

Consulta processo: x PJ 0809376-69.2020.8 x Caixa de entrada x Controle de docum x Audiências x Merge PDF files on x WhatsApp x +

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=499592&ca=4ba953afd968fe74162622bda586a11e0c...

Apps Processo Virtual Na... =Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0809376-69.2020.8.18.0140 SAMARA DE LIMA BARBOSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

10888274 - CONTESTAÇÃO (2735577 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 22/07/2020 09:38:19

22 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10888269 - CONTESTAÇÃO
 - 10888274 - CONTESTAÇÃO (2735577 CONTESTACAO 01)
 - 10888279 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10888281 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web (1))
 - 10888284 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10888286 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Microsoft Word - 2735577_CONTESTACAO 1 / 12

2735577- CS/ 2020-02608/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf Exibir todos x

PT 09:38 22/07/2020



22/07/2020

Número: **0809376-69.2020.8.18.0140**

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: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SAMARA DE LIMA BARBOSA (AUTOR)		IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10888 279	22/07/2020 09:38	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527235

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

Data do acidente: 03/06/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTANDO SÍNDROME VESTIBULAR PÓS TRAUMÁTICA COM TESTE DE ROMBERG POSITIVO. PERICIANDA EM USO DE QUETIAPINA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA MÉDICA .

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/09/2019

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 neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autônoma	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



ATESTADO

Paciente – Samara de Lima Barbosa Silva, 40 anos

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a paciente acima citada apresenta-se com seqüela cognitiva, comportamental e motora (hemiparesia à direita), decorrentes de trauma cranioencefálico
CID 10 – T-90

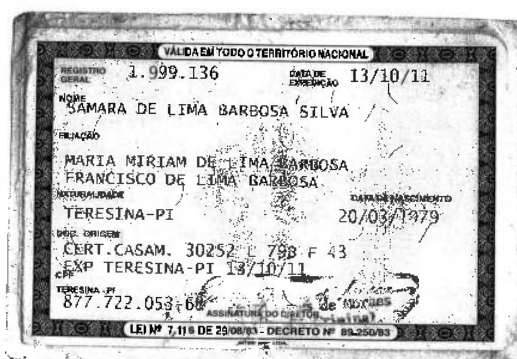
Dr. Diego Ramos
NEUROLOGISTA
CRM-PI 6258 / CRM-CE 18.351

Teresina - PI, 04 de dezembro de 2019.


DIEGO ALVES RAMOS
MÉDICO NEUROLOGISTA



DE SEÇÃO
11 SET 2019
DPVAT





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Samara de Lima Barbosa Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 56834

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".





LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		ÓRTESE E PRÓTESE - OPME
DIÁRIA DE UTI		FATORES DE COAGULAÇÃO
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		GASOTERAPIA
HEMODERIVADOS		NUTRIÇÃO PARAENTERAL / ENTERAL
DIÁLISE / HEMODIÁLISE		PROCEDIMENTO FORA DA FAIXA ETÁRIA
ALBUMINA HUMANA 20%	X	IMPLANTE DE CATETER CENTRAL

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Samara de Lima Barbosa Silva

PRONT.: _____ Nº LAUDO: _____

PROC. ANT.: _____ PROC. SOLICITADO: _____

JUSTIFICATIVA:

Paciente, acesso periférico difícil, instabilidade hemodinâmica, necessitando de acesso venoso central.

DATA: 03 / 06 / 19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO AUDITOR





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
CRÍTICA I

Nome do paciente:		
Sawara de Lima Barbosa Silva		
Diagnóstico pré-operatório:		
Operação tipo: IMPLANTE DE CATETER CENTRAL		
Cirurgião:	1º Assistente:	
Instrumentadora:	Anestesia: Local	
Anestésico: Xilocaína 2% sem adrenalina		
Data da Operação:	início:	Fim:
Diagnóstico Pós-operatório:		
Relatório Imediato do patologista;		
Acidente durante a operação:		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO		
1. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA		
2. COLOCAÇÃO DE CAMPO ESTÉRIL		
3. ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAÍNA 2%		
4. PUNÇÃO VENOSA CENTRAL		
5. FIXAÇÃO DO CATETER		
6. CURATIVO		
par tec. de Seldinger em VED		
Joaquim Noronha Vieira Júnior MÉDICO INTENSIVISTA RQE Nº 2800 INFECTOLOGISTA RQE Nº 2018 CRM-PI 4414		

RECIBO DE SEGURANÇA
11 SET 2019

CONTROLE COM ORIGINAL





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Semora de Lima Barbosa	FRONTUÁRIO	56834
DA CLÍNICA	Unidade Círculo I	LEITO	7
À CLÍNICA	Cirurgia Vascular		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente politraumatizada, submetida a TC do Tórax com contraste evidenciando hematoma periaórtico. (Dissecção? Pseudoaneurisma?)

Solicito avaliação da cirurgia vascular

DATA: 03/06/2019

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Pcte apresentando hematoma periaórtico apical, colúmbio muito x comprimido, origem não localizada pela tomografia convencional com contraste.

Suspeito catotografia p/ localiza possível origem do hematoma → risco de atenuar intencional?

ou realização de angiogramia.

HIPÓCRATES
Cirurgia Vascular e Endovascular
CRM 10.243

DATA: 03/06/19.

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

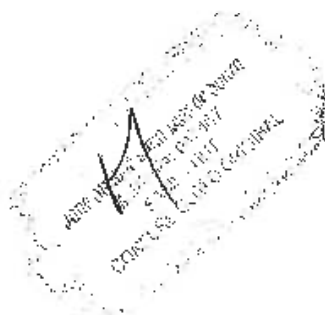


- AVALIAÇÃO DA C. TORÁCICA: HEMATOMA PERIAÓRTICO DE ORIGEM NÃO LOCALIZADA INDICOU AORTOGRAFIA OU ANGIO TC DE TÓRAX PARA LOCALIZAR PROVÁVEL ORIGEM (LESÃO DE A. INTERCOSTAL?);
- SOLICITO ROTINA DE EXAMES ADMISSIONAIS;
- PROGRAMAR NOVA TC DE ABDOME COM CONTRASTE APÓS AVALIAÇÃO DE FUNÇÃO RENAL / PROGRAMAR ANGIO TC DE CRÂNIO;
- SOLICITO AVALIAÇÃO DA C. TORÁCICA (PEQUENO PNEUMOTÓRAX) PARA ACOMPANHAMENTO;

TERESINA
03/06/2019

MÉDICO:

[Assinatura]
José Noronha Vieira Júnior
MÉDICO INTENSIVISTA ROE Nº 2886
PNEUMOLOGISTA ROE Nº 2819
CRM-PI 4474



RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA Prontuário: 56834 Data de nascimento: 20/03/1979

POLITRAUMA-LAD/ CONTUSÃO PULMONAR/DERRAME PLEURAL BILATERAL.

HDA: Paciente trazida pelo SAMU após acidente de trânsito colisão moto x caminhão com eeg 6. Realizado suporte ao paciente vítima de trauma, evoluindo com necessidade de int. Avaliada pelo NCR - TC de crânio evidenciando HSAI em tronco cerebral, sem lesões neurocirúrgicas e sem sinais de fratura em coluna cervical. Parecer da neurocirurgia do dia 07/06/19: sem conduta cirúrgica. Parecer da cirurgia torácica 04/06/19: conduta expectante. Parecer cirurgia vascular 03/06/19: realização da angioTC. Encaminhada da unidade crítica I para o posto 4 dia 12/06/19. Fez uso de Tazocin por 6 dias Evoluiu com BEG, extubada com sucesso, hemodinamicamente estável, glasgow 11, sem sedoanalgesia.

#EXAME DE IMAGEM:

-TC DE Pelve 03/06/19: PEQUENA QUANTIDADE DE LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA; BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS; ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.

-TC DE TÓRAX 03/06/19: MÍNIMO DERRAME PLEURAL BILATERAL, COM ATELECTASIA ADJACENTE; MATERIAL DENSO, DE PROVÁVEL ORIGEM HEMORRÁGICA, ADJACENTE À CROÇA DA AORTA E SUA PORÇÃO DESCENDENTE; DISCRETO PNEUMOTÓRAX À DIREITA; LEVE ESPONDILOSE TORÁCICA.

-TC DE ABDOME SUPERIOR 03/06: DENSIFICAÇÃO DE PLANOS ADIPOSOS RETROPERITONEAIS EM SÍTIO RETROPANCREÁTICO, NA REGIÃO DO HILO RENAL ESQUERDO; LEVE HIDRONEFROSE BILATERAL; FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO; BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO; NÃO IDENTIFICAMOS LESÕES PARIETAIS NA AORTA.

-TC DE CRÂNIO 07/06: HEMORRAGIA SUBARACNOIDE AGUDA EM REGIÃO FRONTO PARIETAL DIREITA, APAGANDO SULCOS CORTICAIS ADJACENTES; PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.; SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS; AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

- ANGIO TC 04/06: TUBO ENDOTRAQUEAL NORMOPOSICIONADO; PEQUENO DERRAME PLEURAL BILATERAL ASSOCIADO A PARCIAL ATELECTASIA RESTRITIVA DOS LOBOS PULMONARES INFERIORES; RARAS ESTRIAS E FAIXAS FIBROATELECTÁSICAS NAS BASES PULMONARES; OSTEÓFITOS MARGINAIS INCIPIENTES NOS CORPOS VERTEBRAIS DA COLUNA DORSAL; NÃO HÁ FOLHA DE ENCHIMENTO OU SINAIS DE DISSECÇÃO NA AORTA; TRONCO E ARTÉRIAS PULMONARES PÉRVIAS E SEM FAIXAS DE ENCHIMENTO; DENSIFICAÇÃO DA GORDURA MEDIASTINAL, SOBRETUDO PERIORBITÁRIA SEM REALCE ANÔMALO DO MEIO DE CONTRASTE.

EXAMES LABORATORIAIS (16/06/2019): HEMÁCIAS 3.57; HB 10.8; HT 32.9%; leucócitos 16300; neutrófilos 12877; segmentados 12877; plaquetas 683000; ureia 32; creatinina 0.5; sódio 144; potássio 4.36; cálcio ionizado 1.157; magnésio 2.38.

#HEMOCULTURA 07/06/19: NEGATIVA.

EXAME FÍSICO:

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:38:18
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209381853200000010324172
Número do documento: 20072209381853200000010324172



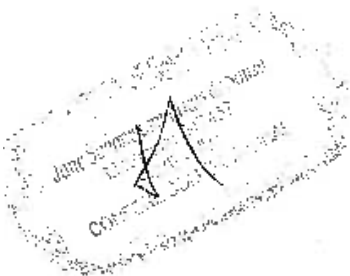
- **Neurológico:** Sem sedação, glasgow 11, pupilas isocóricas médias fotorreagentes;
- **Respiratório:** Modo espontâneo; BNF EM 2T, ritmo regular, sem sopro.
- **Hemodinâmica:** enchimento capilar <2s, pulsos fortes, extremidades quentes. ACR: MV+ bilateralmente, sem Ruídos adventícios.
- **Gastrointestinal:** dieta sem volume residual em SNE, abdome flácido, depressível, RHA+.

Cd: Alta do posto 4;

Teresina, 17 de junho de 2019

Dr. Angelo Valério G. de M. Correia
MÉDICA
CRM: 4364

Médico Plantonista



RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA Prontuário: 56834 Data de nascimento: 20/03/1979

POLITRAUMA-LAD/ CONTUSÃO PULMONAR/DERRAME PLEURAL BILATERAL

HDA: Paciente trazida pelo SAMU após acidente de trânsito colisão moto x caminhão com ecg 6. Realizado suporte ao paciente vítima de trauma, evoluindo com necessidade de int. Avaliada pelo NCR - TC de crânio evidenciando HSAI em tronco cerebral, sem lesões neurocirúrgicas e sem sinais de fratura em coluna cervical. Parecer da neurocirurgia do dia 07/06/19: sem conduta cirúrgica. Parecer da cirurgia torácica 04/06/19: conduta expectante. Parecer cirurgia vascular 03/06/19: realização da angioTC. Encaminhada da unidade crítica I para o posto 4 dia 12/06/19. Fez uso de Tazocin por 6 dias Evoluiu com BEG, extubada com sucesso, hemodinamicamente estável, glasgow 11, sem sedoanalgesia.

#EXAME DE IMAGEM:

-TC DE PELVE 03/06/19: PEQUENA QUANTIDADE DE LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA; BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS; ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.

-TC DE TÓRAX 03/06/19: MÍNIMO DERRAME PLEURAL BILATERAL, COM ATELECTASIA ADJACENTE; MATERIAL DENSO, DE PROVÁVEL ORIGEM HEMORRÁGICA, ADJACENTE À CROÇA DA AORTA E SUA PORÇÃO DESCENDENTE; DISCRETO PNEUMOTÓRAX À DIREITA; LEVE ESPONDILOSE TORÁCICA.

-TC DE ABDOME SUPERIOR 03/06: DENSIFICAÇÃO DE PLANOS ADIPOSOS RETROPERITONEAIS EM SÍTIO RETROPANCREÁTICO, NA REGIÃO DO HILO RENAL ESQUERDO; LEVE HIDRONEFROSE BILATERAL; FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO; BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO; NÃO IDENTIFICAMOS LESÕES PARIETAIS NA AORTA.

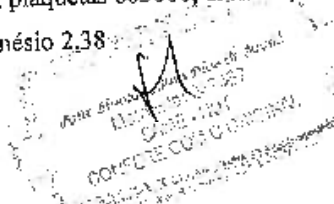
-TC DE CRÂNIO 07/06: HEMORRAGIA SUBARACNOIDE AGUDA EM REGIÃO FRONTO PARIETAL DIREITA, APAGANDO SULCOS CORTICAIS ADJACENTES; PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.; SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS; AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

- ANGIO TC 04/06: TUBO ENDOTRAQUEAL NORMOPOSICIONADO; PEQUENO DERRAME PLEURAL BILATERAL ASSOCIADO A PARCIAL ATELECTASIA RESTRITIVA DOS LOBOS PULMONARES INFERIORES; RARAS ESTRIAS E FAIXAS FIBROATELECTÁSICAS NAS BASES PULMONARES; OSTEÓFITOS MARGINAIS INCIPIENTES NOS CORPOS VETEBRAIS DA COLUNA DORSAL; NÃO HÁ FOLHA DE ENCHIMENTO OU SINAIS DE DISSECÇÃO NA AORTA; TRONCO E ARTÉRIAS PULMONARES PÉRVIAS E SEM FAIXAS DE ENCHIMENTO; DENSIFICAÇÃO DA GORDURA MEDIASTINAL, SOBRETUDO PERIORBITÁRIA SEM REALCE ANÔMALO DAO MEIO DE CONTRASTE.

EXAMES LABORATORIAIS (16/06/2019): HEMÁCIAS 3.57; HB 10.8; HT 32.9%; leucócitos 16300; neutrófilos 12877; segmentados 12877; plaquetas 683000; ureia 32; creatinina 0.5; sódio 144; potássio 4.36; cálcio ionizado 1.157; magnésio 2.38

#HEMOCULTURA 07/06/19: NEGATIVA.

EXAME FÍSICO:



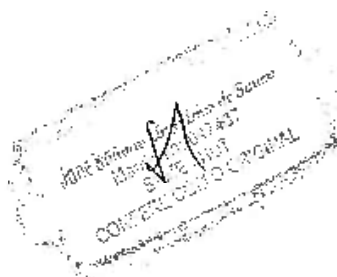
- **Neurológico:** Sem sedação, glasgow 11, pupilas isocóricas médias fotorreagentes;
- **Respiratório:** Modo espontâneo; BNF EM 2T, ritmo regular, sem sopro.
- **Hemodinâmica:** enchimento capilar <2s, pulsos fortes, extremidades quentes. ACR: MV+ bilateralmente, sem Ruídos adventícios.
- **Gastrointestinal:** dieta sem volume residual em SNE, abdome flácido, depressível, RHA+.

Cd: Alta do posto 4;

Teresina, 17 de junho de 2019

Dra. Ângela Valéria G. de M. Correia
MÉDICA
CRM: 4364
Angela

Médico Plantonista





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TERESINA

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON
ROCHA

ADMISSÃO UTI – POSTO 4

Nome: SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA

Prontuário: 56834

Idade: 40A

Procedência: UCI 1

H.D.A

Paciente trazida pelo Samu após acidente de trânsito colisão moto x caminhão.
Realizado suporte ao paciente vítima de trauma, evolui com necessidade de IOT.
Avaliada pela NCR – tc de crânio evidenciando HSAI em tronco cerebral, sem lesões neuricirúrgicas e sem sinais de fratura em coluna cervical.
Solicitada avaliação da cirurgia vascular por imagem sugestiva de hematoma periaórtica em TC de tórax, sem evidência de dissecação após a realização de angio TC de tórax.

CO-MORBIDADES: - pcte sem acompanhante

EXAME FÍSICO

GERAL:

Estado geral regular, normocorada, hidratada.

NEUROLÓGICO:

Vigil, obedecendo aos comandos.

AP. RESPIRATÓRIO:

Em IOT/VM bem acoplada, boa saturação, em desmame ventilatório.

AP: MV + em ambos HT's, s/ RA's.

AP. CARDIOVASCULAR:

AC: RR2T, BNF, SS;

Hemoestável

AP. DIGESTÓRIO:

Abdome globoso, depressível, indolor a palpação, hérnia umbilical.

SIST. MUSCULO-ESQUELÉTICO:

Membros tróficos, perfundidos.

EXAMES REALIZADOS:

TC de crânio / Tc de tórax / Tc de abdome / Angio Tc de tórax

Rx de tórax

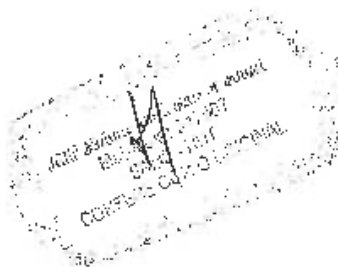
Exames laboratoriais

HIPÓTESE(S) DIAGNOSTICADA(S):

POLITRAUMA – LAD / CONTUSÃO PULMONAR / DERRAME PLEURAL BILATERAL

CONDUTA:

- Suporte intensivo
- Mantido ATBterapia – Tazocin D6 – vigilância infecciosa
- Rotina admissão



Observações Gerais: Glicose 50% - 3 ampolas IV, se glicemia < 70mg/dl

Insulina regular, SC, -conforme esquema:

181-200: 2UI	301-350: 8UI
201-250: 4UI	351-400: 10UI
251-300: 6UI	>400: 12UI

Glicemia capilar 4/4h

⑫ 8F0,9% - 500ml
Glicose 50% - 3 amp > N, B, B, h

⑬ Midazolam 50ug - 3 amp
500µg - 200ml > N, B, B, A, C, M

⑭ Fentanyl - 5 amp
500µg - 200ml > N, B, B, A, C, M

17:15h. Realizo IOT em sequência rápida. TC de tórax evidenciava imagem sugestiva de hematoma periaórtico (dilatação? Pseudo aneurisma). Solicito avaliação cirúrgica vascular.





AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (A/H)

240361

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	240361

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA			6 - Prontuário:	56834
7-CNS:	898050093028905	8-Nascimento:	20/03/1979	9-Sexo:	Feminino
11-Mãe:	MARIA MIRIAM DE LIMA BARBOSA	RG:	1999136 - SSP PI	12-Fone:	86- 8808-3903
13-Resp:	ANA SHIRLEY DE ALMEIDA	14-Cor:	Sen Informação		
15-Ende:	RUA CARTEIRO PITABILVO CA 835 - MAFRENSE - CEP: 64000-010				
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI
		19-CEP:	64000-010		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	HUT DR. ZENON ROCHA IMAGEM COMPUTADORIZADA NOME: <u>Claudio Fontes</u> DATA: <u>03-06-19</u> <u>15:14</u>
Paciente politraumatizada, colisão motoxcaminhão.	

21 - Condições que justificam a internação:
politrauma

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
Acima

23-Diagnóstico Inicial:	24-CID Prim:	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:
Outros traumatismos intracranianos	S068		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:	Tempo SUS
0303040106	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE	1.4
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docm.: 32-Doc. Méd. Solic.:	
	02 01 CPF 018.124.303-29	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	
PEDRO IGOR RAULINO COSTA	03/06/2019	
	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAS Empresa:	44-CBDR:
38-() Acidente Trabalho Trajeiro			
43 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Docmento:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF	
	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselbo)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: PEDRO IGOR; Consulta Local: 724774 Consulta SUS: Impressão: 03/06/2019 15:24:15
--	---





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Samara Lima B. Silva	PRONTUÁRIO	56834
DA CLÍNICA	Pré-natal	LEITO	277/03
À CLÍNICA	C. Torácica		

MOTIVO DA CONSULTA

Racento recente de pneumotórax
com histeria de seriosa pleural
e contusão.
Solicito parecer da C. Torácica
pl programar seto clínic.

DATA: 21/06/19
56834

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

CT de tórax mostra presença de
contusão pulmonar.
Presença de hemopneumotórax.
Recomendação de seto de drenagem de
alta e seguimento ambulatorial.

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 50552 - Em: (23/06/2019)

217/03

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	De. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
240361	56834	SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA	20/03/1979	CLINICA CIRURGICA - P08	ENFERMARIA 217	LEITO 03	DENYBERG DE OLIVEIRA SANTAGO				
Evolução:			SEDE ESTÁVEL, CONSCIENTE, EUCÉTICA, SOLICITO PARECER DA C. TÓXICA E BIOQUÍMICA, ECE 12;		Alergias:			Diagnóstico/Comorbidades:			
Hora:								POLITRAUMATISMO / LAC / CONTUSÃO PULMONAR E DERRAME PLEURAL			
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recone:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta											
ENTERAL Via SNE (Gástrica), Sonda: SNE Nº 10, Volume: 100 ml (Veja descritivo ab Visto Nutricionista Adriana Carla CRN/PI 6320)											
1	CLOROTO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO			1,00	Ampola	EV	EN				
2	RAMITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.			1,00	ML	EV	8/8h				
3	DIFENONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.			1,00	Ampola	EV	EN		AD		
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.			1,00	Ampola	EV	ACM				
5	CAPTOPRIL 25MG SE PAS>160 E/OU PAD>110mmHg			1,00	Comprim	SNE	SN				
6	GLICOSE 50%, INJ. AMP 10ML SE GLICEMIA <80mg/DL			4,00	Ampola	EV	SN				
7	INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML, INJ C/ 10ML CONFORME GLICEMIA			1,00	Frasco	Subcuta	SN				
CAPILAR: 180-200-181-200-201-250-401, 251-300-60 17301-350-801, >350-1001											
Desativativo No. Geral: Dieta enteral hipercalórica (1,5 kcal/ml) e hiperproteica (17% G/L PROT)											

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO
11 SET 2019

(23/06/2019 09:22:52) DENYBERG



ATESTADO

Paciente – Samara de Lima Barbosa Silva, 40 anos

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a paciente acima citada apresenta-se com seqüela cognitiva, comportamental e motora (hemiparesia à direita), decorrentes de trauma crânioencefálico.

CID 10 – T-90

Diego Ramos
Neurologista Especialista em Dor
CRM-PI 6722

Teresina - PI, 28 de agosto de 2019.

DIEGO ALVES RAMOS
MÉDICO NEUROLOGISTA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

877.722.05368 Samara de Lima Barbosa Silva

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

5 - Nome completo: Samara de Lima Barbosa Silva 6 - CPF: 877.722.053-68
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Telefone: 17 - Data de Nascimento:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinatar 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.

Pe a motivação assinada, 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 do 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou netos (vivos/nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (X) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FDG 001 V002/2019







Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		
	16 Idade	17 Índices de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 3 - 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 15 - Exames complementares 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		1 - Sim 2 - Não
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital do Destino		33 Condições de entrada
	1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Imobilização de extremidades 4 - Oxigênio 5 - Colar cervical 6 - Reanimação cardiopulmonar 7 - Curativos 8 - Kred 9 - Assistência obstétrica		32 Hospital do Destino: HUT 33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		34 Óbito: 1 - Sim 2 - Não 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar				
	Paciente vítima de colisão entre caminhão. Primeiros atendimentos realizados pela UBS que fez imobilização com colar cervical em prancha longa, curativos (aplicação de cold compress), acionou bombeiro profissional e 102 para remoção de vítima. No momento da chegada, saturando 100% sob máscara com respiratório. AP: MV + bilatralmente. OBS: aspirar dos pulmões. Obs: ventilador ficou na sala de espera e não em a paciente.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Condutor	

Versão: 27-11-2011





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PAULISTA
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-82 - Ins. Estadual: 19.301.353-5
Nota Fiscal: 1ª Guia de Emissão Emitida pelo SEFAZ/PI
Regime especial de mercado autorizado pelo SEFAZ/PI

PAULISTA CONTATO
0667411-7
NÚMERO DE CONTATO

SEU CÓDIGO
0067411-7

Nº da Nota Fiscal 023268839

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

CONTAS MES
JUNHO/2019

VENCIMENTO
24-06-2019

CONSUMO (KWh)
186

TOTAL A PAGAR (R\$)
242,01

MARIA TÁLIA DE LIMA BARBOSA NUNES
R. CARTEIRO PINTASSILGO 835 MARFENSE
CPF: 00030478340320
CEP: 64.085-690 - TERESINA

ROT: 12.001.36.03.022100

DADOS DA LEITURA		DATA	
Atual:	2073	Atual:	18/06/2019
Anterior:	1887	Anterior:	20-05-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima leitura:	17-07-2019
Consumo Medido:	186	Emissão:	14-06-2019
Consumo Faturado:	186	Apresentação:	18-06-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Tipologia	Número Medidor	Ponto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A283060		1.1.1.1	223

DESCRIÇÃO DA CONTA		
Mesmo consumo	CONSUMO	186 A R\$ 0,861990 = 160,33
MAR/19	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	13,82
ABR/19	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 05/19-00	0,96
MAR/19	MULTA POR ATRASO 05/19-00	5,72
FEV/19	PARCELAMENTO DE DÉBITO 12/12	60,13
JAN/19	JURAS POR ATRASO 05/19-00	1,05
DEZ/18	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,72	
NOV/18		
OUT/18		
SET/18		
AGO/18		
TARIFA DE DISTRIBUIÇÃO		
0 A 100 - 0,619230		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 14-06-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 1423, F40C, 9090, DAA3, FE0C, 1ABC, E272, 2E1D

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)				IMPOSTOS/ATRIBUTOS (R\$)	
Distribuição:	33,69	Base de Cálculo:	160,33	125,05	
Energia:	65,10	Alíquota ICM:	22,00%		
Transmissão:	11,01	Valor do ICM:		35,27	
Encargos:	5,39	Valor do PIS:	1,40%	1,76	
Tributos:	45,14	Valor do COFINS:	6,49%	8,11	
INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DIE		FIC		CMC	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
100%	100%	100%	100%	100%	100%
5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95
0,00			0,00		
TERESINA-MARQUES				04/2019	115,14

ROT: 12.001.36.03.022100

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



0067411-7

242,01

MES FATURADO

VENCIMENTO

06/2019

24-06-2019

Nº da Nota Fiscal: 023268839 - FCAM

836300000002 0 42010017000 0 000000000067 9 41170619008 8



SEQ.: 00018 UC: 0067411-7 DT.LEIT.: 18/06/2019 T.ENTR.: 03
LEITURA: 2073 NORMAL TOTAL: 242,01 CARGA: C01
DT.VENC.: 24-06-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0121



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:38:18

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209381853200000010324172

Número do documento: 20072209381853200000010324172



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

654 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003230/2019-07



Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 23/08/2019 - 12:18

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
RUA SIMPLICIO MENDES, Nº:
Complemento

Data/Hora
03/08/2019 - 14:00

Bairro
CENTRO NORTE

Ponto de Referência
SENAC

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA
RG: 1999136SSPPI
Mãe: MARA MIRIAM DE LIMA BARBOSA
Endereço: RUA LAGAMAR, Nº 4857
Complemento: CONJ. HABITACIONAL PARQUE FIRMINO FILHO
Bairro: SANTA MARIA
Cidade: TERESINA
Telefone(s): 86-9493-6140

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE/VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA/BIZ 125, COR BRANCA, ANO 2019/2019, PLACA QRP-8062, DE PROPRIEDADE DA SRA. MARIA LAURA DE LIMA BARBOSA NUNES, CONFORME DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO AUTENTICADA E ASSINADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADA, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO-II CARRO NÃO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL, QUE MOTIVOU A COLISÃO. A NOTICIANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº 56834. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat.
AGENTE DE POL

SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lúcia Helena Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 116.131-7

Página 1/1

Boletim de Ocorrência emitido em: 23/08/2019 12:18 - SisBO@2011-2019 ATI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:38:18
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209381853200000010324172>
Número do documento: 20072209381853200000010324172

Num. 10888279 - Pág. 24

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 877.722.05368 3 - CPF da vítima: 877.722.053-68 4 - Nome completo da vítima: Samara de Lima Barbosa Silva

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

5 - Nome completo: Samara de Lima Barbosa Silva 6 - CPF: 877.722.053-68
7 - Profissão: Reuso 8 - Endereço: R. Contreira Pinta, s/dgo 9 - Número: 835 10 - Complemento: Lapa
11 - Bairro: Marjane 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.005-690
15 - E-mail: 86.99457-4824

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$1.501,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 A R\$3.500,00 ☐ R\$3.501,00 A R\$4.000,00 ☐ R\$4.001,00 A R\$4.500,00 ☐ R\$4.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$5.500,00 ☐ R\$5.501,00 A R\$6.000,00 ☐ R\$6.001,00 A R\$6.500,00 ☐ R\$6.501,00 A R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 A R\$7.500,00 ☐ R\$7.501,00 A R\$8.000,00 ☐ R\$8.001,00 A R\$8.500,00 ☐ R\$8.501,00 A R\$9.000,00 ☐ R\$9.001,00 A R\$9.500,00 ☐ R\$9.501,00 A R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1989 13 CONTA: 92233 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinatar 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.

Pe a motivação assinada, 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 do 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina PI 04.09.19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FDG 001 V002/2019







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

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190527235

Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SAMARA DE LIMA BARBOSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 15/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00445/00446 - carta_09 - INVALIDEZ

00070223



Carta nº 15374679





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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527235

Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SAMARA DE LIMA BARBOSA

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 14925679

Pag. 00229/00230 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 29 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527235

Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SAMARA DE LIMA BARBOSA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **SAMARA DE LIMA BARBOSA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000001989**

Conta: **0000092211-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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.

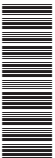
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00379/00380 - carta_15R - INVALIDEZ

00030190





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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527235

Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SAMARA DE LIMA BARBOSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00267/00268 - carta_02 - INVALIDEZ

00020134



Carta nº 14770849



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:	24/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAMARA DE LIMA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000092211-3

Nr. da Autenticação F74890B537B4CBB0



**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: **3190527235**

Nome do(a) Examinado(a): **SAMARA DE LIMA BARBOSA**

Endereço do(a) Examinado(a): **R CART PINTASSILGO - Teresina - PI - CEP 64005-690**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1999136**

Data e local do acidente: [**03/06/2019**]

RUA SIMPLICIO MENDES PROX AO SENAC CENTRO TERESINA PI

Data e local do exame: [**19/09/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.

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

VÍTIMA APRESENTANDO SÍNDROME VESTIBULAR PÓS TRAUMÁTICA COM TESTE DE ROMBERG POSITIVO. PERICIANDA EM USO DE QUETIAPINA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CONSERVADOR. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA MÉDICA .

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:

Dano neurológico

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):

Sistema Nervoso Central

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315009/19

Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

CPF: 877.722.053-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/06/2019

Titular do CPF: SAMARA DE LIMA
BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

SAMARA DE LIMA BARBOSA : 877.722.053-68

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: 11/09/2019
Nome: SAMARA DE LIMA BARBOSA
CPF: 877.722.053-68

SAMARA DE LIMA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315009/19

Número do Sinistro: 3190527235

Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

CPF: 877.722.053-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SAMARA DE LIMA
BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020
Nome: SAMARA DE LIMA BARBOSA
CPF: 877.722.053-68

SAMARA DE LIMA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Silvana de Lima Barbosa Silva
 DATA DO ACIDENTE 03.06.19 CPF DA VITIMA 077.722.053.68
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTECO COM
 A VITIMA Silvana de Lima Barbosa Silva
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Carlos Pimenta, 110
 Nº 835 COMPLEMENTO Parque BAIRRO Maracanã
 CIDADE TERESINA UF PI CEP 64.005.690
 E-MAIL _____ TELEFONE 86.98865.2066

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DA INÍCIA
☒ BOLETIM DE AFIANDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E FOTÓCOPIAS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E FOTÓCOPIAS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 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 COMPROVADAS.
- 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 PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EM REGUE

DATA 10.09.2019
 IDENTIDADE 1.999.336
 ASSINATURA Silvana de Lima Barbosa Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 11 SET 2019
 NOME [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 09:38:18

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072209381853200000010324172>

Número do documento: 20072209381853200000010324172