

Email - Alana L | Controle de do | Mensagens | Audiências | Consulta proce | 0813741-69.20 | (28) WhatsApp | Download file | +

Controle de do | Mensagens | Audiências | Consulta proce | 0813741-69.20 | (28) WhatsApp | Download file | +

Não seguro | tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=523616&ca=d0bb14c50ae20a8d3a... | Apps | Processo Virtual Na... | Administrador | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0813741-69.20.2020.8.18.0140 ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS...

11966644 - CONTESTAÇÃO (2751253 CONTESTACAO 03)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 17/09/2020 12:18:53

17 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
11966340 - CONTESTAÇÃO
1196644 - CONTESTAÇÃO (2751253 CONTESTACAO 03)
11966445 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
11966446 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
11966647 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
11966648 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

16 de 14

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08137416920208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT - em caso de invalidez permanente"



Número: **0813741-69.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/06/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO (AUTOR)	FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11966 645	17/09/2020 12:18	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670978

Vítima: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

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, contados 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 15195292

Pag. 01085/01086 - carta_01 - INVALIDEZ



00036543



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/09/2020 12:18:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091712185230800000011324961>
Número do documento: 20091712185230800000011324961

Num. 11966645 - Pág. 1



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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190670978 Vítima: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

Data do Acidente: 05/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

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

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00849/00850 - carta_11 - INVALIDEZ



00070425



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/09/2020 12:18:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091712185230800000011324961>
Número do documento: 20091712185230800000011324961

Num. 11966645 - Pág. 2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

: cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
3 - CPF da vítima:	668.275.233-49	4 - Nome completo da vítima: Andressa Santos Borges de Araújo	

OPÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Andressa Santos Borges de Araújo	6 - CPF: 668.275.233-49		
7 - Profissão: Auxiliar contabilidade	8 - Endereço: R. 21 de Abril	9 - Número: 785	10 - Complemento: Barra
11 - Bairro: Vermelha	12 - Cidade: Teresina	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64039-300
15 - E-mail: liverossalgado@hotmail.com		16 - Tel.(DDD): 186	17 - Tel.-(DDD): 99534-6565

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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):

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

AGÊNCIA: 0029

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 49830

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (val/nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

informado
de maneira
correta e
completa
do beneficiário
que assinou

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 29/11/19

Andressa Santos Borges de Araújo
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/09/2020 12:18:52
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091712185230800000011324961>
Número do documento: 20091712185230800000011324961

Num. 11966645 - 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 Nº: 100203.004133/2019-31

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Kátia Maria Evangelista
Data/Hora: 07/11/2019 - 17:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Data/Hora 05/09/2019 - 07:40
Tipo Local VIA PÚBLICA Bairro 563484
Município TERESINA
Endereço AV. ALAMEDA PARNAÍBA COM RUA DAVI CALDAS, Nº:
Complemento Ponto de Referência
POR TRÁS DO CEMITÉRIO SÃO JOSÉ

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 2897127 SSP PI
Endereço: RUA DIAMANTE, Nº 548
Complemento: BAIRRO JOIA
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: TIMON

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA ALAMEDA PARNAÍBA CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/C100 BIZ, COR AZUL, PLACA HPE-8097-PI, QUANDO FOI COLIDIDA POR UM AUTOMÓVEL QUE TRAFEGAVA PELA DAVI CALDAS E INVADIU A PREFERENCIAL; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HOSPITAL DA UNIMED. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

Kátia Maria Evangelista - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Kelce Leal Parába
Delegado Seccional de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7

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: 668.275.233-49 4 - Nome completo da vítima: Andressa Santos Borges de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> Andressa Santos Borges de Araújo	6 - CPF: <input type="text"/> 668.275.233-49		
7 - Profissão: <input type="text"/> Auxiliar Contabilidade	8 - Endereço: <input type="text"/> R. 21 de Abril	9 - Número: <input type="text"/> 781	10 - Complemento: <input type="text"/> Casa
11 - Bairro: <input type="text"/> Vermelha	12 - Cidade: <input type="text"/> Teresina	13 - Estado: <input type="text"/> PI	14 - CEP: <input type="text"/> 64039-300
15 - E-mail: <input type="text"/> edvansleyne2@hotmail.com		16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> 1861 99534-6565	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 49830 Dígito:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: Dígito:

(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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? 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

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 29/11/19
Andressa Santos Borges de Araújo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

itura do Representante Legal (se houver)

2009/2010



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 N° do chamado 700	02 Data do chamado 05/09/2010 11:19	03 PRO (código) 9104	04 Saída do PA 800	05 Chegada ao local 8219
Local da Ocorrência	06 Saída do local 8315	07 Chegada ao 1º hospital 8418	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço: Rua: Alameda Paranaíba	11 Bairro Vila Operária	12 Município-UF Te - PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Cemitério S. José				
Dados do Paciente	14 Nome Judressa Dantas Borges de Araújo	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado			
	16 Idade 18/10/1983	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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	
Acidente de Transporte	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 9- Ignorado	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta 5- Objeto fixo 6- Animal 7- Outra 9- Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Exame Físico	23 Glasgow 15	RESPOSTA VERBAL 0-Orientada 1-Confusa 2-Palavras inapropriadas 3-Palavras incompreensíveis 4-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 0-Obedece a comandos 1-Localiza dor 2-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 4-Extensão anormal 5-Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 83 Resp. PA 130/90 TAX. 98.4 Sat02 98.4	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1- Igualas <input checked="" type="checkbox"/> 2- Desiguais <input type="checkbox"/>	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio <input type="checkbox"/> 2- Fino <input type="checkbox"/> 3- Ausente <input type="checkbox"/>	28 Sangramento 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input checked="" type="checkbox"/>	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	
Hospital de Destino	30 Fratura 1-Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Suspeito <input type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) 1- Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> 2- Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> 3- Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> 4- Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> 5- Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> 6- Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> 7- Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>	Não Removido <input type="checkbox"/>	
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino - UNIMED PRIMAVERA	33 Condições de entrada 3 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado <input type="checkbox"/>	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>	Fem. 28y. Vítima de colisão moto + carro com multi traumas escoriações + trauma em punhos + joelhos com lesão contorcionista em mãos D. Ossificante, ensinada.	
	Ent. Portaria <input type="checkbox"/>	Socorristas			



COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 / Insc. Estadual: 19.301.385-3
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica - Serie B/1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ/PI/09

CONTA MÊS

OUTUBRO/2019

VENCIMENTO
20-11-2019FRANCISCO DAS CHAGAS ALMEIDA BORGES
R. 21 DE ABRIL 781 VERMELHA

CPF: 00003601153300

CEP: 64.019-300 - TERESINA

DADOS DA LEITURA

kWh

Atual:

Anterior:

Consumo de Multiplicação:

Consumo Médio:

Consulta Faturada:

Forma de Faturamento:

NORMAL

Código de Irregularidade:

Ligação:

Número Habil:

RESIDENCIAL

HONO

A1228914

CONSUMO

202

FCAM



PARA SUCURSAL
concedida, informe
esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO
0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.745/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal LC 0051869 - Energia Elétrica - Série B-1
Registro especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/96

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	31/10/2019	394	411,88

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	21824	Atual: 24/10/2019
Anterior:	21430	Anterior: 24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura: 25/11/2019
Consumo Medido:	394	Emissão: 23/10/2019
Consumo Faturado:	394	Apresentação: 24/10/2019

Forma de Faturamento: NÓRMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Modidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 394 A R\$ 0,944936 = 372,30
SET/19 368	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 30,03
AGO/19 285	MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00 0,57
JUL/19 222	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00 0,13
JUN/19 205	MULTA POR ATRASO 09/19-00 7,18
MAI/19 204	JUROS P/R ATRASO 09/19-00 1,67
ABR/19 178	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,70
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,12
FEV/19 297	
JAN/19 365	
DEZ/18 57	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 394 - 0,944936

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode cancelar este aviso dentro de 24h. Se não cancelar, a partir de 25/10/2019, entrará em contato por meio de e-mail ou correio de aviso preventivo.

RESERVADO AD FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.84BF.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30 271,78
Energia:	141,48	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissões:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	1,40% 3,82
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	6,49% 17,64

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DNC		FIC		DMC		DICB	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Comprido: TERESINA-MACAÚBA Período de abertura: 08/2019 R\$ 100,91





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.

¹Superintendência de Seguros Privados – SUSEP é o órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF é o 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 Nelle Rege Soares Marques, inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.113.173 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andressa Dantas Borges De Araújo, inscrito (a) no CPF sob o N° 668.275.233 / 49, no sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Andressa Dantas Borges De Araújo, inscrito (a) no CPF sob o N° 668.275.233 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:

* Recuso Informar:

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

Endereço	Rua 24 De Janeiro	Número	544	Complemento	Salas
Bairro	Lentis	Cidade	PI	CEP	64000-235
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6565

Teresina, 29 de Novembro de 2019
Local e Data

Nelle Rege Soares Marques
Assinatura da Declaração

1º assinado em 01/2017

Ficha de Atendimento
Urgência / Adulto



754694

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAÚJO Idade: 28
CPF: 66827523349 Identidade / RG: 2897127
Mãe: GARDENIA DANTAS BORGES Pai: ROBERTIEL LOPES DE ARAUJO
Carteirinha: 09330108600017010 Senha Aut: 2816189
Convênio: INTERMED Plano: DIAMANTE
Endereço: RUA DIAMANTE Bairro: JOIA
CEP: Cidade: TIMON
Dt. Nascimento: 18/07/1991 02:00:00
Sexo: F Telefone: 995469418
Guia: 1109311 Validade: 22/02/2024
Complemento: Estado: MARANHAO

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 754694 Prontuário: 122285 Data/Hora: 05/09/2019 08:53:36
Origem do Atendimento: URGÊNCIA Usuário: RASALIM
Médico: ITALO GOMES SUCUPIRA
Procedimento: CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: Telefone:
Endereço: Bairro:
Complemento:



Assinatura Cliente/Responsável





GUIA DE SERVIÇO MUNICIPAL DE AUXÍLIO DE PRATICA - IENRINA - 03/08/2021
Nº do protocolo:

Status: AUTORIZADA
2-No. 1109311

1-Registro ANS 416398	3-No. Guia Principal 05/09/19	4-Data de Autorização 28/09/19	5-Séries 2816199	6-Data Válida da Série 05/10/19	7-Número da Guia Autorizada pelo 41541891													
7-Dados da Preenchida	8-Número da Carteira 933 0108860017010	9-Validade da Carteira 22/02/2024	10-Nome ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO	11-Número Cadastro Nacional 700000075311103	12-Atendimento a RN NAO													
13-Código na Operadora 10000019	14-Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA. PRIMAVERA	15-Nome do Profissional BRUNA DE OLIVEIRA MARTINS	16-Código CBO S 5845	17-Número no Conselho PI 225125	18-Código CRM 19-Nome do Conselheiro Conselho Regional de Medicina													
19-Nome do Profissional DILNEIDE SOUZA DE SOUZA BORGES DE ARAUJO	20-Descrição 1-Eletrô. 2-Urgência/Emergência	21-Habitação da Solicitante 2-Consultor em pronto socorros	22-Data/Hora da Solicitação 05/09/19 08:51	23-Habitação Clínica (obrigatório se pequena clínica, lempa, consulta de referência e alto risco)	24-Antecedente do Profissional													
25-Tabela 22	26-Código do Procedimento 10101039	27-QI. Solicitada 1	28-QI. Autorizada 1	29-Status AUTORIZADO														
30-Nome do Consultado HOSPITAL UNIMED TERESINA S/S LTDA. PRIMAVERA	31-Indicação de Atendente PRONTO SOCORRO	32-Indicação de Autenticação Nº Acidente 9101993	33-Indicação de Atendente 34-Tipo de Consulta 35-Antecedente	36-Data 05/09/19	37-Hr Inicial 08:58	38-Hr Final 08:58	39-Tabelas 22	40-Cod. Proced. 10101039	41-Descrição Consulta em pronto socorros	42-Qide 1	43-Via 1	44-Tec. 1	45-Nº Rec/AC 60,00	46-Vlr. Unit. 60,00	47-Valor 60,00	48-Situação EXECUTADO	49-Grau Part. 51-Nome do Profissional	52-Conselho 53-Número 54-UF 55-Cod. C
56-Subtotal das Despesas com o Serviço	57-Subtotal das Despesas com o Serviço	58-Subtotal das Despesas com o Serviço	59-Subtotal das Despesas com o Serviço	60-Subtotal das Despesas com o Serviço	61-Subtotal das Despesas com o Serviço	62-Subtotal das Despesas com o Serviço	63-Subtotal das Despesas com o Serviço	64-Subtotal das Despesas com o Serviço	65-Subtotal das Despesas com o Serviço									
1- 2-	3- 4-	5- 6-	7- 8-	9- 10-	60-Total Taxes e Aluguel 0,00	61-Total Materiais R\$ 0,00	62-Total de OPMs R\$ 0,00	63-Total de Medicamentos 0,00	64-Total Gases Medicinais 0,00	65-Total Geral da Guia R\$ 80,00								
66-Assinatura do Responsável pelas Autorizações										67-Assinatura do Beneficiário ou Responsável								
										68-Assinatura do Conselheiro								

Assinatura do Responsável pelas Autorizações

Assinatura do Conselheiro



Intermed

Nº do protocolo:

ENTRADA - DIFUSAU

2-No. 1109319

Status: AUTORIZADA

1-Registro ANS 416398	3-No. Guia Principal 0509/19	4-Data da Autorização 05/09/19	5-Série 2816392	6-Data Vencimento da Série 05/10/19	7-Número da Guia Attribuída pela 41541951						
8-Número da Crimina 033 0100000017010.	9-Validade da Crimina 22/09/2024	10-Nome ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO	11-Número Cartão Nao Saúde 70000007531103	12-Alendramento a RN NAO							
13-Código na Operadora 11000019	14-Nome do Consultado HOSPITAL UNIMED TERESINA SIS LTDA. PRIMAVERA	15-Gabinete Profissional Conselho Regional de Medicina 3254	17-Número no Conselho PI 225125	18-Código CEO S	20-Assinatura do Profissional						
21-Caracter da Solicitação 2-Urgência/Emergência	22-Data/Hora da Solicitação 05/09/19 08:17	23-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapêutica ou referência a alto custo)	24-Qt. Solicitada	25-Qt. Autorizada	Status						
22- 40803104 40803120 40804087 40804070 41001125 41001010	RX - Antebraço RX - Braço RX - Mão ou quinzelado RX - Pé ou pododáctilo RX - Perna TC - Coluna cervical ou dorsal ou lombosacra (até 3 segmentos) TO - Crânio ou vértebra ou órbitas	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	AUTORIZADO AUTORIZADO AUTORIZADO AUTORIZADO AUTORIZADO AUTORIZADO						
29-Cod. 11000019	30-Nome do Consultado HOSPITAL UNIMED TERESINA SIS LTDA. PRIMAVERA	31-Indicação de Acidente Não Acidente	32-Tipo de Consulta	33-Motivo Encerramento	34-Codes						
36-Dia 05/09/19	37-Hr Inicial 10:00	38-Hr Final 10:10	39-Tabela 40803104	41-Descrição RX - Antebraço	42-Cdte 1	43-Via 1	44-Tec. 1	45-NºRes/AC 23,48	46-Wr. Unit. 23,48	47-Valor 23,48	Status
			40803120	RX - Braço							EXECUTADO
			40804087	RX - Mão ou quinzelado							EXECUTADO
			40804070	RX - Pé ou pododáctilo							EXECUTADO
			41001125	RX - Perna							EXECUTADO
			41001010	TC - Coluna cervical ou dorsal ou lombosacra (até 3 segmentos)							EXECUTADO
			41001010	TO - Crânio ou vértebra ou órbitas							EXECUTADO
48-Seq.	49-G. Part.	50-Código na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho	53-Número	54-LUF	55-Cod. CBC				
1-					5						
2-					6						
56-Observação / Justificativa					7						
					8						
59-Total 623,59	60-Total Taxas e Aluguel 0,00	61-Total Materiais R\$ 0,00	62-Total da OPMER R\$ 0,00	63-Total de Medicamentos 0,00	64-Total Gases Medicinais 0,00	65-Total Geral da Guia R\$ 623,59	66-Assinatura do Consultado				
67-Assinatura do Responsável pela Autorização		68-Assinatura do Beneficiário ou Responsável									



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPI/SADT

Nº do protocolo:

Status: AUTORIZADA

2-No.

1109353

Intermed

Intermed

Intermed

1-Registro ANS 416398	3-No. Guia Principal Dose: 0,00 mg	4-Data da Autorização 05/09/19	5-Série 2816642	6-Data Validação da Série 05/10/19	7-Número da Guia Atribuído pela 41542172						
8-Número da Carteira 933 0100600017010	9-Validade da Carteira 22/02/2024	10-Nome ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO	11-Número Cartão Nacional de Saúde 7000000075311103	12-Acreditação à RN NAO							
13-Código na Operadora 110000019	14-Nome do Consultado HOSPITAL UNIMED TERESINA SAS LTDA. PRIMAVERA	15-Nome do Profissional ITALO GOMES	16-Conselho Profissional Conselho Regional da Medicina	17-Número no Conselho 6421	18-LPF PI	19-Código CBO 8 225128	20-Antecedente do Profissional				
21-Centro de Solitário 2 H	22-Data/Hora da Solitário 05/09/19 12:14	23-Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)	24-QT. Solicitada 1	25-QT. Autorizada 1	Status AUTORIZADO						
26-Tabela 30-Nome do Consultado 110000019	27-Descrição Exames, medicamentos, dietas ou limpezas - auxílio e relações culturais	28-Código na Propriedade 30101622	29-Código 1-Eletro 2-Urgência/Emergência	30-Código HOSPITAL UNIMED TERESINA SAS LTDA. PRIMAVERA	31-CRNE 9101993						
32-Tipo Atendimento	33-Indicação da Admissão Não Acidente	34-Tipo da Consulta	35-Antigo Encaminhamento								
36-Data 05/09/19	37-Hr Inicial 12:25	38-Hr Final 12:29	39-Tabela 22	40-Cód Prod. 30101622	41-Descrição Exames, medicamentos, dietas ou	42-Cide 1	43-VIA 1	44-Tec. 45-%Ref/AG 46-Vlr. Unit. 428,00	47-Valor 428,00	Status EXECUTADO	Bloco 16
48-Sig. 48-GP,Pat.	49-Código na Operação/CNPJ	50-Nome do Profissional	51-Número do Profissional	52-Conselho	53-Número 54-LPF 55-COD. CBC						
1- 2-	3- 4-	5- 6-	7- 8-	9- 10-							
55-Total 428,00	56-Total Taxes e Aluguel 0,00	57-Total Material R\$ 0,00	58-Total de OPME R\$ 0,00	59-Total de Medicamentos 0,00	60-Total Gases Medicinais 0,00	61-Total Geral da Guia R\$ 428,00	62-Administração do Beneficiário ou Responsável	63-Autenticação do Consultado	64-Autenticação do Operador	65-Autenticação do Consultado	66-Autenticação da Autorizada

HOSPITAL UNIMED TERESINA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:ISUCUPIRA
Em: 05/09/2019 09:14

OK!

Paciente...: 122285 - ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO
Prescrição.: 1040142 Data: 05/09/2019 09:09
Atendimento: 754694 Dt Nasc: 18/07/1991 (28a 1m 19d)
Convênio...: INTERMED
Internação.: 05/09/2019 08:53 0 Dias(s) int
Médico...: ITALO GOMES SUCUPIRA - CRM 6421
FUNÇÃO: MEDICO(A)
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: T148 OUTR TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO

Diagnóstico:

gelado : 20

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PREScrição MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIPIRONA SOL INJ. 1G-2ML	1	AMPOLA		IV	AGORA	05/09 09:10
-> AGUA DESTILADA SOL. INJ 10ML	1	AMPOLA				
-> SERINGA DESC. 10CC C/BICO SI/AGULHA	1	UND				
-> AGULHA DESC. C/DISP.18GX1(40X12)	1	UND				

EXAMES DE IMAGEM

	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 RX BRACO (DIREITO) ; Exame: 181452						
3 RX ANTEBRACO (DIREITO) ; Exame: 181452						
4 RX MÃO OU QUIRODACTILOS (DIREITO) ; Exame: 181452						
5 RX Perna (DIREITO) ; Exame: 181452						
6 RX PE OU PODODACTILOS (DIREITO) ; Exame: 181452						
7 TC CRANIO ; Exame: 181453 Justificativa: Paciente vítima de politrauma Obs.: EXAME DE URGENCIA-SEM PREPARO.						
8 TC COLUNA DORSAL ; Exame: 181453 Justificativa: Paciente vítima de politrauma						05/09 09:09

Dr. Italo Gomes Sucupira
MEDICO
CRM 6421
ITALO GOMES SUCUPIRA
CRM 6421

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/09/2020 12:18:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009171218523080000011324961>
Número do documento: 2009171218523080000011324961

Num. 11966645 - Pág. 15

Dados do Paciente:

Paciente: 122285 ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

Idade: 28 Anos 1 Mês

Data de Nascimento: 18/07/1991

Dados da Internação:

Atendimento: 754694

CID: T148 OUTR TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO

Convênio: 478 INTERMED

Dt Internação: 05/09/2019

Serviço: CLINICA MÉDICA

Leito:

Enfermaria:

Unidade:

Solicitação do Parecer:

Código: 26118

Data: 05/09/2019

Prestador: ITALO GOMES SUCUPIRA

Especialidade: 43

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Descrição: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO CARRO-MOTO) COM CAPACETE . SEM PERDA DE CONSCIENCIA.
RELATA DOR EM MSD E MID ; TRAZIDA PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO DOS MEMBROS CITADOS
PORÉM COM FUNÇÃO MOTORA PRESERVADA

Dr. Italo Gomes Sucupira
MÉDICO
CRM-PI 6421

ITALO GOMES SUCUPIRA

CRM 6421

RELATÓRIO

NOME: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

PRONTUÁRIO: 122285

DIAGNÓSTICO: T01 - FERIM ENVOLV MULT REGIOES DO CORPO

CONVÊNIO: INTERMED

PROCEDIMENTO: SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS, COM OU SEM DESBRIDA

CIRURGIÃO: ITALO GOMES SUCUPIRA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO (TÉCNICA, SUTURAS, DRENAGENS, FECHAMENTO):

Paciente em decúbito dorsal

Antissepsia com clorexidina

Posição de campos cirúrgicos

Anestesia local com lidocaína 2%

Exérese de tecido subcutâneo inviável em lesão extensa de tornozelo direito

Aproximação de bordos e sutura da lesão de tornozelo.

Sutura nas demais lesões.


CIRURGIÃO - C.R.M
Dr. Italo Gomes Sucupira
MÉDICO
CRM-PI 6421



Dados do Paciente:

Paciente: 122285 ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

Idade: 28 Anos 1 Mês

Data de Nascimento: 18/07/1991

Dados da Internação:

Atendimento: 754694

CID: T148 OUTR TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO

Convênio: 478 INTERMED

Dt Internação: 05/09/2019

Serviço: CLINICA MÉDICA

Leito:

Enfermaria:

Unidade:

Solicitação do Parecer:

Código: 26118

Data: 05/09/2019

Prestador: ITALO GOMES SUCUPIRA

Especialidade: 43

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Descrição: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO CARRO-MOTO) COM CAPACETE . SEM PERDA DE CONSCIENCIA.
RELATA DOR EM MSD E MID ; TRAZIDA PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO DOS MEMBROS CITADOS PORÉM COM FUNÇÃO MOTORA PRESERVADA

ITALO GOMES SUCUPIRA

CRM 6421

Resposta do Parecer:

Médico: 910 FREDERICO ARAUJO LEITE

Descrição: politrauma; foc mao direita, perna dir e triz dir
rx sem lesões ósseas evidentes
cd> sem conduta ortopédica no momento
aos cuidados da cir geral

Dr. Frederico Araújo Leite
Ortopedista Traumatologista
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PI 3718 TEOT 12489

FREDERICO ARAUJO LEITE

CRM3718

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 05/09/2019 13:19:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO RG: 2897127 PESO:
IDADE: 28 Anos SEXO: FEMININO ALTURA:

Data de Nascimento: 18/07/1991

PRESTADOR ASSISTENTE: ITALO GOMES SUCUPIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 05/09/2019 08:53:36 ATENDIMENTO: 754694 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -5 Hora(s)

CONVÉNIO: INTERMED

PLANO: DIAMANTE

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: T148 - OUTR TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: T148 - OUTR TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: T148 - OUTR TRAUM DE REGIAO NE DO CORPO

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

05-09-2019 TC COLUNA DORSAL
05-09-2019 TC CRANIO
05-09-2019 TC COLUNA DORSAL
05-09-2019 TC CRANIO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS ATENDIMENTO ASSISTENCIAL

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: Paciente avaliação pela equipe; estável hemodinamicamente; consciente, orientada, euférica.
Tc de crânio e Rx sem alterações.
Avaliada pela ortopedia, sem conduta de urgência no momento.
Alta Hospitalar com receituário e orientação de retorno a urgência em caso de novos sintomas.

Dr. Italo Gomes Sucupira
CRM-6421

SOULMV - A SOLUÇÃO INTEGRANTE DADA A MODERNIZAÇÃO



Atendimento: 754694

Paciente: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 18/07/1991

Idade: 28 Anos 1 Mês

Médico Assistente: ITALO GOMES SUCUPIRA

Leito Atual:

Prestador Responsável: ANA KAROLINE SOUSA DE JESUS ARAUJO

Setor: PRONTO ATENDIMENTO

Conselho / Número COREN - PI - 1198261

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 05/09/2019

Hora anotação: 09:31

Data anotação: 05/09/2019

Leito:

09:20 PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR DE URGENCIA TRAZIDA PELO SAMU, COM QUADRO DE: POLITRAUMA . AVALIADA PELO PLANTONISTA. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, COLABORATIVO, NORMOTENSO, NORMOCARDIACO, BOA OXIMETRIA DE PULSO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM APORTE DE O2. PREPARADO MEDICAÇÃO. PUNCIONADO COM JELCO N20+POLIFIXO, ADM MEDICAÇÕES C.P.M. SOLICITADO EXAMES DE IMAGEM, SEGUE SOB OS CUIDADOS..
13:00 REALIZADO SUTURA EM MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR DIREITO...
13:30 PACIENTE REAVALIADA PELO MEDICO SEGUE DE ALTA+ORIENTAÇÕES..


ANA KAROLINE SOUSA DE JESUS ARAUJO
COREN 1198261





REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES		
FILIAÇÃO			
CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
CRATEUS-CE DOC. ORIGEM	22/05/1971		
CERT. NASC. 529 L A1/F 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78 Círculo ab. leopoldo TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR	Pedro Gomes de Moraes Fundação Cultural		
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83			



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/09/2020 12:18:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009171218523080000011324961>
Número do documento: 2009171218523080000011324961

Num. 11966645 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/09/2020 12:18:52
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091712185230800000011324961>
Número do documento: 20091712185230800000011324961

Núm. 11966645 - Pág. 22

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427961/19

Vítima: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

CPF: 668.275.233-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO : 668.275.233-49

- 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: 02/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Andreza Santos Borges de Araújo		
RG: 2.897.127	ORG. EMISSOR: SSP-PF	D. EXPEDIÇÃO: -
CPF: 668.275.233-49	ESTADO CIVIL: Casada	PROFISSÃO: Aux. Contabilista
ENDERECO: Rua 25 de Abril		Nº: 785
COMPLEMENTO:	BAIRRO: Vermelha	
CIDADE: Turin	ESTADO: PI	CEP: 64019-300 TELEFONE: (86) 49546-4418

OUTORGA: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES			
RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSS/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14	
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	PROFISSÃO:RECUSO	
ENDERECO: RUA 24 DE JANEIRO			Nº:544
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: TERESINA	UF: PI	CEP:64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

Andrea Santos Borges de Araújo

Data do acidente de trânsito: 05/09/2010

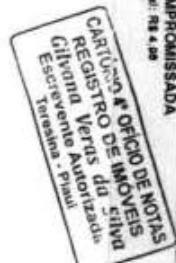
Cobertura da vítima: Indressa Dantas Borges de Araújo



LOCAL / DATA: Ternina, 28 de novembro de 2019.

Andrena hantae Börner var. *fuscata*

www.scholarlypublications.com



GLVANA VERAS DA SILVA - ESCREVENTE COM
E-mail: R\$ 7,50 T.J. R\$ 0,77 MP; R\$ 0,10 Selos R\$ 0,20 Total

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANDRESSA SANTOS BORGES
DE ABALUJO NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PÁTIO AIR P/ SEGURO D'VAT.
EM TESTIMÔNIO DA VERDADE DO FICHEIRO. TERESAINA, 28/11/2019 10:04:51
SELARIAL 82129 CADÚ CONSULTE EM [WWW.TJPB.JUS.BR/PAINEL/INDEX.HTML](http://www.tjpb.jus.br/painel/index.html)





Ofício de Notas e Registro de Imóveis

BENÉ ERLANE BEZERRA DOS SANTOS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/09/2020 12:18:52
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091712185230800000011324961>
Número do documento: 20091712185230800000011324961

Num. 11966645 - Pág. 25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427961/19

Vítima: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

CPF: 668.275.233-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANDRESSA DANTAS BORGES DE ARAUJO : 668.275.233-49

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: 02/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/09/2020 12:18:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091712185230800000011324961>
Número do documento: 20091712185230800000011324961

Num. 11966645 - Pág. 26