

Controle de documentos x Sistema SAJ - Conveniado x Sistema SAJ - Conveniado x Consulta processos - Processo x 0801293-76.2020.8.18.0039 - PJ

Não seguro | tpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=540264&ca=51fd4e0b547489156fba370...

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

PJE ProceComCiv 0801293-76.2020.8.18.0039
FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO BEZERRA X SEGURADORA LIDER DOS CON...

11385741 - CONTESTAÇÃO (2743174 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 19/08/2020 10:05:12

19 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11385738 - CONTESTAÇÃO
 - 11385741 - CONTESTAÇÃO (2743174 CONTESTACAO 01)
 - 11386497 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
 - 11386498 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11386503 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11386500 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:05

downloadBinario.seam 1 / 10

2743174- CS/ 2020-02994/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

Processo: 08012937620208180039

PT 10:05 19/08/2020



19/08/2020

Número: **0801293-76.2020.8.18.0039**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Cível da Comarca de Barras**

Última distribuição : **31/07/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11386 497	19/08/2020 10:05	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266937

Vítima: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA

Data do Acidente: 26/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA

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,

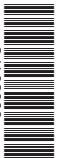
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14164763

Pag. 00355/00356 - carta_01 - INVALIDEZ

00030178





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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266937

Vítima: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA

Data do Acidente: 26/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDIMIO DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01877/01878 - carta_04 - INVALIDEZ

00060939



Carta nº 14186195



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/08/2020 10:05:11

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081910051084700000010785616>

Número do documento: 20081910051084700000010785616

Num. 11386497 - Pág. 2

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: 038.076.213-77 Nome completo da vítima: Francisco Marcos da Conceição Bezerra

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

Nome completo: Francisco Marcos da Conceição Bezerra CPF: 038.076.213-77
Profissão: autônomo Endereço: R. José Ribamar Pereira Número: 723 Complemento: _____
Bairro: Piquizeiro Cidade: Barras Estado: PE CEP: 64.100-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): 86199982.3033

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3436 ☐ CONTA: 35967 ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

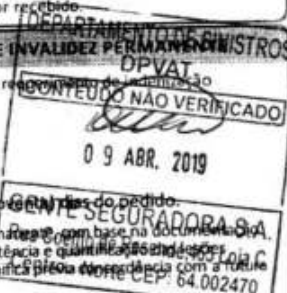
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

Local e Data: Barras-PE 08/04/19
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

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

001 V001/2018



BOLETIM DE Ocorrência Nº: 106495.000308/2019-81

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 28/02/2019 - 09:29

DADOS DA Ocorrência

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE BARRAS

26/12/2018 - 01:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

ESTRADA NO POVOADO SETE DE SETEMBRO, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO FERREIRA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 2908589 SSP PI

Mãe: ANTONIA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA, Nº 723

Bairro: PIQUIZEIRO

Cidade: BARRAS



NATUREZA(S) DA Ocorrência

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo: Ano: Placa: Chassi: Renavam: Cor:
1 - FIAT: Uno Mille 2009 NHY9352 9BD15844A96244586 00125012470 Azul

Condutor: MAURICIO

End: FINAL DO BAIRRO BOA VISTA Número: Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: BOA VISTA

Proprietário: FRANCISCO GOMES PEREIRA

Cidade: BARRAS UF: Bairro:

RELATO DA Ocorrência

INFORMA QUE POR VOLTA DAS 01:30 HRS DO DIA 26/12/2019 VINHA SE DESLOCANDO NO CARRO DO FRANCISCO GOMES PEREIRA, MODELO FIAT UNO, DIRIGIDO POR SEU AMIGO MAURICIO, SENDO QUE NA ESTRADA ESTADUAL PROXIMO A LOCALIDADE SETE DE SETEMBRO, ZONA RURAL DE BARRAS - PI, CHOCARAM-SE COM UMA ARVORE QUE ESTAVA ARRANCADA PROXIMO A PISTA: QUE O CARRO TEVE A FRENTE BASTANTE DANIFICADA, SENDO QUE O MOTORISTA MAURICIO NÃO SE FERIU, CONTUDO O NOTICIANTE TEVE CORTES NA CABEÇA E NO TORAX, QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO SENHOR PAULO QUE TEM UMA FAZENDA PROXIMO QUE LHE TROUXE PARA O HOSPITAL LEONIDAS MELO EM BARRAS, DE ONDE O NOTICIANTE FOI IMEDIATAMENTE TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA, FICANDO INTERNADO 04 DIAS, ONDE TEVE QUE SUTURAR CABEÇA E O TORAX E TEVE UMA LUXAÇÃO NO OMBRO DIREITO.

Geraldo Magela Veras Neto - Mat. 2861941
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Marcos da Conceição Ferreira
FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO FERREIRA - Noticiante
Responsável pela Informação





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

1156 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000308/2019-81

Delegado de Polícia





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: 038.076.213-77 Nome completo da vítima: Francisco Marcos da Conceição Bezerra
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Francisco Marcos da Conceição Bezerra CPF: 038.076.213-77
Profissão: autônomo Endereço: R. José Ribamar Pereira Número: 723 Complemento: _____
Bairro: Piquizeiro Cidade: Barras Estado: PE CEP: 64.100-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 86199982.3033

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3436 ☐ CONTA: 35967 ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada
Local e Data: Barras-PE 08/04/19
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

001 V001/2018

50. Comunico sobre parecer

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Ortopedia

Novo

Conceição Bezerra

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA	Prontuário:	498098
Mãe:	ANTONIA DA CONCEICAO	Pai:	FRANCISCO BEZERRA
End. Resid.:	NAO INFORMADO - MATADOURO - BARRAS - PI - CEP: 64100-000		
Nascimento:	24/03/1988	Idade:	30a9m2d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99440-3062
Responsável:	O MESMO	CNS:	898003838034785
Profissão:	SEGURANCA	Documento:	Reg.Nasc: 00003000000
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Concubinato
End. Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

lgo:	700004	Entrada:	26/12/2018 03:47:46	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL						
(Conforme Paciente/Acomp):							

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Laranja
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: _____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA APROXIMADAMENTE 04 HORAS (COLISÃO COM CARRO). MOTORISTA DORMIU NO VOLANTE. MOTORISTA REFERE INGESTAO DE BEBIDA ALCOOLICA. EM USO DE CINTA DE SEGURANCA NO MOMENTO DO ACIDENTE(SIC). NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. REFERE DOR NO OMBRO ESQUERDO.
A) VIAS AEREAS PERVEAS, SEM COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RIGIDA.
B) MV DIMINUIDO EM HEMITORAX ESQUERDO, SEM RA. SatO2:95%
C) BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S, ABDOMEN: SEM SINAIS DE PERITONITE, PELVE ESTAVEL.FC: 108bpm.
D) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCORICAS.
E) LACERAÇÃO IMPORTANTE EM REGIAO PARIETAL A ESQUERDA

Diagnóstico Inicial:
?

Exames Complementares:
(1125130) - T.C. DE CRANIO
(1125131) - OMBRO DIREITO

Prescrição Médica:
1- SF 0,9% 500ML, EV
2- DIFIRONA 1 AMP + AD, EV, 6/6 HORAS
3- TRAMAL 1 AMP + SF0,9% 100ML, EV, ACN
4- AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA
5- AVALIAÇÃO ORTOPEDIA
6- Alta da cir. geral 7- Encaminhado para cir. plastica as 06:30

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto):

tura Paciente ou Responsável

ADVALDO DE FREITAS SOUSA

CRM PI 1021 Em: 26/12/2018 04:09:19

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/08/2020 10:05:11

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081910051084700000010785616

Número do documento: 20081910051084700000010785616

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-000
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - 50 - 0-1
Regime especial de imposto sobre o consumo - Lei 10.438/2002

Para consulta com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0915467-1

Nº da Nota Fiscal 016346013

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

CONTA RES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL (R\$ PARAR 100)
JANEIRO/2019	18/01/2019	104	162,10

ANTONIA DA CONCEICAO
R. JOSE RIBAMAR PEREIRA 723.723 PIQUEZEIRO
CPF: 00003169671308
CEP: 64.100-000 - BARRAS

QUANTIDADE LECTURA	DATA	DATA DE LECTURA
Atual	10/01/19	11/01/2019
Anterior	10005	13/12/2018
Constante de Multiplicação	1,000	12/02/2019
Consumo Medido	104	Emenda
Consumo Fatorado	104	11/01/2019
REGIME	F CAM	Apresentação

Classe/Subclasse	Nome	Nome Medidor	Ponto	Código Red.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	41535688			1.1.1.1	68

HISTÓRICO	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
DEZ/18	CONSUMO	104 A R\$ 0,862958 =
NOV/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	89,74
OUT/18	CORRECAO MONITARIA IG 12/18-00	9,73
SET/18	MULTA POR ATRASO 12/18-00	0,30
AGO/18	PARCELAMENTO DE DEBITO 2/24	5,23
JUL/18	JUROS POR ATRASO 12/18-00	56,76
JUN/18		0,34
MAY/18		
ABR/18		
MAR/18		

RESERVADO AO FISCO 700F 2FB3 EF07 F79E 1A79 2A90 861C 1251

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/PREJUIZOS - R\$
Distribuição: 18,73	Base de Cálculo: 89,74
Energia: 36,17	Alíquota ICMS: 22,00%
Potencialidade: 6,12	Valor do ICMS: 19,74
Energia: 3,85	Valor do PIS: 0,91
Tributos: 24,87	Valor do COFINS: 4,22

QUANTIDADE DE CONTABILIDADE	Valor
2,27	14,53
0,00	29,06
	3,86
	7,73
	15,45
	4,14
	0,00
	0,00
	35,58

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 ABR. 2019

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



ÁGUAS DE
TERESINA

TC 1.38
20190402091849

CNPJ 27.157.474/000106 - LE 195965574
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA
13650041-2

FATURA Nº
151048179
MÊS/ANO
4/2019

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

LOCALIZAÇÃO
002-00019-002030

GRUPO
002
NÚMERO DO HIDRÔMETRO
Y185035846

HISTÓRICO DE CONSUMO	LITROS	FATURAÇÃO
02/2019 Lido	22	22
01/2019 Lido	16	16
12/2018 Lido	28	28
11/2018 Lido	24	24
10/2018 Lido	16	16

ECONOMIA - CATEGORIA / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

ANTERIOR DATA 06/03/2019 LITROS 118
ATUAL DATA 02/04/2019 LITROS 127

CONSUMO MÊS M3 17

Área 12,74x10,12
PIS. PASEP 68,35x1,65% = 1,12
COPINS 68,35x7,68% = 5,19

TABELA DE TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

RESIDENCIAL
TARIFA DE CONSUMO R\$ (R\$) E (R\$)

VALOR REFERENTE ÁGUA - 65,55
> Residencial-Normal 17,0 m3 65,55
JUROS POR ATRASO 02/2019 0,92
MULTA POR ATRASO 02/2019 1,88

NÃO RESIDENCIAL
TARIFA DE CONSUMO R\$ (R\$) E (R\$)

14/04/2019

TOTAL A PAGAR 68,35

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NÃO SE ARQUIVAM ACUSAÇÃO(S) DE DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

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

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2442	2310	123	1,48	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2038	1962	76	10,60	Inferior a 15
PH	2453	2334	119	6,41	6,00-9,50
TURBIDEZ				3,04	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	572	572	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 02/04/2019 HORA DA EMISSÃO: 09:10

TC 1.38

20190402091849

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRICULA
13650041-2

FATURA Nº
151048179
MÊS/ANO
4/2019

VENCIMENTO
14/04/2019

VALOR A PAGAR
68,35

8266000000-2 68351535000-0 00201915104-8 81790100104-7



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.002471



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Procopio da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 114 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco Marcos da Conceição Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.076.213 / 77
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Marcos da Conceição Ferreira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.076.213 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Henrique Duas</u>	Número: <u>790</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Vermelha</u>	Cidade: <u>Teretina</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64019-330</u>	Tel.(DDD): <u>86</u> <u>99982.3093</u>

Local e Data: Teretina-PE 09/04/19

Maria do Carmo Procopio da Silva
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



50. Comunico sobre parecer

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Ortopedia

Nervo

Concursos Gerais
Cirurgia Plástica

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA	Prontuário:	498098
Mãe:	ANTONIA DA CONCEICAO	Pai:	FRANCISCO BEZERRA
End.Resid.:	NAO INFORMADO - MATADOURO - BARRAS - PI - CEP: 64100-000		
Nascimento:	24/03/1988	Idade:	30a9m2d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99440-3062
Responsável:	O MESMO	CNS:	898003838034785
Profissão:	SEGURANCA	Documento:	Reg.Nasc: 000000000000
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Comcubinato
End.Local.:	-		

DADOS DO ATENDIMENTO:

lgo:	700004	Entrada:	26/12/2018 03:47:46	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÁNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Laranja

Breve História Clas. Risco:	
-----------------------------	--

SSVV:	(Hora: :)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ APROXIMADAMENTE 04 HORAS (COLISÃO COM CARRO). MOTORISTA DORMIU NO VOLANTE. MOTORISTA REFERE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA. EM USO DE CINTA DE SEGURANÇA NO MOMENTO DO ACIDENTE(SIC). NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. REFERE DOR NO OMBRO ESQUERDO.
A) VIAS AEREAS PERVEAS, SEM COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RIGIDA.
B) MV DIMINUIDO EM HEMITORAX ESQUERDO, SEM RA. SatO2:95%
C) BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S, ABDOMEN: SEM SINAIS DE PERITONITE, PELVE ESTAVEL.FC: 108bpm.
D) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCORICAS.
E) LACERAÇÃO IMPORTANTE EM REGIÃO PARIETAL A ESQUERDA

Diagnóstico Inicial:	041304057-8
	L989

Exames Complementares:
(1125130) - T.C. DE CRANIO
(1125131) - OMBRO DIREITO

Prescrição Médica:
1- SF 0,9% 500ML, EV
2- DIFIRONA 1 AMP + AD, EV, 6/6 HORAS
3- TRAMAL 1 AMP + SF0,9% 100ML, EV, ACM
4- AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA
5- AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

Motivo da Alta/Encerramento:		
Observação (Adulto):	DATA: / /	HORA: : :

Cura Paciente ou Responsável

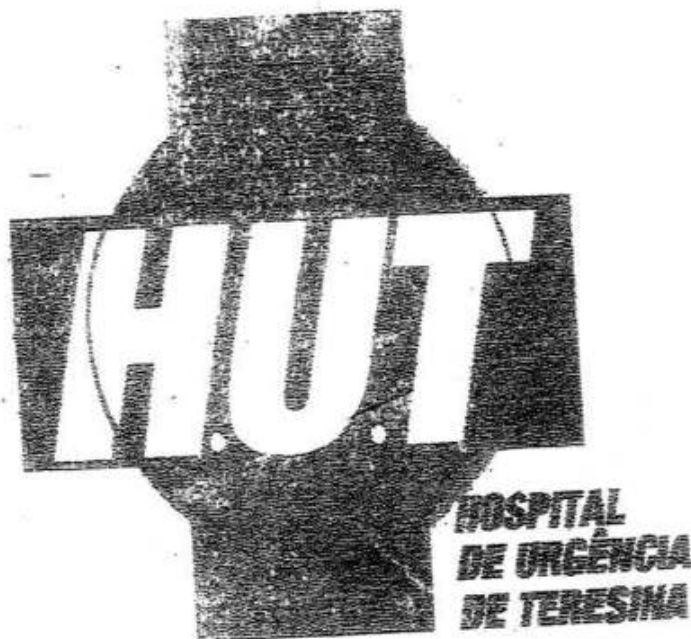
ADVALDO DE FREITAS SOUSA

CRM PI 1021 Em: 26/12/2018 04:09:19

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/08/2020 10:05:11

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081910051084700000010785616

Número do documento: 20081910051084700000010785616



NOME DO PACIENTE: Francisco Marcos da Conceição Borrenna

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 498098

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

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".



07:50. Comunico sobre parecer



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ortopedia
Novo (OH)
Cirurgia Geral
Cirurgia Plástica OH

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA	Prontuário:	498098
Mãe:	ANTONIA DA CONCEICAO	Pai:	FRANCISCO BEZERRA
End. Resid.:	NAO INFORMADO - MATADOURO - BARRAS - PI - CEP: 64100-000		
Nascimento:	24/03/1988	Idade:	30a9m2d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99440-3062
Responsável:	O MESMO	CNS:	898003838034785
Profissão:	SEGURANCA	Documento:	Reg.Nasc: 000000000000
G. Instrução:	Não informado	E. Civil:	Comcubinato
End. Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

ligo:	700004	Entrada:	26/12/2018 03:47:46	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL						
(Conforme Paciente/Acomp):	DEPARTAMENTO DE SINISTROS						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS	DPVAT
Breve História Clas. Risco:	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	09 ABR. 2019	Laranja
GENTE SEGURADORA S.A.		Rua Coelho de Resende, 465 Loja C	
Centro - Norte CEP: 64.002.470		BOMM BEZERRA HOLANDA	
CORRE 222664 PI		Em: 26/12/2018 03:55:38	

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA APROXIMADAMENTE 04 HORAS (COLISÃO COM ARVORE). RELATA QUE O MOTORISTA DORMIU NO VOLANTE. MOTORISTA REFERE INGESTAO DE BEBIDA ALCOOLICA. EM USO DE CINTO DE SEGURANÇA NO MOMENTO DO ACIDENTE(SIC). NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. REFERE DOR NO OMBRO ESQUERDO.
A) VIAS AEREAS PERVEAS, SEM COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RIGIDA.
B) MV DIMINUIDO EM HEMITORAX ESQUERDO, SEM RA. SatO2:95%
C) BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S, ABDOMEN: SEM SINAIS DE PERITONITE, PELVE ESTAVEL.FC: 108bpm.
D) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCORICAS.
E) LACERAÇÃO IMPORTANTE EM REGIAO PARIETAL A ESQUERDA
Direta

Diagnóstico Inicial:
?

Exames Complementares:
(1125130) - T.C. DE CRANIO
(1125131) - OMBRO DIREITO

Prescrição Médica:
1- SF 0,9% 500ML, EV
2- DAPIRONA 1 AMP + AD, EV, 6/6 HORAS
3- TRAMAL 1 AMP + SF0,9% 100ML, EV, 6/6 HORAS
4- AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA
5- AVALIAÇÃO ORTOPEDIA
6- Alta da original 7- Encaminha para cir. plastica as 06:30

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____

Assinatura Paciente ou Responsável

ADVALDO DE FREITAS SOUSA

CRM PI 1021 Em: 26/12/2018 04:09:19

26.12.18 05:51h

Pcto TCB novo

cc novo: simon; si plem; si plem

CR: L. Bando da NCR.

Antonio Carlos Sousa
Neurologista
Cirurgião da Coluna
CRM-PI 2720

26/12/18 07:20h Ortopedia

Don - ombro D após trauma

ADM normal por e1 da

manovanculo OK

Si antes queira no
aparelho locomotor

Alt ortopedia

A cirurgia plástica

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
09 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Dr. Claudio Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM - PI 3321 / CRM - MA 9337
SBOT 12681

26/12/18 C. plástica

Pouco volume de fumento com
cavidade em região parietal, fumento externo
comunidade; realizou desbr do nervo sural
+ laborim com SF + suture e dreno por

cd. Tumorose pelo C. plasto + ATB

Dr. Caio Alcobaça
Cirurgião Plástico
14811 RQE: 2517



Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 7000004

Imp: 26/12/2018 04:09:21

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:			
Nome: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO		Prontuário: 498098	Local: _____
Tipo Sanguíneo: _____		Peso (Kg): 0,00	Altura (M): 0,00
Fator RH: _____		IMC (Kg/m2): 0,00	
		Leito: _____	

[illegible]

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 162504
	AIH: 2218102661610

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO BEZERRA	24/03/1988	498098	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		ANTONIA DA CONCEIÇÃO	O MSM	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)			NUMERO / LOTE
	RUA SÃO JOSE DE RIBAMAR PEREIRA			SN
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
LOC PIQUIZEIRO		BARRAS	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS	0415040035

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA	0413040178		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS	0415040035		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
GANGRENA NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE	R02		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, COM FERIMENTO CORTO CONTUSO EM REGIÃO PARIETAL A D.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270004	10/01/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS		
CNS AUTORIZADOR	ORGAO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
980016001406516		10/01/2019 14:32:05





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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	229772

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA	6 - Prontuário:	498098				
7-CNS:	898003838034785	8-Nascimento:	24/03/1988	9-Sexo:	Masculino	12-Fone:	86-99440-3062
11-Mãe:	ANTONIA DA CONCEICAO	14-Cor:	Parda				
1-Resp:	(O MESMO)	17-Cod.IBGE:	220120	18-UF:	PI	19-CEP:	64100-000
-Ender:	NAO INFORMADO - MATADOURO - CEP: 64100-000	16-Munic:	BARRAS				

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE COM TRAUMA EM CALOTA CRANIANA COM PERDA DE SUBSTANCIA

21 - Condições que justificam a internação:

RISCO DE COMPLICAÇÃO

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

EXAME CLINICO

3-Diagnóstico Inicial:

Afeções da pele e do tecido subcutâneo, não especificados

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:	Tempo		
0413040178	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA			
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.:	31-Docum.:	32-Doc. Méd. Solic.:	
	02	01	CPF	003.742.573-02
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)		
CAIO ALCOBAÇA MARCONDES	26/12/2018	Dr. Caio Alcobaca Cirurgião Plástico CRM-PI 4811 RQE: 2517		

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-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vinculo com a Previdência:	() Aposentado () Não Segurado		
() Empregado () Empregador			

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:
	09 ABR. 2019		
() CNS () CPF	CENTE SEGURADORA S.A.		
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	Usuário: (MARIA SILVA) Consulta Local: 700004 Consulta SUS: Impressão: 26/12/2018 10:24	



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 162504	
	AIIH: 2218102661610	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO BEZERRA	NASCIMENTO 24/03/1988	SEXO M
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE ANTONIA DA CONCEIÇÃO
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA SÃO JOSE DE RIBAMAR PEREIRA		RESPONSÁVEL O MSM
BAIRRO LOC PIQUIZEIRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO BARRAS	NÚMERO / LOTE SN
		UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE COM TRAUMA EM CALOTA CRANIANA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO RISCO DE COMPLICAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) EXAME CLÍNICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL L989 - AFECCÕES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO NÃO ESPECIFICADOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA CLÍNICA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(N) DO CONSELHO) CAIO ALCOBACA MARCONDES CPF: 00374257302
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 26/12/2018
DATA ADMISSÃO 26/12/2018 03:47	DATA ALTA 29/12/2018 11:47
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)			
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE
	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO
JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(N) DO CONSELHO) JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO CPF: 37320443300	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE E AVALIAÇÃO AUDITORIA Jorge Simões CPF: 00374257302
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 ABR. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



Ev. N.º	Nome	Idade	Sexo	Profissão	Endereço	Informação	Medico Assistente
1	FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA	24/03/1988	M	CLINICA CIRURGICA - PDR	ENFERMARIA 220	LEITO 173	JAMES RICARDO SOARES DE BRITO
Diagnóstico/Comorbidades: AAA com perfuração de aorta abdominal e ruptura de sutura							
Relatório de Enfermagem: 11:30. Paciente de sala hospitalar. 100% consciente.							

Seq.	Prescrição	Dose	Via	Freq.	Int.	Dil. Vol.	Rotacionar
1	Dieta Tipo LIVRE.						
2	CLORATO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h		
3	CIDROFLOXACINA 2MG/ML, SIST. FECHADO 100ML.	2,00	mg	EV	12/12h		
4	CLINDAMICINA 150MG/ML, INJ. 4ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h	SF 0,9%	
5	DIPYRINA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD 10mL	
6	PANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	Ampola	EV	12/12h	AD 10mL	
7	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML INJ. SC AMP 0,25ML	1,00	Ampola	Subcut	12/12h		
8	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	ACM	SF 0,9%	

Seq.	Prescrição	Dose	Via	Freq.	Int.	Dil. Vol.	Rotacionar
1	Dieta Tipo LIVRE.						
2	CLORATO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h		
3	CIDROFLOXACINA 2MG/ML, SIST. FECHADO 100ML.	2,00	mg	EV	12/12h		
4	CLINDAMICINA 150MG/ML, INJ. 4ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h	SF 0,9%	
5	DIPYRINA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD 10mL	
6	PANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	Ampola	EV	12/12h	AD 10mL	
7	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML INJ. SC AMP 0,25ML	1,00	Ampola	Subcut	12/12h		
8	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	ACM	SF 0,9%	

de openbaar
en bovendien, een man
de infer-
Aanpak voor aanb- en

Pacient ci ferido opovolo

100

1997

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

Matricula: 82467
 NOME: SAME - HUT
 CONFIRME COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA** (Prontuário:
 Endereço: NAO INFORMADO - MATADOURO - BARRAS - PI CEP: 64100-000
 Nascimento: 24/03/1988 Idade: 30a9m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700004
 Requisição: 905005 Solicitação: 26/12/2018 Solicitante: ADVALDO DE FREITAS SOUSA
 Controle: 1125130 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/12/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- HEMATOMA SUBGALEAL ASSOCIADO A ÁREAS DE LACERAÇÃO DO COURO CABELUDO E PRESENÇA DE PEQUENOS CORPOS ESTRANHOS NAS PARTES MOLES EXTRACRANIANAS À DIREITA.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

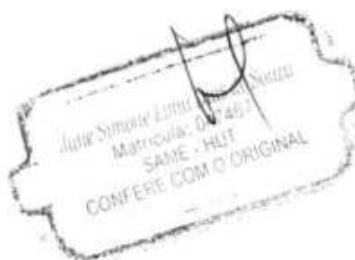
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 26/12/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
09 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/08/2020 10:05:11

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081910051084700000010785616>

Número do documento: 20081910051084700000010785616

Num. 11386497 - Pág. 20



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA** (Prontuário:
Endereço: NAO INFORMADO - MATADOURO - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 24/03/1988 Idade: 30a9m14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700004
Requisição: 905006 Solicitação: 26/12/2018 Solicitante: ADVALDO DE FREITAS SOUSA
Controle: 1125131 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 26/12/2018

Cod. SIA: 0204040035

OMBRO DIREITO

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

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

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 07/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.908.589 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/08/06

NOME FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO BEZERRA

FILIAÇÃO ANTONIA DA CONCEIÇÃO FRANCISCO BEZERRA

NATURALIDADE BARRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 24/03/1988

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 10017 L 09 F 257 EXP BARRAS PI 06/40/05

Francisco Marcos da Conceição Bezerra
 PAULO RIBEIRO DE MORAES
 ASSINATURA DO DIRETOR-GERAL

LEI Nº 7.116/CF 28/3/83

CÓDIGO DE CONTROLE BBBA.BCAF.7C76.1DE1

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 09:18:56 do dia 05/04/2011 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00..

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO BEZERRA
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 038.076.213-77

Nome FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO BEZERRA

Nascimento 24/03/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 MAR. 2019

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



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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

NOME
MARTA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAF
1457994 SSP PI

CPF
703.754.703-44

DATA NASCIMENTO
10/09/1971

FUNÇÃO
LUIZ PROCEDONIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. 198
B

Nº REGISTRO
02851011130

VALIDADE
15/12/2022

1ª HABILITAÇÃO
29/04/2003

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Portador
Marta do Carmo Procedonio da Silva

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
20/12/2017

70615801046
PI320021300

Assinatura do Emissor
ARACI MARTINS DE SOUZA LOPES

PIAUI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 ABR. 2019

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266937 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA **Data do acidente:** 26/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL E LACERAÇÃO DO COURO CABELUDO .10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESTRIDAMENTO) E ALTA MÉDICA. 6

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266937 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA **Data do acidente:** 26/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL COM LACERAÇÃO DO COURO CABELUDO .10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESTRIDAMENTO) E ALTA MÉDICA. 6

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE <i>Francisco Marcos da Conceição Bezerra</i>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <i>solteiro</i>	Profissão: <i>autônomo</i>
Identidade nº: <i>2.908.589</i>	CPF nº: <i>038.076.213-77</i>	
Endereço: <i>R. José Ribamar Pereira N° 923 B- Piquizeiro</i>		
CEP: <i>64.100-000</i>	Telefone: <i>(86) 99982-3093</i>	

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

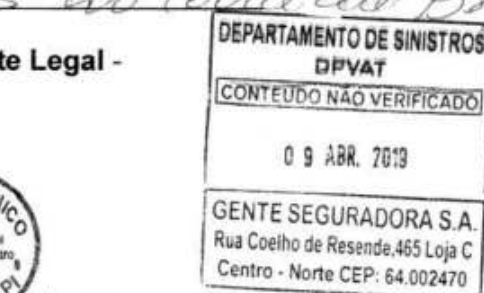
PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () **POR MORTE** (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () **DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia *26/12/18* para a Vitima *Francisco Marcos da Conceição Bezerra*

Barras Pz 28/02/2019

Local e data

Francisco Marcos da Conceição Bezerra

- Vitima ou Representante Legal -



Matheus Pessoa Silva Soares
ESCREVENTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120914/19

Vítima: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZ

CPF: 038.076.213-77

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA : 038.076.213-77

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: 09/04/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

