



Número: **0801953-70.2020.8.18.0136**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Teresina Sul 1 Anexo II Bela Vista**

Última distribuição : **06/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Confusão, Correção Monetária, Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDI CARLOS DE SOUSA RIOS (AUTOR)		REGINO LUSTOSA DE QUEIROZ NETO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11750057	06/09/2020 05:29	Petição Inicial	Petição Inicial
11750059	06/09/2020 05:29	PROCURAÇÃO EDI CARLOS	Procuração
11750060	06/09/2020 05:29	DOCUMENTOS PESSOAIS EDI CARLOS	Documentos
11750061	06/09/2020 05:29	BOLETIM EDI	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11750062	06/09/2020 05:29	LAUDO IML EDI CARLOS	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11750063	06/09/2020 05:29	PRONTUÁRIO EDI CARLOS	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11750064	06/09/2020 05:29	PROTOCOLO DPVAT ADMINISTRATIVO EDI CARLOS	Documentos
11750065	06/09/2020 05:29	TENTATIVA 1 PAGAMENTO EDI CARLOS	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11750066	06/09/2020 05:29	TENTATIVA 2 PAGAMENTO EDI CARLOS	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11750067	06/09/2020 05:29	TENTATIVA 3 PAGAMENTO EDI CARLOS	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11750068	06/09/2020 05:29	TENTATIVA 4 PAGAMENTO EDI CARLOS	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11750069	06/09/2020 05:29	TENTATIVA 5 PAGAMENTO EDI CARLOS	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11750070	06/09/2020 05:29	VALOR DPVAT EDI CARLOS	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PETIÇÃO INICIAL EM PDF





QUEIROZ PIMENTEL

Advogados Associados

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Ed Carlos da Sousa Reis, brasileiro(a), avido atrelado desempregado inscrito(a) no CPF sob o nº 057.173.943-99, carteira de identidade nº 2.631.570 SSP/PI, residente e domiciliado(a) na Rua São Francisco, Par. Novo Santo Antônio nº 5/n, Bairro: Zona Rural, CEP: 64.415-000, em Nazarete/PI.

OUTORGADO: Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o Dr. REGINO LUSTOSA DE QUEIROZ NETO, brasileiro, solteiro, advogado, portador do CPF: 019.895.863-33, inscrito na OAB/PI nº 9046; com escritório profissional situado na Rua Rui Barbosa, nº 1385, Bairro: Centro/Norte, email: regino.queiroz@hotmail.com, CEP: 64.400-090.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração a rogo, conforme art. 595, do CC e entendimento do CNJ nos autos do Procedimento Administrativo nº 0001464-74.2009.2.00.0000, subscrito por duas testemunhas, abaixo assinadas, constituio meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula ad judicium e com cláusulas et extra, para o foro em geral, e especialmente para: promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, onde recebem notificações e intimações de estilo, a quem confere(m) amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possa(m) defender os interesses e direitos do(s) outorgante(s), perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Autarquia, requerer extratos de consignação e demais documentos necessários ou Entidade Paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgantes seja(m) autor(es) ou reclamante(s), e defendendo – o(s) quando forem réu(s), interessados ou requerido(s), podendo reclamar, conciliar, transigir, desistir, fazer acordo, receber alvará, reconhecer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, notificação e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, tudo em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15. Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

TERESINA(PI), 03 de setembro de 2020.

OUTORGANTE

Ed Carlos da Sousa Reis

TESTEMUNHA 1

Thelma Maria dos Santos

TESTEMUNHA 2

Rua Rui Barbosa nº 1385 - Centro-Norte, Teresina-PI / CEP: 64.000-090

Tel: (86) 98831-0161; (86) 981-5-2097; (86) 98845-2306; (86) 99915-1611



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.631.510 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/10/17

NOME
EDI CARLOS DE SOUSA RIOS

FILIAÇÃO
MARIA AUXILIADORA DO NASCIMENTO RIOS
ALOISIO DE SOUSA RIOS

NATURALIDADE PALMEIRAIS-PI DATA DE NASCIMENTO 28/09/1977

DOC. ORIGEM
CERT.NASC. 4548 L 23 F 125
EXP PALMEIRAIS-PI 30/10/98
CPF 057.173.743-99

1293634

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Policial Classe Especial

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE APOSENTAÇÃO

1 - ☐ Beneficiário único ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário

2 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

3 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

4 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

5 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

6 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

7 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

8 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

9 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

10 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

11 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

12 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

13 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

14 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

15 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

16 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

17 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

18 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

19 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

20 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

21 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

22 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

23 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

24 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

25 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

26 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

27 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

28 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

29 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

30 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

31 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

32 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

33 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

34 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

35 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

36 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

37 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

38 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

39 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

40 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

41 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

42 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

43 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

44 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

45 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

46 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

47 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

48 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

49 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

50 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

51 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

52 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

53 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

54 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

55 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

56 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

57 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

58 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

59 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

60 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

61 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

62 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

63 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

64 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

65 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

66 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

67 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

68 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

69 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

70 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

71 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

72 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

73 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

74 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

75 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

76 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

77 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

78 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

79 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

80 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

81 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

82 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

83 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

84 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

85 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

86 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

87 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

88 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

89 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

90 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

91 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

92 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

93 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

94 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

95 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

96 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

97 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

98 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

99 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não

100 - ☐ Vítima de acidente de trabalho ☐ Sem ☐ Não





equatorial
ENERGIA

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/08

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

1661615-4

Nº da Nota Fiscal 36136765

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

CONSUMO (kWh)
120

TOTAL A PAGAR (R\$)
194,29

CONTA MÊS
MARÇO/2020

VENCIMENTO
02/04/2020

EDI CARLOS DE SOUSA RIOS
R - SÃO FRANCISCO S/N PV SINT ANTONIO - NAZARIA
CPF: 00005717374399
CEP: 64.415-000 - NAZARIA

ROT: 118.081.18.81.220350

CPF: 000	
--	--

Forma de Faturamento: NOIAL		Código de Irregularidade:		Média 12 meses	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	212
RESIDENCIAL	MONO	A2084670		1.1.1.1	
HISTÓRICO kWh			DESCRIÇÃO DA CONTA		
Mês/ano consumo			120 A R\$ 0,824949 = 98,99		
FEV/20 166			CONSUMO 120 A R\$ 0,824949 = 98,99		
JAN/20 149			CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 6,64		
DEZ/19 210			TOTAL ENCARGOS 98,96		
NOV/19 239			TOTAL DEVOLUCAO 10,30		
OUT/19 255					
SET/19 186					
AGO/19 170					
JUL/19 209					
JUN/19 194					
MAI/19 246					
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
0 A 120 - 0,615318					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO E MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$
02/2020 214,36

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/04/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

Você pode optar pelas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO DZBZ.C941.494F.F64C.SED9.9320.FADA.4673

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição:	21,60
Energia:	41,74
Transmissão:	7,06
Encargos:	3,45
Tributos:	25,14
Base de Cálculo:	98,99
Alíquota ICMS:	22,00%
Valor do ICMS:	21,77
Valor do PIS:	0,78%
Valor do COFINS:	3,59%

INDICADORES DE CONTINUIDADE





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

1235 v. 1.0

BOLETIM DE Ocorrência Nº: 174690.000370/2018-34

Unidade de Registro: DP DE NAZÁRIA

Resp. pelo Registro: Jose Rodrigues Sobrinho

Data/Hora: 27/11/2018 - 11:21

DADOS DA Ocorrência

Unidade Policial Responsável

DP DE NAZÁRIA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

NAZÁRIA

Endereço

RUA DO POVOADO PASSAGEM DE SANTO ANTONIO, Nº:

Complemento

Data/Hora

07/09/2017 - 17:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EDI CARLOS DE SOUSA RIOS

RG: 2.631.510 SSP PI

Mãe: MARIA AUXILIADORA DO NASCIMENTO RIOS

Pai: ALOISIO DE SOUSA RIOS

Endereço: RUA SÃO LUIS, Nº S/N

Complemento: POVOADO PASSAGEM DE SANTO ANTONIO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: NAZÁRIA - CEP: 64415-000

Telefone(s): 86-9943-8586

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA Ocorrência

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG150 FAN ESDI

Ano: Placa: Chassi:

2014 OTF9253 9C2KC1680ER502261

Renavam:

00994196679

Cor:

Vermelha

Condutor: EDI CARLOS DE SOUSA RIOS

RG: 2.631.510 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA SÃO LUIS Número: S/N Complemento: POVOADO PASSAGEM DE SANTO ANTONIO

Cidade: NAZÁRIA UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: ELTON FRANÇA CHAGAS

End: RUA SÃO FRANCISCO, PASSAGEM DE SANTO ANTONIO Número: S/N

Cidade: NAZÁRIA UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA Ocorrência

RELATA O NOTIFICANTE QUE NO DIA 07/09/2017, POR VOLTA DAS 17h00, QUANDO TRANSITAVA NO VEÍCULO MOTOCICLETA DE PLACA OTF-9253 POR UMA DAS RUA DO POVOADO PASSAGEM DE SANTO ANTONIO UM OUTRO VEÍCULO MOTOCICLETA COLIDIU CONTRA SEU VEÍCULO. QUE DA COLISÃO CAIU AO CHÃO SENDO QUE O OUTRO VEÍCULO QUE ERA CONDUZIDO POR UMA PESSOA ESTRANHA SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. QUE FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR QUE O LEVOU ATÉ A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO BAIRRO PROMORAR E DE LÁ FOI CONDUZIDO POR UMA AMBULÂNCIA ATÉ O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA. QUE NO HUT FEZ UM INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NO DEDO ANELAR DA MÃO DITEIRA E NA DATA DE 08/11/2018 FEZ A RETIRADA COMPLETA DO DEDO ANELAR DA MÃO DIREITA NO HOSPITAL GETÚLIO VAGAS. QUE DO ACIDENTE ALÉM DE PERDER O DEDO ANELAR DA MÃO DIREITA AINDA FRATUROU A ESCAPULA DIREITA. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Jose Rodrigues Sobrinho - Mat. 2990733
AGENTE DE POLÍCIA

EDI CARLOS DE SOUSA RIOS - Notificante
Responsável pela Informação

Boletim de Ocorrência emitido em: 27/11/2018 10:21 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 1/2





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

1235 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 174690.000370/2018-34

[Assinatura]
Delegado de Polícia

Boletim de Ocorrência emitido em: 27/11/2018 10:21 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 2/2





SECRETARIA DE SEGURANÇA DO PIAUÍ
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "Gerardo Vasconcelos"
Rua Francisca de Melo Lôbo, s/n.º Sacy - Fone: 86 3220 7373
TERESINA-PI CEP: 64020-190 CNPJ: 06.553.549/0001-90



LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO

Identificação do Laudo:

Pag: 1 de 1

Código: 116854	Tipo: L. CORPORAL-ACID.	Requerente: DELEGACIA DE ACIDENTES	Cidade: TERESINA-PI
Data Requisição: 22/03/2019	Remeter para: O mesmo (a)	Data Exame: 19/04/2019	Hora Exame: 14:59
Local Exame: I.M.L.		Emissão do Laudo: 19/04/2019 14:59:31	

Identificação do Periciando:

Código: 95473	Nome: EDI CARLOS DE SOUSA RIOS	Nacionalidade: Brasileira	Cor: PARD
Data Exame: 22/03/2019	Endereço: COMUNIDADE SANTO ANTONIO - ZONA RURAL - NAZARIA - PI		
Mãe: MARIA AUXILIADORES DO NASCIMENTO RIOS	Pat: ALOISIO DE SOUSA RIOS		
CPF: 2631510-SSP.PI	Registro Nascimento:		
Profissão: LAVRADOR	Nascimento: 28/09/1977	Idade (anos): 41	Sexo: M
		Estado Civil: Solteiro(a)	

LAUDO:

P R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Periciando informa ter sofrido acidente de trânsito com motocicleta, tendo evento ocorrido no dia 07/09/2017, em Nazária - PI; tendo fratura de clavícula direita e de fratura avulsiva de quarto quírodáctilo (dedo da mão) direito, sendo submetido a tratamento médico no Hospital de Urgências de Teresina e no HGV. **DESCRIÇÃO:** Periciando alo e autopsiquicamente orientado apresentando amputação total de quarto quírodáctilo direito, e com uma limitação de 40 % dos movimentos de mão direita, e um calo ósseo em clavícula direita com uma limitação de 40 % em movimentos de ombro direito. **CONCLUSÃO:** Periciando com sequela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais; ocasionou ainda uma limitação de 40 % dos movimentos de mão e ombro direitos, e também ocasionou deformidade permanente, em virtude dessa amputação, pois é uma lesão que causa repulsa em quem a observa. **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: SIM. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: CONTUNDENTE. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: SIM. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: SIM. Periciando com sequela de lesão contusa que o inabilitou por mais de 30 dias para suas ocupações habituais; ocasionou ainda uma limitação de 40 % dos movimentos de mão e ombro direitos. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: SIM. Ocasionou deformidade permanente, em virtude dessa amputação, pois é uma lesão que causa repulsa em quem a observa. 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: NÃO. Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. / / / / /

REGIS CARLOS DE OLIVEIRA SOUSA
Perito Médico-Legista - CRM 5221 - PI

Raimundo Nonato Lima
Escrivão de Polícia 1ª Classe
Mat.: 009342-4



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL
AUTENTICAÇÃO

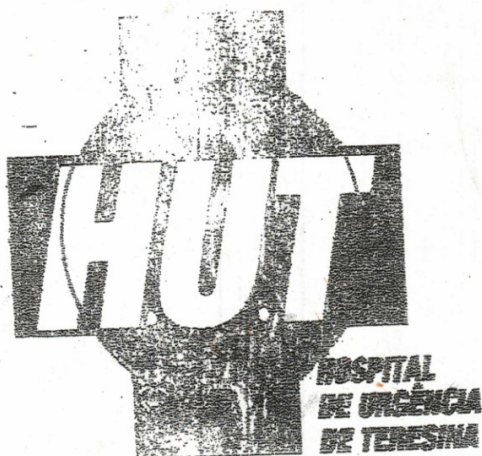
CERTIFICO, que a presente cópia conferi
com a original. O referido é verdade e dou fe.

Teresina-PI, 09.05.2019

Raimundo Nonato
Escrivão de Polícia 1ª Classe

Raimundo Nonato
Escrivão de Polícia 1ª Classe
Mat.: 009342-4





NOME DO PACIENTE: Eduardo de Sousa Reis

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 303177

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDI CARLOS DE SOUSA RIOS** (Prontuário: 303177)
Endereço: PASSAGEM SANTO ANTONIO - ZONA RURAL - NAZÁRIA - PI CEP: 64415-000
Nascimento: 28/09/1977 Idade: 40a.0m:1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 197792
Requisição: 772630 Solicitação: 08/09/2017 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle: 959574 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 08/09/2017

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cômputiva na falange proximal do 4º dedo.

LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/09/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 08/09/2017
SERVIDOR: *[Assinatura]*





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: **EDI CARLOS DE SOUSA RIOS** (Prontuário: 303177)
Endereço: PASSAGEM SANTO ANTONIO - ZONA RURAL - NAZÁRIA - PI CEP: 64415-000
Nascimento: 28/09/1977 Idade: 40a.0m.1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 623988
Requisição: 772576 Solicitação: 07/09/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 959512 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 07/09/2017

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na falange proximal do 4º dedo fixado por fio metálico.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/09/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA-PI 15/09/18
SERVIDOR: *[Assinatura]*





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: **EDI CARLOS DE SOUSA RIOS** (Prontuário: 303177)
Endereço: PASSAGEM SANTO ANTONIO - ZONA RURAL - NAZÁRIA - PI CEP: 64415-000
Nascimento: 28/09/1977 Idade: 40a 0m:1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 623988
Requisição: 772576 Solicitação: 07/09/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 959511 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Id. SIA: 0204040035

Data Exame: 07/09/2017

OMBRO DIREITO

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

- Fratura no superior da clavícula.

ANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/09/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, 15/01/18
SERVIDOR: *[Assinatura]*





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: 07/09/2017 21:59:43
(RAIMUNDA SOARES)

CHA DE PARECER PROFISSIONAL

OS DO PACIENTE:

Nome:	EDI CARLOS DE SOUSA RIOS	Prontuário:	303177
Mãe:	MARIA AUXILIADORA DO NASCIMENTO	Pai:	ALOISIO DE SOUSA RIOS
End. Resid.:	PASSAGEM SANTO ANTONIO - ZONA RURAL - NAZÁRIA - PI - CEP: 64415-000		
Nascimento:	28/09/1977	Idade:	39a:11m:10d
		Sexo:	Masculino
		Fone:	86-99937-0627
Responsável:	RITA DE CASSIA FRANCA MACHADO	CNS:	700408414317945
Profissão:	LAVRADOR	Documento:	RG: 2631510 - SSP PI
Instrução:	Não informado	E. Civil:	Concubinato
End. Local:	- - -		

DOS DO ATENDIMENTO:

Código:	623988	Data:	07/09/2017 21:58:16	Clas. Cor:	Indefinido
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio:	S U S		

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	/ /	ESPECIALISTA:	<i>Guilherme</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	<i>Fz 2 exames D / Exame d 4 dias mas D com luto lib</i>		
DADOS DO PARECER:	Data/Hora:	/ /	

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	/ /	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:			
DADOS DO PARECER:	Data/Hora:	/ /	

Carimbo/Assinatura Solicitante

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





MUNICÍPIO MUNICIPAL DE TERESINA - PI
URGENCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MEDICA

NOME DO PACIENTE

Edi Carolina de Souza Rios

PROFISSIONAL

CLINICA

Ortopédica

ENF. OU AP. LETO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA

CODIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORARIOS

06

06

06

01:15' Paciente admitido

procedente da SRA em

pol de prontos socorros de

da mão D, comiente

orientado, físico. Sa-

bidamente hipertenso

por uso de captopril e

HCT. Negativa para

1

DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTESICO

2

SF 0.9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN

3

RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H

4

CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H

5

DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H

6

TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H

7

TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0.9% 8/8H SN

8

CURATIVO

9

CCGG + SSV

9

CCGG + SSV

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

9

Dr. Wilanildo L. Costa
CRM-PA 10.111-9

HUT-SAM
CONFERIR COM O QUIRÃO
TERESINA, 10/09/2020
SERVIDOR: 10.111-9

Ludmila da Silva
CRM-PA 10.111-9

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, 14/5/10 11/8
SERVIDOR: Jucard
HUT-SAME



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA****Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/09/17

NOME DO PACIENTE: <u>Eduardo de Jesus Rios</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>303173</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Exat. de Hód. nas D. de f. de L. e R. e f. de L. e R.</u>	CIRURGIÃO: <u>Luciano Rios</u>
ANESTESIA: <u>Algo</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Willonildo</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Algo</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Alcantar</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>740</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>05</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			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.		
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>Expon</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<div>HUT-SAME CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA, 06/09/18 SERVIDOR: <u>Willonildo</u></div>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>20</u>		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Raguel</u>			
PROLENE							

MOD - 094



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		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	
LÍQUIDOS		SO-UTO					
TEMPERATURA T		38					
P. ARTERIAL V O PULSO		38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		38					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		38					
RESPIRAÇÃO O		38					
SÍMBOLOS		DURAÇÃO					
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES				S/INTERFERÊNCIA			
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			

MOD. 76 - HUT

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA - 15/11/2020
SERVIDOR: [assinatura]





Nome do Paciente		
Edi Carlos do Santos Rios		
Diagnóstico pré-operatório		
Em Espal ci ped entre d 4. dadi não d		
Operação - Tipo		
Linc - Rsp1 cc Prc		
Cirurgião	1º Assinante	
2º Assinante	3º Assinante	
Instrumentador(a)		Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
<p align="center">DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>1. Pl e Rsp1 cc Prc 86p torçao e 4. dadi não d</p> <p>2. Manobra - Rsp1 cc Prc</p> <p>3. Dissecção - Rsp1 cc Prc</p> <p>4. Dissecção - Rsp1 cc Prc</p> <p>5. Dissecção - Rsp1 cc Prc</p> <p>6. Dissecção - Rsp1 cc Prc</p>		

MOD. 76 - HUT



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 15421

AIH: 2217101713398

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
2679663
CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE
898004130475871 FDI CARLOS DE SOUSA RIOS
DOCUMENTO TELEFONE NOME DA MÃE
8699370627 MARIA AUXILIADORA DO
NASCIMENTO
RESPONSÁVEL
RITA DE CASSIA FRANCA MACHADO

SEXO
M

PRONTUÁRIO
303177

CEP
64415000

BAIRRO
ZONA RURAL

ENDEREÇO - LOGRADOURO

COMPLEMENTO MUNICÍPIO
SANTO ANTONIO 221100 TERESINA

NÚMERO / LOTE
1

UF
PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE POLITRAUMA, GLASGOW 15, ESCORIAÇÕES SUPERFICIAIS, COM FRATURA DE ESCAPULA DIREITA, E DEDO DE MAO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS

CID 10 SECUNDÁRIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408020342 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MAO COM FIXAÇÃO

LEITO/CLÍNICA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA
ADMISSÃO

07/09/2017 21:58

DATA ALTA
08/09/2017 09:30

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

DATA
SOLICITAÇÃO
07/09/2017

WILANILDO LIMA COSTA

CPF: 80461468387

CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TPO

ACIDENTE

CNPJ

SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA
DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

ARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO
PF 22759379353 CRM

DATA ANÁLISE 08/09/2017 02:17:30

CPF

CRM

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, 12/09/2017
SERVIDOR: [assinatura]

12/09/2017 11:28





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo <input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares		Atendente JERLANNY ALYNE BARROS BATISTA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL TERESINA	
Nome do Requerente REGINO LUSTOSA D Q NETO		Nome da Vítima EDI CARLOS DE SOUSA RIOS	
Documentos Complementares		CPF da Vítima 05717374399	
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima <input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima <input type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial <input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador		<input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário <input checked="" type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais <input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador	
Morte <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito (Cópia autenticada) <input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) <input type="checkbox"/> Autorização de Pagamento <input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS <input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fed. <input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento <input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores <input type="checkbox"/> Alvará Judicial		Invalidez Permanente <input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações PEDIDO DO SEGURO DPVAT; DOC PESSOAIS DAS TESTEMUNHAS; COMP DE RESIDÊNCIA; COMP DE CONTA BANCÁRIA; DECLARAÇÃO DO PROP DO VEICULO; DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA; DOC PESSOAIS DO PROP DO VEICULO; CRLV; REQUISIÇÃO DE LAUDO DO IML;	
		DAMS <input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico <input type="checkbox"/> Comproverantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) <input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) <input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 09/09/2019





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

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190549120

Vítima: EDI CARLOS DE SOUSA RIOS

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDI CARLOS DE SOUSA RIOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01215/01216 - carta_25 - INVALIDEZ

00030608





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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190549120

Vítima: EDI CARLOS DE SOUSA RIOS

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDI CARLOS DE SOUSA RIOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01193/01194 - carta_25 - INVALIDEZ

00020597





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, 24 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190549120

Vítima: EDI CARLOS DE SOUSA RIOS

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDI CARLOS DE SOUSA RIOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00009/00010 - carta_25 - INVALIDEZ

00020005





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, 31 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190549120

Vítima: EDI CARLOS DE SOUSA RIOS

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDI CARLOS DE SOUSA RIOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00025/00026 - carta_25 - INVALIDEZ

00020013





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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190549120

Vítima: EDI CARLOS DE SOUSA RIOS

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDI CARLOS DE SOUSA RIOS

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 14805483



Pendência de Documento

Nº do sinistro:	3190549120
Tipo:	Invalidez
Vítima:	EDI CARLOS DE SOUSA RIOS
Data do acidente:	07/09/2017
Data da reclamação:	24/09/2019

ENVIAR PENDÊNCIAS

Foi feita uma tentativa de liberação do pagamento, porém o crédito foi rejeitado pelo banco devido à inconsistência nos dados bancários. Favor atualizar seus dados bancários no local onde seu pedido do Seguro DPVAT foi aberto para dar continuidade ao processo. Clique aqui para imprimir o formulário que deve ser enviado ao ponto de atendimento.

Pagamentos

R\$ 7.087,50

Histórico

Pendenciar reprogramação NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO