

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

The title bar shows multiple tabs: "Controle de documentos", "AudIÊncias", "Consulta processos - Proc...", "0835525-39.2019.8.18.0140", "Merge PDF files online.", "WhatsApp", and others.

The main content area displays a document titled "ProceComCiv 0835525-39.2019.8.18.0140" from "ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS...".

A sidebar on the left lists documents under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO":

- 10954544 - CONTESTAÇÃO (2736585 CONTESTACAO 01)
- 10954549 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 10954550 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 10954551 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 10954552 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The central panel shows a preview of a document titled "downloadBinario.seam" with page 1/11. It features the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI".

The bottom navigation bar includes links for "prot+ proc adm.pdf", "prot+cont.pdf", "pa.pdf", "c.pdf", and "prot+ proc adm.pdf".

The system status bar at the bottom right shows "PT", "11:17", and the date "24/07/2020".



Número: **0835525-39.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **08/12/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO (AUTOR)</b>	<b>ARTHUR LENNON ALVES MENESSES (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10954 549	24/07/2020 11:17	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



**CLÍNICA  
MACHADO**

**RELATÓRIO MÉDICO**

Indivíduo que afeiou noveis do  
nascer, foi vítima de acidente de forma-  
do, foto feita em 02.08.18 às 1800hs. Ficou  
sofrendo forte trauma que não, cedendo  
com luxação do punho direito, logo feito  
de forma conservadora com tal gesso  
complementar com fixo fértil,  
com alta definitiva, relato com  
seguimento forte, e um menor  
dos monicatos, com recupera-  
ção funcional de 60%

22-14-18

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

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

**Residencial Tropical Park**

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva  
Fones: 09821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 1

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**  
**CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO**

**ANTONIA ANDRAEA DO NASCIMENTO**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1478474609**

DOC. EXPIRADA/DOC. CARTEIRA  
**1417236 SBE PI**

CPF: **726.598.473-68** DATA Nascimento: **27/04/1975**

NOME: **JOSE DOS REIS C DO NASCIMENTO**  
 MARCA: **MARIA DAS GRACIAS E DO NASCIMENTO**

PERMISSÃO: **PI** ACC: **AB** CAT: **AB**

REGISTRO: **05721517448** VALADE: **25/07/2022** EXPIRAÇÃO: **04/03/2013**

ASSINATURA DO PORTADOR:  
*Patrícia Andraea do Nascimento*

LOCAL: **TERESINA, PI** DATA DE EMISSÃO: **25/07/2017**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1478474609**

ASSINATURA DO PEGO LIVRE  
 ASSINATURA DO EMISSOR  
**PIAUI**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
**DPVAT**  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
**13 NOV. 2018**

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
 Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 2



REGISTRO GERAL		4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME		NELLE ROZE SOARES MARQUES		
FILIAÇÃO				
CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO		
CRATEUS-CE DOC. ORIGEM		22/05/1971		
CERT. NASC. 529 L 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78 TERESINA - PI		Assinatura do Director Pedro Gomes da Moraes Ponto Cenital 840.173.173-91		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 NOV. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 3

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETTRAN - PI 0120170274513	Nº 012427883702 31095884865	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO 05780116c2e48edca71mbb34221c0626656d5076417		
VIA 1	DOC. PERNAMBUCANO PINTO	
NOME/ENDEREÇO ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO		
RUA LEDA MOURAO LOT CIDADE 04723 NOVO HORIZONTE PI		
CPF/CNPJ 72659947368	PLACA PID-7864	
NOME ANTERIOR FRANCISCO GERSON RODRIGUES DA SILVA		
PLACA ANT./UF -	CHASSI 9C2HC1420ER025034	
ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA /NENHUMA	COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARCA/MODELO HONDA/BIZ 100 ES	ANO FAB. e ANO MOD. 2014 2014	
CAP/POT/CL 02P/0097CC	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA
OBSERVAÇÕES 0 PBT: 000.27 SEM RESTRIÇOES		
TERESINA		LOCAL 05/07/2017
ANSELMO MARTINS DO REGO LOBATO DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI Assessor		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 NOV. 2018

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
 Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 4

**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: **3180535726**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R CAMPINORTE, 4723 - URBANP - Teresina - PI - CEP 64000-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **1417236**

Data e local do acidente: [ **02/08/2018** ] **AV ITARARÉ NOVO HORIZONTE TERESINA PI**

Data e local do exame: [ **13/12/2018** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE ULNA DISTAL DIREITA.**

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

**VÍTIMA APRESENTA DIMINIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO PUNHO DIREITO, COM DIMINIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.**

**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 COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2018.**

**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 PUNHO DIREITO.**

**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):

**PUNHO DIREITO**

% 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.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180535726      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 02/08/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EM ULNA DISTAL DIREITA SEM DESVIO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180535726      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 02/08/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EM URNA DISTAL DIREITA SEM DESVIO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180535726      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 02/08/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ULNA DISTAL DIREITA.

**Descrição do exame** VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO PUNHO DIREITO,  
**médico pericial:** COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do punho D devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido conforme parecer do médico examinador.  
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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### 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:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180535726      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 02/08/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ULNA DISTAL DIREITA.

**Descrição do exame** VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO PUNHO DIREITO,  
**médico pericial:** COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do punho D devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido conforme parecer do médico examinador.  
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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### 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:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: Antonia Andreia do nascimento  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade: 34117236  
CPF: 726.599.473-68  
Profissão: Assistente administrativo  
Endereço: R. Campinorte nº 4723  
CEP: 64000-000  
Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

### OUTORGADO:

Nome: Nelly Rose Soares Marques  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade: 4.119.362  
CPF: 840.173.173-91  
Profissão: Recepcionista  
Endereço: Rua 24 de Janeiro nº 544  
CEP: 64000-235  
Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Antonia Andreia do nascimento

2º OFÍCIO

Teresina (PI) 14 de Agosto de 2018.

Local e data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 NOV. 2018

SILVA MALTA  
SENTE SEGURADORA S.A.  
Escrivendo: *Silvia Malta*  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

2º Tabelonato de Notas e Registro de Imóveis - 3ª Circunscrição - Teresina- Piauí  
Teresina-PI - CEP 64048-502 / Fone: (86) 3304-2166 email: cartorio@teresina.pi.gov.br  
Recebido no Tabelionato da Delegacia de Polícia - Tabela de Serviços - Plano Diretor 2009-2017 - CAPITULO 03 - PARTE II - Tabelionato

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO  
EM TEST. *Silvia Malta* DA VERDADE DOU FÉ. TERESINA, 14/08/2018 09:32:38  
SELO



SILVA MALTA - ESCREVENTE AUTORIZADA  
171 TÍC R\$ 0,74 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,71



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 11

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413312/18

Número do Sinistro: 3180535726

Vítima: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

CPF: 726.599.473-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/08/2018

Titular do CPF: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 30/11/2018  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 12

# 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: 16/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000025901-3

---

Nr. da Autenticação FBD15587F25AF6C6



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 13



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180535726**  
Vítima: **ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO**  
Data do Acidente: **02/08/2018**  
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 3180535726**.

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.seguradoraslider.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 13596766

Pag. 01473/01474 - carta\_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 14

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180535726

Vítima: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

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

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180535726  
Vítima: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO  
Data do Acidente: 02/08/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

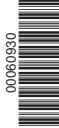
Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180535726 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](http://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.

Pag. 01859/01860 - carta\_02 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13669183



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 16



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180535726**      **Vítima: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 02/08/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Pag. 00399/00400 - carta\_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 17



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	726.599.473 - 68	Antônio Andréia do Nascimento	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
Antônio Andréia do Nascimento	726.599.473 - 68		
Profissão:	Eereço:	Número:	Complemento:
Recluso	Rua Campinense	4703	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
urbano	Teresina	PI	64000-000
E-mail:	Tel.(DDD): (86) 99534-6565		

DADOS CADASTRAIS

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Casa

AGÊNCIA: 1607 CONTA: 25901 Dígito: 3  
 (Informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1607 CONTA: 25901 Dígito: 3  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento de SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO, assinado na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de cobertura para o período de 64.002-470 JAN 2020, Teresina-PI.

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: Teresina - Piauí 20/12/18  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

ma/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de pessoas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
 Número do documento: 20072411172144800000010385273



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 19



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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

726.599.473-68

Nome completo da vítima

Antônio Andrade do Rosamento

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antônio Andrade do Rosamento	726.599.473-68	Assistente administrativo
Endereço	Número	Complemento
R. Camponorte	4723	Casa
Bairro	Estado	CEP
urbano	PI	64000-000
Email	Telefone (DDD)	
	(86) 3303-4104	

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

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

AGÊNCIA NRO. 0029 D/V.  CONTA NRO. 334268 D/V.  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. \* D/V. CONTA NRO. \* D/V.  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 NOV. 2018

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

Teresina, 08 de Novembro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE 001 UNI 1/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>

Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 20



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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 21



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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002836/2018-44

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

Data/Hora: 13/08/2018 - 09:14

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

485447

02/08/2018 - 18:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

NOVO HORIZONTE

Endereço

AV. ITARARÉ, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1417236 PI

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS SOBRAL DO NASCIMENTO

Endereço: RUA LEDA MOURÃO, Nº 4723

Complemento: LOT. CIDADE VERDE

Bairro: NOVO HORIZONTE

Cidade: TERESINA

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/BIZ 100 ES, PLACA PID-7864-PI, COR PRETA, RENAVAM 01012544793, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO CAIU APÓS ATROPELAR UM ANIMAL (CACHORRO). FOI SOCORRIDA POR FAMILIARES E LEVADA PARA A UPA. (PRONT. 121068). TESTEMUNHA: FRANCISCO GERSON RODRIGUES DA SILVA, RUA LEDA MOURÃO, 4916-NOVO HORIZONTE. DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Policia



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Antônio Andrade dos Nascimentos</i>	726.599.473-68	02/08/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>(86) 3303-4104</i>

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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 NOV. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470

*Teresina, 08 de Novembro de 2018*

Local e Data

*Antônio Andrade dos Nascimentos*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001/2017



**Teresina UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA**  
 Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
 TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

### BOLETIM DE ENTRADA (BE)

#### DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO		<b>Prontuário:</b> 121068
<b>Mãe:</b> MARIA DAS GRACAS SOBRAL DO NASCIMENTO	<b>Pai:</b> JOSE DOS REIS CUNHA DO NASCIMENTO	
<b>End. Resid.:</b> R LEDA MOURAO 4723, CIDADE VERDE - NOVO HORIZONTE - TERESINA - PI - CEP:		
<b>Nascimento:</b> 27/04/1975	<b>Idade:</b> 43a3m5d	<b>Sexo:</b> Feminino <b>Fone:</b> 86-98809-5205
<b>Responsável:</b> O MESMO		<b>CNS:</b> 704601172168425
<b>Profissão:</b>		<b>Documento:</b> CPF: 726.599.473-68
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)
<b>End. Local.:</b> - - -		

#### DADOS DO ATENDIMENTO:

<b>Código:</b> 275088	<b>Entrada:</b> 02/08/2018 18:32:49	<b>Convênio:</b> S U S	<b>Proced:</b> 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			

#### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b> QUEDAS	<b>Classificação:</b> Dor moderada	<b>Cor:</b> Amarelo
---	---------------------------------------	------------------------

**Breve História Clas. Risco:**  
 PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO RECENTE, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTANDO LESÕES EM FACE E DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MSD. ALERGICA A PLASIL. NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS.

ISADORA LIMA PORTO MATOS  
 COREN 427408  
 Em: 02/08/2018 18:59:06

<b>SSVV:</b>	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**  
 PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, ESTAVA SEM CAPACETE, APRESENTANDO LESÕES EM FACE E DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MSD. ALERGICA A PLASIL. NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS.

CD: TALA GESSADA  
 ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO DE CLINICA MÉDICA, COM TRAUMA EM CABEÇA (SEM CAPACETE)

<b>Diagnóstico Inicial:</b> Contusão de outras partes do punho e da mão	<b>CID:</b> S602
--	---------------------

**Exames Complementares:**  
 RX COM FRATURA EM ULNA DISTAL SEM DESVIO. ENCONTRA-SE EDEMACIADO PUNHO.

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPMAT**

**CONTEUDO NÃO VERIFICADO**

13 NOV. 2018

**GENTE SEGURADORA S.A.**

Rua Cecílio de Resende, 465 Loja C

Centro Norte CEP: 64.002-470

HORA: 02:08:18

**Motivo da Alta/Encerramento:**  
 Continua Tratamento na Unidade

**DATA:** 02/08/18

Assinatura Paciente ou Responsável

MARIO FELIPE DE JESUS SIMEAO RAULINO  
 4896/PI Em: 02/08/2018 20:07:00



Eletrobras  
Distribuição Piauí

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0622665-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 09.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.323-8  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impostos autorizada pela SITAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 008330586

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

DATA/HORAS	DATA/HORA DE REFERÊNCIA	CONSUMO (WAT)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	18/07/2018	145	136,63

ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO  
R. CAMPINORTE 4723 B-URBANO  
CPF: 00072659947368  
CEP: 64.000-000 - TERESINA

LIMITE DE LEITURA	DATA	LIMITE DE LEITURA	DATA
Atual:	6607	Atual:	11/07/2018
Anterior:	6462	Anterior:	13/06/2018
Concessão de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	13/08/2018
Consumo Médio:	- 145	Emissão:	18/07/2018
Consumo Faturado:	145	Apresentação:	11/07/2018
	FCAM		

NORMAL		28	
Classe/Subclasse	DATA DA ULTIMA LEITURA/MULTA	Leitura	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1655960	1.1.1.1 179
		DESCRIÇÃO DA CONTA	
		Mês/Ano	
		Mês/Ano consumo:	
JUN/18	158	CONSUMO	145 A R\$ 0,832309 = 120,68
MAI/18	178	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	10,51
ABR/18	163	CORRECÃO MONETÁRIA IG 05/18-00	1,00
MAR/18	203	MULTA POR ATRASO 05/18-00	2,72
FEV/18	190	JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00	1,72
JAN/18	184	ADICIONAL BANDEIRA VÉRMELHA -	7,24
DEZ/17	230		
NOV/17	220		
OUT/17	183		
SET/17	188		
		TARIFA S/IMPOSTOS:	
		R\$ 145 - 0,584890	

#### MENSAGENS IMPORTANTES/AVISO DE VERIFICAÇÃO

Nº/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de  
06/2018 141,09 energia elétrica a partir de 10/07/2018. O seu pagamento por  
dá mais tempo para inclusão do nome do consumidor na  
lista. Caso tanto efetuado o pagamento, favor desconsiderar  
este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 5D6A.D329.67C8.C966.02AC.81DC.463C.DEFC

LIMITE DE LEITURA	BASE DE CÁLCULO
Distribuição: 25,01	Base de Cálculo: 120,68
Energia: 47,54	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 7,48	Valor do ICMS: 26,54
Encargos: 7,57	Valor do PIS: 1,17
Tributos: 33,08	Valor do COFINS: 5,37

#### INFORMAÇÕES DE CONTINUIDADE

5,19 10,39 20,77 3,36 6,73 13,45 2,94  
0,00 0,00 0,00

05/2018 51,91

TERESINA-JOCKEY

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

Eletrobras  
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO  
0622665-5

136,63

13 NOV. 2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 09.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.323-8

Nº da Nota Fiscal: 008330586 FCAM

18/07/2018 GENTE SEGURADORA S.A.  
1 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

83680000001 7 36630017000 3 00000000622 1 66550718008 1



SEQ.: 00362 UC: 0622665-5 DT.LEIT.: 11/07/2018 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 6607 NORMAL TOTAL: 136,63 CARGA: 006  
DT.VENC.: 18/07/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2092



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
http://tjpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273  
Número do documento: 20072411172144800000010385273



Eletrobras  
Distribuição Piauí

**COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ**  
Av. Marechal Rondon, 789 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 05.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ/PI/98

Para contato com  
Eletrobras, informe  
o seu NÚMERO

585-88169  
855-8809-1

012814700

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

CONTARNE	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2010	01/11/2010	50	34,47

~~WELLER ROZEL SOARES MARQUES~~  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Aatu:	18910	Aatu:	24/09/2018
Anterior:	1.000 <sup>%</sup>	Anterior:	26/11/2018
Constante de Multiplicação:	96	Próxima Leitura:	24/10/2018
Consumo Médio:	96	Emissão:	25/10/2018
Consumo Pátratado:	FCAM	Apresentação:	24

Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, Vol. 132, No. 10, October 2000, pp. 3333–3340

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

MENSAGENS IMPORTÂNTES / REVISÃO DE VENCIMENTO  
Parabéns! Até o dia 24/10/2018, não constatamos faturas vencidas

---

E715, 715B, 3EC6, 2091, 1E52, B3ED, 6D8B, 5D6C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	16,56	Base de Cálculo:	49,00
Energia:	31,48	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,95	Valor do ICMS:	17,61
Encargos:	5,01	Valor do PIS:	0,79
Tributos:	22,06	Valor do COFRE:	3,66

**INDICADORES DE CONTAMINACIÓN**

Wert	Wert	Wert	Wert	Wert	Wert	Wert	Wert
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00			0,00			0,00	

DEPARTAMENTO DE HABITACIÓN

MENTO DE  
ARMAS

BRVAT

13 NOV 2018

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007241117214480000010385273>  
Número do documento: 2007241117214480000010385273

Num. 10954549 - Pág. 26



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173-41 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonia Andrade do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.599.473-68 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Antonio Andrade do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.599.473-68, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email		Telefone comercial(DDD)	(86) 3303-4104	Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6565

Teresina, 08 de Novembro de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 NOV. 2018

SENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

1 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:18:36  
<http://tjpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411172144800000010385273>  
Número do documento: 20072411172144800000010385273

Num. 10954549 - Pág. 27



## UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
 TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

Imp: 02/08/2018 20:07:00  
 User: MARIO RAULINO  
 Estação: SALADEGESSO-PC

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO		Prontuário: 121061
Mãe: MARIA DAS GRACAS SOBRAL DO NASCIMENTO	Pai: JOSE DOS REIS CUNHA DO NASCIMENTO	
End. Resid.: R LEDA MOURAO 4723, CIDADE VERDE - NOVO HORIZONTE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 27/04/1975	Idade: 43a3m5d	Sexo: Feminino Fone: 86-98809-5205
Responsável: O MESMO	CNS: 704601172168425	
Profissão:	Documento: CPF: 726.599.473-68	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 275088	Entrada: 02/08/2018 18:32:49	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
--	--------------------------------	-----------------

## Breve História Clas. Risco:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO RECENTE, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTANDO LESÕES EM FACE E DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MSD. ALERGICA A PLASIL. NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS.

ISADORA LIMA PORTO MATOS  
 COREN 427408  
 Em: 02/08/2018 18:59:06

SSVV: (Hora: : : )	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
--------------------	---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, ESTAVA SEM CAPACETE, APRESENTANDO LESÕES EM FACE E DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MSD. ALERGICA A PLASIL. NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS.

CD: TALA GESSADA

ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO DE CLINICA MÉDICA, COM TRAUMA EM CABEÇA (SEM CAPACETE)

Diagnóstico Inicial: Contusão de outras partes do punho e da mão	CID: S602
---	--------------

## Exames Complementares:

RX COM FRATURA EM URNA DISTAL SEM DESVIO. ENCONTRA-SE EDEMACIADO PUNHO.

Prescrição Médica: 1 - DIPIRONA 1 G + AD EV 2 - TILATIL 40 MG + AD EV	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 13 NOV. 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 463 Loja C Centro - Nro. 06 CEP: 64.002-470 HORA: 20:07 Mário J. V. Soares
---	--

## Motivo da Alta/Encerramento:

Continua Tratamento na Unidade

DATA: 02/08/18

HORA: 20:07

Assinatura Paciente ou Responsável

MARIO FELIPE DE JESUS SIMEAO RAULINO  
 4896/PI Em: 02/08/2018 20:07:00





## UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
 TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIA ANDREIA DO NASCIMENTO		Prontuário: 121061
Mãe: MARIA DAS GRACAS SOBRAL DO NASCIMENTO	Pai: JOSE DOS REIS CUNHA DO NASCIMENTO	
End.Resid.: R LEDA MOURAO 4723, CIDADE VERDE - NOVO HORIZONTE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 27/04/1975	Idade: 43a3m5d	Sexo: Feminino Fone: 86-98809-5205
Responsável: O MESMO	CNS: 704601172168425	
Profissão:	Documento: CPF: 726.599.473-68	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 275088	Entrada: 02/08/2018 18:32:49	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
---------------------------------------	-----------------------------	--------------

Breve História Clas. Risco:  
 PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO RECENTE, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTANDO LESÕES EM FACE E DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MSD. ALERGICA A PLASIL. NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS.

ISADORA LIMA PORTO MATOS  
COREN 427408  
Em: 02/08/2018 18:59:06

SSV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg
--------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

## Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, ESTAVA SEM CAPACETE, APRESENTANDO LESÕES EM FACE E DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM MSD. ALERGICA A PLASIL. NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS.

CD: TALA GESSADA  
 ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO DE CLÍNICA MÉDICA, COM TRAUMA EM CABEÇA (SEM CAPACETE)

Diagnóstico Inicial: Contusão de outras partes do punho e da mão	CID: S602
---	-----------

Exames Complementares: RX COM FRATURA EM ULNA DISTAL SEM DESVIO. ENCONTRA-SE EDEMACIADO PUNHO	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
--	---

Prescrição Médica: 1 - DIPIRONA 1 G + AD EV 2 - TILATIL 40 MG + AD EV	13 NOV. 2018
---	--------------

Motivo da Alta/Encerramento: Continua Tratamento na Unidade	DATA: 02/08/18	HORA: 20:07
--	----------------	-------------

Assinatura Paciente ou Responsável

MARIO FELIPE DE JESUS SIMEAO RAULINO  
4896/PI Em: 02/08/2018 20:07:00