Sinistro: **3180223604**

Vítima: **MARCOS ANTONIO SILVA MOTA**

Data do Acidente: **19/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180223604**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12819727

Pag. 00313/00314 - carta_01 - INVALIDEZ

00030157



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO SILVA MOTA**

Sinistro: **3180223604**

Vítima: **MARCOS ANTONIO SILVA MOTA**

Data do Acidente: **19/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180223604** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0156/01562 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12833702



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Carta nº: 12926456

A/C: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

Nº Sinistro: 3180223604
Vitima: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA
Data do Acidente: 19/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000641

Conta: 000000562-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01399/01400 - carta_15R - INVALIDEZ

00030700



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

794603053 34

Nome completo da vítima

marcos Antonio Silva Mota

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo marcos Antonio Silva Mota		CPF titular da conta 794603053 34	Profissão Revisor-me
Endereço A 097 A.		Número 097	Complemento casa
Bairro Direito Arco Verde	Cidade Teresina	Estado PI	CEP
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ CONTA NRO _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. 0641 D/V 013 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 0562 D/V 0 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)

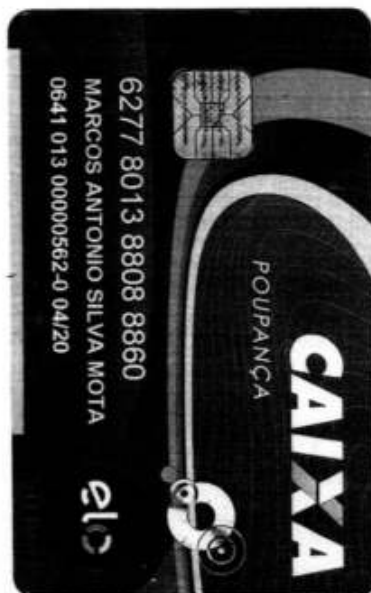
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina PI 15 de maio de 2018
Local e Data

+ Marcos Antonio Silva Mota
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000715/2018-68

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

Data/Hora: 22/02/2018 - 09:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

SANTA ROSA, Nº:

Complemento

Data/Hora

19/01/2018 - 08:45

Bairro

ALTO DA RESSURREIÇÃO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MAGDA MARCIA DE CARVALHO SOUSA

RG: 2303168

Mãe: ALDENI SANTANA DE CARVALHO SOUSA

Endereço: QUADRA 97, CASA 20, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE I

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9466-3677

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

RG: 1600658

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS SOUSA DE SILVA MOTA

Endereço: QUADRA 97, CASA 20, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE I

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A NOTICIANTE QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR 125, ANO 2014, PLACA PIC-4477, PASSAGEIRO ACIMA QUALIFICADO, PROPRIETÁRIO/ VÍTIMA, RELATA A NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO UM CACHORRO PASSOU NA FRENTE DE SUA MOTO, ONDE O PASSAGEIRO CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 154043. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA
Almiralce R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

MAGDA MARCIA DE CARVALHO SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



de Ocorrência emitido em: 22/02/2018 09:48 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 1/1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 12:34:18

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072212330566800000010348199>

Número do documento: 20072212330566800000010348199

Num. 10913838 - Pág. 6

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima marcos Antonio silva mota CPF da Vítima 794603053-34 Data do Acidente 19/01/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante legal _____

Email _____ Telefone (DDD) 18 95346565

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Teresina de 15 de maio de 18

Local e Data

MARCO ANTONIO SILVA MOTA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALE001 V001/2017





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



**SAMU
192**

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow	24 Resposta Verbal	25 Resposta Motora	26 Sinais Vitais	
Exame Físico	27 Pupilas	28 Dor	29 Escala de Dor	30 Local da lesão	
	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
Assistência	35 Observações Interdisciplinares				

07.11.2011

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: 30/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00641

CONTA: 000000000562-0

Nr. da Autenticação E9145A049063FAB9



Aguas de Teresina

Nossa água muito bem tratada

CNPJ: 27157474000106 - IE: 195965574

Av. Odilon Araújo, 1035, Píçarra - CEP: 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA
17964956-2

EXPIRAÇÃO
MÊS/ANO
15/09/2018

NOME/ENDEREÇO
MORADOR RAINILDO N F MOTA

CON DIRCEU ARCOVERDE I Q-097 A
Q-0101, Q-097-C-020-ITARARE-TERESINA-PI-cep:64077310

LOCALIZAÇÃO

017-00019-007910

GRUPO
017

NUMERO DO CONTRATO
Y10N91629

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	ENTRADO
01/01/2018	1	11	11
02/01/2018	1	24	24
03/01/2018	1	11	25
04/01/2018	1	11	11
05/01/2018	1	21	19
06/01/2018	1	23	14

ECONOMIAS - CATEGORIAS/TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA ANTERIOR 6/02/2018
LITURA 1055
DATA ATUAL 27/03/2018
LITURA 1070

CONSUMO MÊS M3

15

UBI 127410012

PS INSEF

CORFIS

TABELA DE TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA TARIFA

RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO M3 E (%)

DESCRIÇÃO
VALOR REFERENTE ÁGUA - 51,21
> Residencial-Normal

REF.

VALOR

15,0 m3

51,21

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO M3 E (%)

VENCIMENTO

09/04/2018

TOTAL A PAGAR

51,21

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

Facilite a medição do consumo mensal de água garantindo o acesso ao hidrômetro e ajudando a evitar o acúmulo de vegetação, areia e outros materiais que dificultam a leitura do medidor.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 8º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.623	3.459	164	1,12	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	2.923	2.534	389	7,03	Inferior a 15,00
PH	3.639	3.233	406	6,45	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.614	3.051	563	2,88	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	574	554	20	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	574	574	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO 27/03/2018

HORA DA EMISSÃO 12:37

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
- DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 MAIO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



Águas de Teresina
Nossa Água muito bem tratada

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 329 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA 13302825-9 TUBERAPIF 151280968
MÊS/ANO 5/2018

NOME/ENDEREÇO
MIGRADOR
RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 544 - CENTR - TERESINA - PI - CEP: 64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00008-000050 GRUPO 001 NÚMERO DO HODÔMETRO A10X133657

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO - 1990	LIQ.	NATURADA
01/2018 - 1.1.10	00	11
02/2018 - 1.1.10	00	10
03/2018 - 1.1.10	00	10
04/2018 - 1.1.10	00	10
05/2018 - 1.1.10	00	10

CONSUMO MÊS MÊS 10

ANTERIOR 04/04/2018 168
ATUAL 04/05/2018 168

CONSUMO MÊS MÊS 10

VALOR DE 10.000000
VALOR DE 10.000000
VALOR DE 10.000000

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	VALOR REFERENTE ÁGUA - 54,40	VALOR
TAXA DE CONSUMO R\$/M3 (1%)	> Comercial-Normal 10,0 m3	54,40
	VALOR DE ESGOTO - 43,52	
	> Comercial-Normal 10,0 m3	43,52

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO R\$/M3 (1%)

VENCIMENTO 10/05/2018 TOTAL PAGAR 97,92

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NÃO SOLICITE ARQUIVOS ACUSA(M) E DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal 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 (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REAIS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA	VALOR DE REFERÊNCIA
ELÓDIO LIVRE	2837	2169	668	11,57	Inferior a 15,00
COR APARENTE	3336	2634	762	6,29	6,00-9,50
PH	3373	2952	421	2,97	Inferior a 5,00
TURBIDEZ					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REAIS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA	VALOR DE REFERÊNCIA
COLIFORMES TOTAIS	919	919	0	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI					

DATA DA EMISSÃO 04/05/2018 HORA DA EMISSÃO 09:40





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/segurosomilider/documentos/declaracao-prevencao-lavagem-dinheiro>

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 fonte de renda mensal, além de respectiva documentação comprobatória.

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

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

Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar sanções administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Declaro, eu Nelle Roze Soares Monquim inscrito (a) no CPF/CNPJ 840173173 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário marcos Antonio Silva Mota inscrito
(a) no CPF sob o nº 794603053 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura ± PI da vítima
marcos Antonio Silva Mota inscrito (a) no CPF sob o nº 794.603.053 / 34 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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.

Declaro ainda de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Cidade	Estado	CEP	
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	

Teresina Lima 15 de maio de 18
Local e Data

Nelle Roze Soares Monquim
Assinatura do Declarante



001 VERIFICAR





Alto

NOME DO PACIENTE: Marcos Antonio Silva mota
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 154043

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".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 MAIO 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470





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

ORTOPEDIA
CIR. GERAL

Imp: 19/01/2018 10:04:52

(User: NILDA CARVALHO)

(Enteço: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA		Prontuário: 154043	
Mãe: MARIA DAS GRACAS SOUSA DA SILVA MOTA	Pai: RAIMUNDO NONATO FERREIRA MOTA		
End.Resid.: QD 97 CS 20 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 19/09/1976	Idade: 41a:4m:0d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99466-3677
Responsável: MAGDA	CNS: B98002945264643		
Profissão: SERVENTE	Documento: RG: 1600658 - SSP PI		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)		
End.Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 646835	Data: 19/01/2018 09:27:02	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Evento recente	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Verde
Breve História: PCT. TRAIÇÃO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES DE MÍD + HISTÓRIA EM MÍD + LESÃO DO PE. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSCICO.		Profissional Clas. Risco: NILDA CARVALHO DA SILVA COREN - 397108 Em: 19/01/2018 10:04:51	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

Paciente vítima de acidente motociclístico no 3º andar de capack e não
ingressou bebida alcoólica. Não qualquer quimico. Consciente e orientado,
suplexo, acianótico, glauco 15, normocárdico, estavel hemodinâmico.
Mente. Escoriações pelo corpo e perna direita imobilizada.

RAIO-X REALIZADO

DATA 19/01/2018

Técnico: [Assinatura]

PA X mmHg

Pulso:

FC:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

avaliação ortopédica e cir. geral

RAIO-X REALIZADO

DATA 19/01/2018

Técnico: [Assinatura]

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Se Internação, indique o Procedimento e CID

0408020342

S626

DATA: / /

HORA:

15 MAIO 2018

Procedimento

CID

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 12:34:18

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007221233056680000010348199

Número do documento: 2007221233056680000010348199

Num. 10913838 - Pág. 14



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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 19/01/2018 10:05:23
(NILDA CARVALHO)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA		Prontuário: 154043	
Mãe: MARIA DAS GRACAS SOUSA DA SILVA MOTA	Pai: RAIMUNDO NONATO FERREIRA MOTA		
End.Resid.: QD 97 CS 20 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 19/09/1976	Idade: 41a:4m:0d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99466-3677
Responsável: MAGDA	CNS: 898002945264643		
Profissão: SERVENTE	Documento: RG: 1600658 - SSP PI		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 646835	Data: 19/01/2018 09:27:02	Clas. Cor: Verde
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: ORTOPEDIA: 11:30	
Paciente com fratura do escápulo esquerda em tratamento há 1 mês com leve queda. Repre novo trauma, com dor no polegar Esq. Rx com fratura da	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__	
falange distal do polegar, com radiocap de 11:30.	
cd: Tde queda	
Internos para cirurgia	
Dr. Ferdinand Freitas Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de Ombro e Cotovelo CRM-PI 3096 - TEOT- 11020	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
15 MAIO 2018	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE Marcos Antonio Silva Neto		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APL
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES Fz. pelagra (E)		ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE	
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 19/07/18 HORA: 18h		NEGA HORÁRIO		ORTO	OBSERVAÇÕES
1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dignificam 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Ienoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h SN 7 - CCGG + SSVV		12:40 - PZ. admitido na PZ última de acidente motor Urológico. Consciente, orientado, racional e eupneico. Arteriais normais, pele corpo. Mucosa benévola e úmida. medicamentosos. Segue sig. curativo. Elaine Augusto Torres Enfermeira COREN-PI: 458.055		13:30 TAX - 36°C, P.A. 130x80 mmHg, P. 63bpm 14:30 - permitido por comanda, orientado, gástrico, supino. Muc álveola, nos e diáfragma. Apne da cirurgia. Engasgado. 15:00 - 18:35	

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 MAIO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

MÉDICO/CRM:

Mod: 007





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23/04/18

NOME DO PACIENTE:	<u>Marcos Antonio Silva</u>	PROFISSIONAL Nº:	
DIAGNÓSTICO:	<u>Int. esofágico / Int. 2º grau</u>	URGÊNCIA:	<u>Sim</u>
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	<u>Osvaldo Mendes Filho</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>Isabelly R.</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Cristiane</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>15</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>415</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>655</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓXICO <u>Rio her</u>	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	36		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>Prepex</u>	<u>4</u>	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	30	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Benedicto</u>			
PROLENE							



MOD - 094





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	MARCOS A. SILVA MOTA		
Diagnóstico pré-operatório	Fract. Bilobada + Fract. fêmur direito		
Operação - Tipo	Trat. Cirúrgico		
Cirurgião	Dr. Osvaldo Mendes Filho	1º Assistente	Dr. Luperon
2º Assistente	Dr. Osvaldo Mendes Filho	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiologista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			

Relatório Inicial do Patologista

Acidente Durante a Operação

sem acidente

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 MAIO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- fratura aberta com corpo
- fratura com fratura
- fratura fratura (fratura?) era
- fratura
- fratura, fratura e fratura Kivela
- fratura e fratura de fratura
- fratura
- fratura de fratura e fratura
- fratura de fratura e fratura
- fratura, fratura, fratura e fratura

Dr. Osvaldo Mendes Filho
Ortopedia e Cirurgia de Mão
CRM-PI 81108 / RQE 152/1061

Mod. 76 HUT



- Clínica de Fraturas Ortopedia e Reabilitação

C.N.P.J. 41.613.878/0002-60
Conj. Dirceu II • Qda. 203 • Casa 11
Fone: (86) 3235-4800 • CEP 64078-140
Teresina - Piauí

"Plantão Permanente"

PACIENTE: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

DATA DE NASCIMENTO: 19.09.1976

CONVENIO: PARTICULAR

MÉDICO SOLICITANTE:

RAIO X DA MÃO ESQUERDA.

O relatório radiológico demonstra:

- Controle radiológico pós-operatório de artrodese da
interfalangeana do primeiro dedo da mão esquerda e do osso
escafoide esquerdo.


Impressão diagnóstica: Exame radiológico de controle pós-operatório.

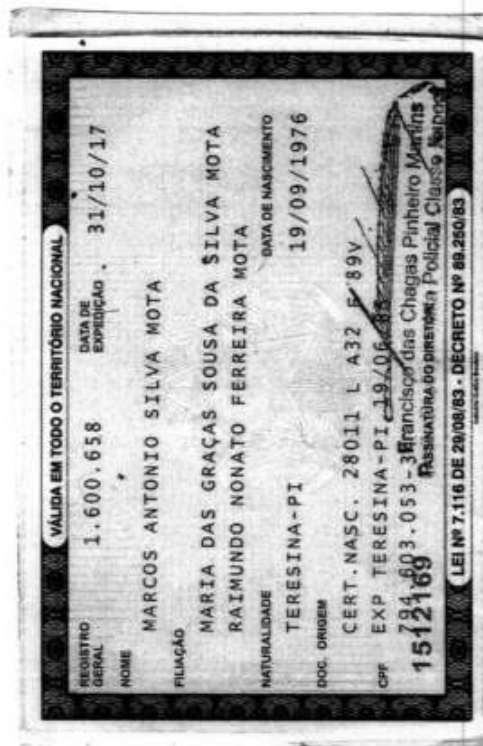
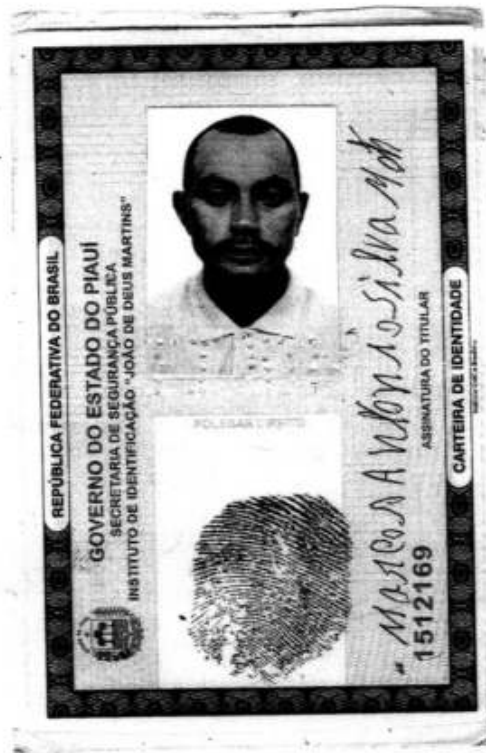
06.03.2018

Dr. Manoel Gomes de Castro
CRM-805 / CPF-066.388.563-91

MOD. 04

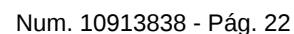
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 MAIO 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470







DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
15 MAIO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002478



**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: **3180223604**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS ANTONIO SILVA MOTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

CON DIRCEU ARCOVERDE Quadra 997 A, 097 - Itararé - Teresina - PI - CEP 64077-310

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1600658**

Data e local do acidente: [**19/01/2018**] **SANTA ROSA, TERESINA-PI**

Data e local do exame: [**28/05/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE POLEGAR ESQUERDO.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA.

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

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO POLEGAR ESQUERDO (ADM EM 30%), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

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

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] Sim [] Não

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

SEQUELA FUNCIONAL DO POLEGAR ESQUERDO.

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):

POLEGAR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180223604 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA MAO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: L DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180223604 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA **Data do acidente:** 19/01/2018 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE POLEGAR ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO POLEGAR ESQUERDO (ADM EM 30°), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º quirodáctilo esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do polegar devido a redução da força muscular e limitação da flexo-extensão articular (ADM em graus).
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

