

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Mensagens, Sistema SAJ, Download file, (28) WhatsApp, Consulta proc..., 0814737-67.20...

Address bar: Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=529079&ca=5d3a6f6ddc15948727...

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

PJE ProceComCiv 0814737-67.2020.8.18.0140
FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES X SEGURADORA LIDER DOS C...

11709646 - CONTESTAÇÃO (2747459 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 03/09/2020 12:10:12

03 Sep 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 11709391 - CONTESTAÇÃO
 - 11709646 - CONTESTAÇÃO (2747459 CONTESTACAO 01)
 - 11709649 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11709652 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11709653 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11709655 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 11

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08147376720208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DVAT em caso de invalidez parcial de...

PT 12:10 03/09/2020



Número: **0814737-67.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **03/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11709 649	03/09/2020 12:10	PROCESSO ADMINISTRATIVO	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, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190579443

Vítima: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

Data do Acidente: 03/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

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 14956340

Pag. 01289/01290 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190579443

Vítima: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

Data do Acidente: 03/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 00000113721-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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



Para mais esclarecimentos, acesse o site 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

057.354.613-46

Nome completo da vítima

Francisco Eduardo Gomes A. Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francisco Eduardo Gomes A. Alves	057.354.613-46	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua: Stelaia	3674	
Bairro	Cidade	Estado
Bela Vista	União	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
	64000-000	(36) 94926.0244

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ 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. D/V
 CONTA NRO. D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

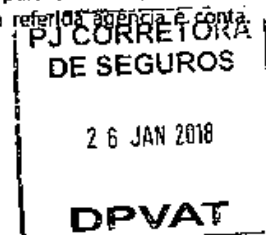
BANCO Nome NRO
 AGÊNCIA NRO D/V
 CONTA NRO D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

União, 24 de Junho de 2012

Local e Data



Francisco Eduardo Gomes A. Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:10:11
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312101113200000011086562>
 Número do documento: 20090312101113200000011086562

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

057.354.613-46 Francisco Eduardo Gomes de Araújo Alves

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

5 - Nome completo: Francisco Eduardo Gomes de Araújo Alves 6 - CPF: 057.354.613-46
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua 23 9 - Número: 2444 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Bandeirante 12 - Cidade: Timonium 13 - Estado: MA 14 - CEP: 65630-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86-3333 8860

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 9987 CONTA: 3337234 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Timonium - MA 09 de Outubro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 - Representante Legal (se houver)

2/2019

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:10:11

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312101113200000011086562

Número do documento: 20090312101113200000011086562

Num. 11709649 - Pág. 4



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

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004122/2017-91

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

Data/Hora: 28/09/2017 - 12:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. AIRTON SENA, Nº:

Complemento

PORTAL DA ALEGRIA III

Data/Hora

03/08/2017 - 08:00

Bairro

PORTAL DA ALEGRIA

Ponto de Referência

CRECHE PEDRO ARRUPÉ

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

RG: 3432301 PI

Mãe: ELIANA GOMES DE ARAUJO ALVES

Endereço: QD-S, BL-08, APT. 11, RESID. WALL FERRAZ, Nº

Bairro: PORTO ALEGRE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP 110 I, PLACA PIM-5894-PI, COR BRANCA, RENAVAM 01088309116, PROP. DE OSMAR DA COSTA E SILVA NETO, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM CELTA DE COR VERMELHA, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, INVADIU A FAIXA DE TRÁFEGO DA MOTO, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 450468). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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

601 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004122/2017-91

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

Data/Hora: 28/09/2017 - 12:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

55 2960

Data/Hora

03/08/2017 - 08:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PORTAL DA ALEGRIA

Endereço

AV. AIRTON SENA, Nº:

Complemento

PORTAL DA ALEGRIA III

Ponto de Referência

CRECHE PEDRO ARRUPÉ

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3432301 PI

Mãe: ELIANA GOMES DE ARAUJO ALVES

Endereço: QD-S, BL-08, APT. 11, RESID. WALL FERRAZ, Nº:

Bairro: PORTO ALEGRE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP 110 I, PLACA PIM-5894-PI, COR BRANCA, RENAVAM 01088309116, PROP. DE OSMAR DA COSTA E SILVA NETO, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM CELTA DE COR VERMELHA, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, INVADIU A FAIXA DE TRÁFEGO DA MOTO, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 450468). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.


Kátia Maria Evangelista - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES - Noticiante
Responsável pela Informação


Luccy Azeite Leal Parreira
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7

corrência emitido em: 08/10/2019 10:44 - SisBO@2011-2019 ATI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:10:11
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312101113200000011086562>
Número do documento: 20090312101113200000011086562

Num. 11709649 - Pág. 6

Declaração de Inexistência



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 0221205 (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 Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves CPF da Vítima 057.354.613-46 Data do Acidente 03/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves

E-mail

CPF do Representante legal

057.354.613-46

Telefone (DDD)

(86) 99926-0249

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 51º 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.

Curitiba 27 de novembro de 2017

Local e Data

Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI.001 V001/2017



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

057.354.613-46 Francisco Eduardo Gomes de Araújo Alves

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

5 - Nome completo: Francisco Eduardo Gomes de Araújo Alves 6 - CPF: 057.354.613-46
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua 23 9 - Número: 2444 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Bandeirante 12 - Cidade: Timonium 13 - Estado: MA 14 - CEP: 65630-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86-3333 8860

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 9987 CONTA: 9937294 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Timonium - MA 09 de Outubro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 - Representante Legal (se houver)

2/2019

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:10:11

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312101113200000011086562

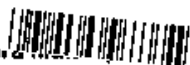
Número do documento: 20090312101113200000011086562

Num. 11709649 - Pág. 8

Comprovação de ato declar



Prefeitura



na

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	295	03/08/17	21903	8:27	8:42
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	849	908			
	10 Endereço	Av. Antonio Sena			
Dados do Paciente	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
	Pontal da Alegria	THE-PI			
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	Creche Pedro Amante			
	14 Nome	Eduardo Gomes de Araujo Alves			
Dados do Paciente	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade	1 - Dia 2 - Mes 3 - Ano 9 - Ignorado			
Tipo de Ocorrência	17 Indicadores de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Tipo de Ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida		
	1 - pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	22 Equipamentos de segurança	23 Glasgow = 15			
	Capacete ☐ Airbag Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum			
Tipo de Ocorrência	24 Simples Vitals	25 Local da lesão			
	Pulso 101 Resp. 16 PA TAX Sat02 98%	Diagrama do corpo humano com setas indicando a localização da lesão na região abdominal.			
Tipo de Ocorrência	26 Pupilas	27 Dor			
	1 - Iguais 2 - Desiguais	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10			
Tipo de Ocorrência	28 Sangramento	29 Fratura			
	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito			
Tipo de Ocorrência	30 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	31 Glasgow = 15			
	☐ Aspiração ☒ Prancha longa/corta ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Imobilização de extremidades ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Assistência obstétrica ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) b) c)	32 Hospital de Destino			
Tipo de Ocorrência	33 Condições de entrada	34 Óbito			
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não ☐ Antes da socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte			
Tipo de Ocorrência	Observações Interdisciplinar				
	Vítima de acidente de transporte por colisão com carro e moto, correntes orientadas, não dor no antebraço E.				
Tipo de Ocorrência	Assinaturas				
	Dr. Renato Gomes Sucupira Médico Recepção 04/11/2011 Socorristas Médico: Antônio AE/TE: João da Silva Enfermeiro: Marley Condutor: Paulo Roberto				

DESEGUROS

04 DEZ 2017

NÃO REMOVIDO





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	295	03/08/17	219103	8:27	8:42
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	849	908			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	Av. Ailton Senna	Portal da Alegria	THE-PI		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	Creche Pedro Arrupe	Fco. Eduardo Gomes de Araújo Alves	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	2,1	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 101 Resp. 16 PA TAX SatO2 98%	
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial ☐ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - 10	1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☒ Acesso Venoso ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Medicamentos a) ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ b) ☐ c) ☐	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte	
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar				
	Vítima de acidente de transporte por colisão com carro e moto, consciente orientado, referir dor no antebraço E.				
Assinaturas					
Dr. João Gomes Sucupira		Socorrista Médico Amâncio		Enfermeiro Marta	
Médico de recepção		AE/TE Joindalva		Condutor Paulo Roberto	

2011



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000113721-4

Nr. da Autenticação ACA87EF5129BE3FE



150485660
9/2019

MORADOR: ISABEL SABINA ROCHA ARAUJO
RUA 23,2444-VILA BANDEIRANTE-TIMON-MA-cep:65630000

LOCALIZAÇÃO
014-00004-049130

DATA DE PROVA
21/10/2019

GRUPO
014

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
Y175153384

PERÍODO DO CONSUMO
DE 20/09/2019 À 30/09/2019

CONDIÇÃO / CATEGORIA / TIPO DE USO
1 Residencial - Normal

VALOR REFERENTE À ÁGUA
38,67

JUROS POR ATRASO
0,15

MULTA POR ATRASO
0,77

TOTAL A PAGAR
39,59

DATA DE PAGAMENTO
10/10/2019

SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.
SE SEU HIDRÔMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

***** NOTIFICAÇÃO *****
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais n.º 11.445/2007, Art. 4º, inciso V e n.º 8.937/95, Art. 6º, § 3º, inciso II.

Substância	Medição	Medição em	Medição em	Medição em	Medição em
	Medição	Medição	Medição	Medição	Medição
Água	175	175	0	175	0,33-5,50 m³
Gasolina	175	175	0	175	inferior a 10,00
Óleo	175	175	0	175	0,00-9,50
Tratamento	175	175	0	175	inferior a 5,00
Outros	175	175	0	175	ausente

DATA DE EMISSÃO: 10/09/2019 **HORA DE EMISSÃO: 06:10**



Declaração Circular SUSEP



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Yasmim de S. Vianna, inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.430.513 / 64, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Eduardo D. de A. Almeida, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.354.613 / 46 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Francisco Eduardo Gomes de A. Almeida, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.354.613 / 46, 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>St: 15 C: 10</u>	<u>65 RESERVA</u>	Número	Complemento
Bairro <u>Ademir</u>	Cidade <u>Enxina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

Enxina 27 de Novembro de 2017
Local e Data

Maria Yasmim de Sousa Vianna
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ 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**².

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 Andressa Laurinda da Costa Sousa inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.031.113 / 03
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES inscrito
(a) no CPF sob o Nº 057.354.613 / 46, do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima
FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.354.613 / 46, 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 Maria Carlos da Silva</u>		Número <u>2527</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>São Benedito</u>	Cidade <u>Timon</u>	Estado <u>MA</u>	CEP <u>65636-230</u>
Email <u>andressa-seguros@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 99819 1714</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 98836 3230</u>

Timon-MA, 30 de Outubro de 2019
Local e Data

Andressa Laurinda da Costa Sousa
Assinatura do Declarante





NOME DO PACIENTE: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE SOUZA RIBEIRO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 450468

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".





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 03/08/2017 09:21:06

[MARCO ROCHA]

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES		Prontuário: 450468
Mãe: ELIANA GOMES DE ARAUJO ALVES	Pai:	
End. Resid.: QUADRA S BL 08 APART 11 RESD WALL FERRAZ - CONJ. PORTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP:		
Nascimento: 19/03/1996	Idade: 21a:5m:15d	Sexo: Masculino Fone: 86-98155-2188
Responsável: ELIANA GOMES DE ARAUJO ALVES	CNS: 704607139698122	
Profissão: AUTONOMO	Documento: CPF: - - -	
G. Instrução: Médico Completo	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 618834	Data: 03/08/2017 09:10:26	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1/2017	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Cirurgião Geral. Paciente com cisto benigno, sem dor, a palpação, cisto benigno, sem sinais de irritação peritoneal. Sem conduta cirúrgica de urgência no momento. Atte de Cir. Geral	
Dr. Italo Gomes Sucupira MÉDICO CRM-PI 6421	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/2017	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/1/2017	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/2017	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer:	



NOME <u>Dr. Eduardo S. de Almeida</u>		IDADE <u>35</u>		SEXO <u>M</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>15</u> hs <u>00</u> min		TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO			
CIRURGIA REALIZADA		CIRURGIÃO			
SINAIS VITAIS		HORÁRIO		SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		<u>168/82</u>		<u>160/91</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		<u>107</u>		<u>112</u>	
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)		<u>97</u>		<u>97 1/2</u>	
TEMPERATURA AXILAR (°C)					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/ MATRÍCULA		<u>geliore</u>			
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☒
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL			
ESCALA DE DOR ALTA		Ass. Tiburcio de Mello Ferreira		Ass. Tiburcio de Mello Ferreira	
		Cristiane da Silva		Cristiane da Silva	
		ENFERMEIRA		ENFERMEIRA	
() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	SONDA () NASOG () NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:					
15h - Pac. admitido na SRPA em PDI de fratura de rádio (C), sob efeito de bloqueio + sedação. Coniente orientado, fãco, supneio de O ₂ 4L em curio. SSV estáveis.					
Cristiane da Silva					
ENFERMEIRA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
ALTA SRPA					
HORÁRIO					
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()					
POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () MORT () NEU () CIR () MÉD					





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT.	LEITO
Janeiro Eduardo Lima de Araújo Alves DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE		
Patient João E. DATA: 03/08/19 HORA: 16:50L	HORARIO		OBSERVAÇÕES		
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
Visto Nutricionista Erlon Pinheiro CRNP/PJ 71510					
1 DIETA LIVRE	(Visto) Erlon	24/08	Atende paciente vítima de acidente automobilístico, seguimento comunitário, orientado, família, supere o perigo da vida. Diária pronta e espontânea. Aceita dieta oral		
2 SG5% 500ML + SFO, 9% 500ML EV EM 12H					
3 DIPIRONA 2ML + AD EV 6/6H		24/08			
4 TENOXICAM 20MG 1AMP DIL EV 12/12H SOS		24/08			
5 TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS					
6 CCGG					
Roceldo Rego Ortopedia e Traumatologia CRM RJ 55147-PM-MAX	Visto Nutricionista Cleide Gonçalves CRNP/PJ 7151				
Cirurgião do aparelho digestivo em Anestesiologia	DMCE				

MÉDICO/CRM:

Mod: 007





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	
Eduardo Gomes		450468	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CLÍNICA Ortopédica	ENF. OU AP. LEITO 236 Ext.
04			
08			
17			
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO		
2	SF 0,9% 1000 ML EV 14 GTS/ MIN		
3	RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H		
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H		
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H		
6	TILATIL 20 - 1 AMP + AD EV 12/12H		
7	CURATIVO		
8	CCGG + SSV		
9	Travet 100mg > 10 d 8h 51m		
10	Plavix 150mg 10 d 8h 51m		
Dr. Wlamilson Costa CRM - 47411-1 TEOTIMÓSTO		MÉDICO ASSISTENTE RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES	
		134 Pct aduitalis uma clínea ortopedica, proveniente da SBA, em PDI placa + fio de trat de Radio + ultra. Relato evidente com neurociática, Nega dores crani- ais e alergias. Paciente de sono e repouso sa- tisfatório, aceita du- da por via oral, clini- cas em uso. P.O., em uso de tipoia, F.D com curativo ocluso, AVB em sig- nificações agudas	
COREN: PI.326273			



IDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
SÉCIE DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO AL		450468	21	Ortopédica	236	EXT. 1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						OBSERVAÇÕES
DI : 03/08/2017	FRAT RADIO + ULNA						
05/08/17							
1	Dieta oral livre						
2	Jeico salinizado						
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 12/12hs						
4	Cefalotina 1g + AD EV 6/6h						
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
7	Tramadol 50mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
8	Plasil _ 10mg 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
9	Curativos diários						
10	Cuidados gerais e sinais vitais						
Dr. Ricardo Gonçalves / Dr. Yuri Braga Filho / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pereira Filho							
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia							
CRM 3415-TESTE 10029 / CRM 12308 / CRM 12308 / CRM 12308							

09:30 - Paciente de alta
hospitalar a critério
médico
Leticia M. da Rocha
CRM 121108



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:10:11

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312101113200000011086562>

Número do documento: 20090312101113200000011086562

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 10208 AIH: 2217101637784
--	---

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
CARTÃO SUS 89800290401413	NOME DO PACIENTE FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES	NASCIMENTO 19/03/1996	SEXO M	PRONTUÁRIO 450468
DOCUMENTO	TELEFONE 8681552188	NOME DA MÃE ELIANA GOMES DE ARAUJO ALVES	RESPONSÁVEL ELIANA GOMES	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
BAIRRO WALL FERRAZ	COMPLEMENTO MUNICÍPIO 221100 TERESINA			UF PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS trauma em antebraço e apresenta dor e limitação funcional		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO necessita de tratamento cirúrgico		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) fratura de rádio e		
CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S523 - FRATURA DA DIAFISE DO RADIO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA			
LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))		
CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO 03/08/2017	ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO CPF: 83823077368 CRM:	
URGENCIA			
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(Nº DO CONSELHO))		NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA	
FABIANNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJÁ CPF 2017 471334 CRM		DATA ANALISE 03/08/2017 11:14:50	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:		CPF	CRM
		DATA ANALISE	

08/08/2017 15:4





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04, 08, 17

NOME DO PACIENTE:	Fº Eduardo Gomes de Araújo	IDENTIFICAÇÃO:	950488
DIAGNÓSTICO:	Fratura de Rádio + Ulna	CIRURGIÃO:	Dr. Wilanildo L. Costa
ANESTESIA:	Bloqueio	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Wilanildo L. Costa	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Estudante	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Hugo	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Jeracilene	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 710	PAR	0	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 715	PAR	0	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	70		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO		
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		escova	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				eleito do	05		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepom	03		
CAT. GUT. CROMADO C/AG				cateter 02	01		
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	01						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2.0	01			CIRCULANTE: Jeracilene			
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:10:11

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312101113200000011086562

Número do documento: 20090312101113200000011086562

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

H.U.S.T



NOME DO PACIENTE		Fco Eduardo Gomes de Araujo		Nº DE REGISTRO		950468	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
04/08/17	120/80	60					
EXAMES DE SANGUE	EX. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ASMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				BRONQUITE			
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES			
		1					
		2					
		3					
LÍQUIDOS		SO-UTO 500					
		400					
		SANGUE 300					
		200					
		OUTROS 100					
TEMPERATURA T		38		SEQUÊNCIA			
P. ARTERIAL		120/80		1			
V O				2			
PULSO		60		3			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X				4			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO				5			
RESPIRAÇÃO O				6			
				7			
				8			
				9			
				10			
				11			
				12			
				13			
				14			
				15			
SÍMBOLOS				DURAÇÃO			
TÉCNICAS		P/analgesia/monitoração		INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES		P/analgesia, P/anal		S/monitoração			
CIRURGIÕES		W/analgesia		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			
ANESTESISTAS		M. K. Canabão FM		P/analgesia			
PARTICULARIDADES							

MOD. 76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:10:11

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312101113200000011086562

Número do documento: 20090312101113200000011086562

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES** (Prontuário:
Endereço: QUADRA S BL 08 APART 11 RESD WALL FERRAZ - CONJ. PORTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 61000-010
Nascimento: 19/03/1996 Idade: 21a:6m:6d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 618834
Requisição: 763397 Solicitação: 03/08/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 948837 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 03/08/2017

ANTEBRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura metadiáfisária distal do rádio.
- Partes moles sem particularidades.

CONCLUSÃO: Fratura metadiáfisária distal do rádio.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/09/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:10:11
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312101113200000011086562
Número do documento: 20090312101113200000011086562



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES** (Prontuário:
Endereço: QUADRA S BL 08 APART 11 RESD WALL FERRAZ - CONJ. PORTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 61000-010
Nascimento: 19/03/1996 Idade: 21a:5m:4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 195502
Requisição: 763738 Solicitação: 04/08/2017 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle: 949242 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 015

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 04/08/2017

ANTEBRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura recente desalinhada na diáfise distal do rádio, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Fio metálico de sindemose rádio-ulnar distal.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 23/08/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



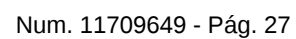
RESEARCH DESIGN

[illegible]

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
04 DEZ 2017
DPVAT



PROIBIDO PLASTIFICAR
1921225910



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354143/19

Vítima: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJ

CPF: 057.354.613-46

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/08/2017

Titular do CPF: FRANCISCO EDUARDO
GOMES DE ARAUJO ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA : 055.031.113-03

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

FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES : 057.354.613-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
CPF: 055.031.113-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Paula Vargens Mendes da Costa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190579443 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES **Data do acidente:** 03/08/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DISTAL DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2,4,5(BAM) P.10,11(EXAME)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves
NASCIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
IDENTIDADE: 3.432.301
CPF: 057.354.613-46
PROFISSÃO: Auxiliar
ENDEREÇO: Rua 23 nº 2444 - Vila Bandeirante
CEP: 65630-000 TELEFONE: (86) 8331 8860
COBERTURA: Invalidez DATA DO ACIDENTE: 03-08-2017

OUTORGADO:

NOME: **ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA**
NASCIONALIDADE: **BRASILEIRA**
ESTADO CIVIL: **SOLTEIRA**
IDENTIDADE: **2.956.420 SSP-PI**
CPF: **055.031.113-03**
PROFISSÃO: **AUTONOMA**
ENDEREÇO: **RUA MARIA CARLOS DA SILVA nº 2527 BAIRRO: SÃO BENEDITO**
CEP: **65636-230**
TELEFONE: **86-99819 1714 86-98836 3230**

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 LIDER 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 documento necessário junto à seguradora, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a VITIMA: Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves.



Timonem - MA 09 de Outubro de 2019
(local e data)

Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves
reconhecer firma por autenticidade ou verdadeiro

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL
Comarca de
Dr. Raimundo Lucas
Tabelião



Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves
Em Testemunho da verdade.
Timon(MA), 09 / 10 / 2019
Ruth Maria de Oliveira
Escrevente Substituta



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354143/19

Vítima: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJ

CPF: 057.354.613-46

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO EDUARDO
GOMES DE ARAUJO ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA : 055.031.113-03

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

FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES : 057.354.613-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
CPF: 055.031.113-03

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

