



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 0668 103	02 Data do chamado 06.11.17	03 PRO (código) 5264	04 Saída do PA 11 38	05 Chegada ao local 11 55	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 12 10	07 Chegada ao 1º hospital 12 31	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Avenida Abílio Noronha 500	11 Bairro Buenos Aires	12 Município-UF Te/PI	Código IBGE 9211100		
	13 Ponto de referência Perfil Motos / Águas de Teresina					
	14 Nome Pablo Henrique Coutinho Mendes	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> - Masculino <input type="checkbox"/> - Feminino <input type="checkbox"/> - Ignorado				
	16 Idade 26	1º Dia <input type="checkbox"/> 2- Mês <input type="checkbox"/> 3- Ano <input type="checkbox"/> 9- ignorado <input type="checkbox"/>	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input checked="" type="checkbox"/> 3- Ignorado <input type="checkbox"/>		
• Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 1- 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 17 - Já removido 18 - Falso chamado	01	
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 7- 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 <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança		
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 1- Espontânea 2- À voz 3- À dor 4- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 1- Obedece a comandos 2- Localiza dor 3- Movimento de retirada 4- Movimento de retirada 5- Flexão anormal 6- Extensão anormal 7- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso _____ Resp. _____ PA _____ TAX. _____ Sat02 _____	25 Local da lesão 	
Assistência	26 Pupilas 1- Igualas <input type="checkbox"/> 2- Desiguais <input checked="" type="checkbox"/>	27 P脉so Radial <input 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 Dor	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor - 3 - Leve - 5 - Moderada - 7 - Intensa - 10	
Hospital de Destino	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Exposta <input type="checkbox"/> 3- Fechada <input type="checkbox"/> 4- Suspeito <input checked="" type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados 1- Sim 2- Não <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-malterado <input type="checkbox"/>	34 Óbito 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"/>	<input type="checkbox"/> Não Removido
Observações Interdisciplinar	Colisão moto carro. Paciente consciente, orientado, fisiológico, eupneico, acianotico, condutor, com capacete, não alcoolizado. Relata dor com restrição de movimentos em M1.					
	1. <u>Paulo Henrique Coutinho Mendes</u> Responsável pela recepção	2. <u>Socorristas</u> Médico _____ AETE _____	3. <u>Enfermeiro</u> Condutor _____	4. <u>P. Silva</u>		



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT

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

MRD Peppermint

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

IMP: 06/13/2017 12:41:43

1996年7月1日

(Fonte: RODRIGUES)

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: <b>PABLO DANILO COUTINHO MENDES</b>		Frontuário: <b>107564</b>
Mãe: <b>ELZA LIMA COUTINHO MENDES</b>		Pai: <b>DANIEL ALVES MENDES</b>
End. Resid.: <b>RUA CHILON CORDEIRO N 2370 - PRIMAVERA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>		
<b>Nascimento:</b>	<b>12/05/1991</b>	<b>Idade:</b> 26a:6m:25d
<b>Responsável:</b>	<b>FRANCISCA</b>	
<b>Profissão:</b>	<b>AUTONOMO</b>	
<b>G. Instrução:</b>	<b>Não informado</b>	
<b>End. Local.:</b>		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 634910 Data: 06/11/2017 12:32:15 Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU  
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOQUEIRO (MOTOC) Convênio: S U S  
Acid. Trab.: Não Acid. Trajeto: Não Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: V299

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<u>Sinal/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação</u>
QUEDAS	Dor moderada	CIRURGIÃO GERAL	Amarelo
<u>Breve História:</u> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ESTAVA DE CAPACETE NEGA DESMAIO NO LOCAL. REPEDE DOR E DIFICULDADE DE MOVIMENTAÇÃO DE MID. NEGA LAERGIA MEDICAMENTOSA.		<u>Professional Clas. Risco:</u>	

**DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ )**

① Peso ② invitado  
PA 13 x 8 mmHg      Pulse: 74

~~FC: \_\_\_\_\_~~ ~~DATA DE REALIZADO: \_\_\_\_\_~~  
~~Técnico: \_\_\_\_\_~~

#### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1) Re mu: i (D)
  - 2) Orthopedic
  - 3) SF 0.8% 50 m or a g
  - 4) S16h1 20g + m even
  - 5) Dm 16h2 20g + m even

### MOTIVO DA SITUAÇÃO DE ENFERMAMENTO:

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

第六章

~~EV 091~~  
Aust. Aut. Finanz. - krank  
Baldwina - 88994  
SAPE - HUT  
com - 2000

Se Internação, indique o Procedimento e CIN  
~~04040 50.500~~ 5822

Dr. Caio Véz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI 3054

Assinatura - Professional Médico

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Marechal 755 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 04.046.140/0001-89 | Inscrição: 18.301.783-9  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - "Ag. 5-1"  
Regime especial da Imprensa autorizada pela MEFAT 05/96

Nº da Nota Fiscal:

A Técnica Social de Energia Elétrica - TSE - é licenciada  
pela Lei nº 10.436 da 29 de outubro de 2002.

DATA-MES VENCIMENTO CONSUMO (KWH) TOTAL A PAGAR (R\$)  
**JUNHO/2019 02/07/2019 455 460,77**

LUIS JOSE DOS SANTOS  
R. CHILON CORDEIRO 2416 2370 PRIMAVERA  
CPF: 00002558947320

CEP: 64.000-000 - TERESINA

DATA DA LEITURA

Aluguel:	33572	Aluguel:	25/06/2019
Aluguel:	33117	Aluguel:	24/05/2019
Consumo de Automação:	1.000	Consumo Leitura:	25/07/2019
Consumo Retirado:	455	Entrega:	24/06/2019
Forma de Faturamento:	455 da Ingrante FAM	Apresentação:	25/06/2019
		Dia de Consumo:	

**NORMA DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA:** 32

Classificação	Ligação	Número Medidor	Prata	Código Fis.	Média 72 horas
---------------	---------	----------------	-------	-------------	----------------

<b>RESIDENCIAL:</b>	<b>HONO</b>	<b>A1420374</b>	<b>ESCRITÓRIO DA CONTA 1.1.1.1</b>	<b>444</b>	
Métrico comum:					
MAI/19	404	CONSUMO	455 A R\$ 0,918442 =	417,89	
ABR/19	353	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		33,71	
MAR/19	385	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		0,80	
FEV/19	401	MULTA POR ATRASO 05/19-00		7,50	
JAN/19	395	JUROS POR ATRASO 05/19-00		0,87	
DEZ/18	392	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,98		
NOV/18	623				
OUT/18	549				
SET/18	494				
AGO/18	499				
<b>TARIFA SEM TRIBUTOS:</b>					
R\$ 455 - 0,517437					

### PERÍODO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

<b>COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$</b>		<b>IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$</b>			
Distribuição:	12E8.E1BA.6A72.5738.DCF3.680C.67AA.22E6				
Energia:		Aluguel CMS			
Tributários:	82,17	Valor da CMS	417,89	305,06	
Encargos:	158,80	Valor do IPI	27,00%		
Tributos:	26,86	Valor do CORF		112,83	
	13,14	INDICADORES DE CONTINUIDADE	1,40%	4,29	
	136,92	PC	6,49%	19,80	
Mensal	5,31	Mensal	3,24	6,48	
Límite	10,63	Antec.	21,25	12,95	
Realizado:					
Conjunto	5,31		3,24	6,48	
				12,95	
				3,03	EUD



Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 08.840.748/0001-89 Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEPAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 023654306

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\$)
JUNHO/2019	02/07/2019	205	208,95

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:	20555	Atual: 25/06/2019
Anterior:	20558	Anterior: 24/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 25/07/2019
Consumo Medido:	205	Emissão: 24/06/2019
Consumo Faturado:	205	Apresentação: 25/06/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 32

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740	3.5.3.1	196	

HISTÓRICO kWh	DESCRICAÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/19 204	CONSUMO 205 A R\$ 0,918442 = 188,28
ABR/19 178	CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP) 15,19
MAR/19 243	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,81
FEV/19 297	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,79
JAN/19 365	JUROS POR ATRASO 05/19-00 0,88
DEZ/18 57	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,44
NOV/18 0	
OUT/18 96	
SET/18 299	
AGO/18 232	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
8 A 205 - 0,617497	

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Você pode reitar pelos dígitos de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos números abaixo de atendimento.

RESERVADO AD FISCO CA09.2000.54C4.130C.185D.EFF8.7664.8374

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$		
Distribuição:	37,03	Base de Cálculo:	188,28	137,44
Energia:	71,55	Aliquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	12,10	Valor do ICMS:		50,83
Encargos:	5,92	Valor do PIS:	1,40%	1,93
Tributos:	61,68	Valor do COFINS:	6,49%	8,92

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		FIC		DMIC		INCR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Último	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00

Conjunto TERESINA-MACAUBA Período de geração: 04/2019 Valor: 62,87





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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			
22/05/1971			
CRATEUS-CE			
DOC. ORIGEM			
CERT. NASC. 529 L A1/F 141			
EXP CRATEUS-CE 25/09/78			
TERESINA - PI			
Pedro Gomes da Moraes			
Pedro Gomes			
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83			

1 - Esco <sup>o</sup> ... tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
024.975.533-54 Pablo Daniel Coutinho Mendes			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	Pablo Daniel Coutinho Mendes		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Autônomo	R. Chilonz Lordeiro	2370	Casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Primavera	Teresina	PI	61000-000
15 - E-mail:	eduansegures2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (66) 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"/> Cäba Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 3828

CONTA: 22333 8

(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):

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou   |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou      |
| <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascrito (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

34  
Impressão  
digital da  
víctima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

*Pablo Daniel Coutinho Mendes* Teresina - PI 15/10/11

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

---

**Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190588424**

**Vítima: PABLO DANILLO COUTINHO MENDES**

**Data do Acidente: 06/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PABLO DANILLO COUTINHO MENDES**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: PABLO DANILLO COUTINHO MENDES**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003828**

**Conta: 0000022333-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190588424**

**Vítima: PABLO DANILLO COUTINHO MENDES**

**Data do Acidente: 06/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), PABLO DANILLO COUTINHO MENDES**

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



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Esco <sup>+</sup>	✓ tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE	
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Pablo Daniel Leutinho Mendes			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
5 - Nome completo:	Pablo Daniel Leutinho Mendes		6 - CPF:	024.975.533-51	
7 - Profissão:	Autônomo		8 - Endereço:	R. Chilon Lendino	
11 - Bairro:	Primavera	12 - Cidade:	Teresina	13 - Estado:	PI
15 - E-mail:	eduardo.m.silva2@hotmail.com		14 - CEP:	64000-000	
16 - Tel.(DDD):			17 - Tel.(DDD):	(86) 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"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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: 3828	CONTA: 22333	8
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	8
(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:	<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 (vai 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

*Líder Daniel Leutinho Mendes* Teresina - PE 15/10/11

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



AUTOATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU  
DATA: 15/10/2019 HORA: 14:09:42  
TERMINAL: 20041011 CONTROLE: 200410110318

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3828 013.00022333-8  
NOME: PABLO DANILÓ COUTINHO MENDES  
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 171361253

A confirmação do depósito se dará pelo  
lancamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvintoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003733/2019-62

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 27/09/2019 - 15:52

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

554088

Data/Hora

06/11/2017 - 11:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ALVES NORONHA, Nº:

Complemento

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PABLO DANILO COUTINHO MENDES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 5047019

Mãe: ELZA LINA COUTINHO MENDES

Endereço: RUA CHILON, Nº 2370

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9976-5675

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA/FACTO 125, ANO 2012/13, PROPRIETÁRIO FERNANDO ITALO DA SILVA MELO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA NA PISTA DA DIREITA, QUANDO PASSOU PARA A ESQUERDA, UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO TAMBÉM PASSOU, QUANDO O MESMO VOLTOU PARA A DIREITA, O VEICULO VOLTOU TAMBÉM, ONDE HOUVE A COLISÃO, ONDE A VITIMA SAIU LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 107564. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat.  
AGENTE DE POL'

PABLO DANILO COUTINHO MENDES - Noticiante  
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Paraíba  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: PABLO DANILO COUTINHO MENDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 00000022333-8

---

Nr. da Autenticação 97B44F9BB806EAEF

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Fernando Italo de Silve Melo,

RG nº 3479657, data de expedição 15/09/2017

Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 048.280.513-76,

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Matheus Antônio Marinho, nº 616,

complemento Palmeiras, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Pabla Daniela Coutinho Mendes, cujo o condutor era

Pabla Daniela Coutinho Mendes.

Veículo: Motocicleta Modelo: Yamaha Factor 125 Ano: 2012

Placa: NIV 4163 Chassi: 3C6KE1520J0133203

Data do Acidente: 05/11/2017

Local e Data: Teresina - Piauí 19/08/19



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
 (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Carona Themistocles Sampaio	TERESINA CARTÓRIO E OFÍCIO DE NOTAS Av. Luciano Raposo, 1022 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-9717 - E-mail: <a href="mailto:seuoficio@caronathemistocles.com.br">seuoficio@caronathemistocles.com.br</a> Síndico: Cláudia Queiroz de Sampaio Freitas
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FERNANDO ITALO DA SILVA MELO. DOU FÉ EM TEST. <u>W</u> DA VERDADE. Teresina-PI, 19/08/2019. Selo: AAN59328-QCNF <a href="http://www.tjpi.jus.br/portalextra">www.tjpi.jus.br/portalextra</a>	
Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escrivente Autorizada Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OR:475 DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO	
Cartório Themistocles Sampaio 3º OFÍCIO DE NOTAS Síndico de Síndico do Cartório de Sene Escrivente Autorizada Teresina - PI	

ANEXO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
**CONSULTE O SELO  
DIGITAL**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Comércios de Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361342/19

**Vítima:** PABLO DANILÓ COUTINHO MENDES

**CPF:** 024.975.533-51

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/11/2017

**Titular do CPF:** PABLO DANILÓ  
COUTINHO MENDES

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### PABLO DANILÓ COUTINHO MENDES : 024.975.533-51

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](http://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: 16/10/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



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 <b>0668</b>	02 Data do chamado <b>10/06/11 17:17</b>	03 PRO (código) <b>7206</b>	04 Saída do PA <b>11 138</b>	05 Chegada ao local <b>11 55</b>		
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>19 10</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>12 31</b>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço <b>Avenida Alves Noronha 5/11</b>	11 Bairro <b>Buenos Aires</b>	12 Município-UF <b>TE/PI</b>	Código EGE <b>21211500</b>			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência <b>Perfil Motos / Águas de Texesita</b>						
Dados do Paciente	14 Nome <b>Pablo Dornil Coutinho Mendes</b>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado					
Dados do Paciente	16 Idade <b>26</b>	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado					
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Acidente de transporte <input type="checkbox"/> 2 - Agressão física-espancamento <input type="checkbox"/> 3 - Agressão física-FAF <input type="checkbox"/> 4 - Agressão física-FAB <input type="checkbox"/> 5 - 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	01		
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Motociclista 5 - Bicicleta 6 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança			
Assistência	23 Glasgow = <b>15</b>	RESPOSTA VERBAL 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso _____ Resp. _____ PA _____ TAX. _____ Sat02 _____			
Hospital de Destino	25 Local da lesão 	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 P脉搏 Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2 - Não 3 - Suspeito <input checked="" type="checkbox"/>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito Intensa 5 - Muito Muito Intensa 6 - Muito Muito Muito Intensa 7 - Muito Muito Muito Muito Intensa 8 - Muito Muito Muito Muito Muito Intensa 9 - Muito Muito Muito Muito Muito Muito Intensa 10 - Muito Muito Muito Muito Muito Muito Muito Intensa
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica					Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Medicamentos a) b) c)	
	32 Hospital de Destino <b>HUT</b>					<input type="checkbox"/> Não Removido	
	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Alterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do esporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte					
	<b>colisão moto carro</b> Paciente consciente, orientado, falso eupneico, acianótico, condutor, com capacete, não alcoolizado. Relata dor com restrição de movimentos em M11						
	Socorristas Médico _____ AE/TE _____	Enfermeiro _____					
	Responsável pela recepção <b>Hawa plus</b>	Condutor <b>Sheão</b>				<b>P. Silva</b>	



**HOSPITAL  
DE URGENCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Pablo Davi

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 107 564

**SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO PELO DRAZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
VIA REQUERIMENTO.



## MRD PEDIATR

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Imp: 06/11/2017 12:45

12687-1-12688-1

THE SONG OF SONGS 14

**DADOS DO PACIENTE:**

<u>Nome:</u> <b>PABLO DANILO COUTINHO MENDES</b>		<u>Frontuário:</u> <b>10756</b>
<u>Mãe:</u> <b>ELZA LIMA COUTINHO MENDES</b>	<u>Pai:</u> <b>DANIEL ALVES MENDES</b>	
<u>End. Resid.:</u> <b>RUA CHILON CORDEIRO N 2370 - PRIMAVERA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>		
<u>Nascimento:</u> <b>12/05/1991</b>	<u>Idade:</u> <b>26a:6m:25d</b>	<u>Sexo:</u> <b>Masculino</b> <u>Fone:</u> <b>86-31050-052</b>
<u>Responsável:</u> <b>FRANCISCA</b>		<u>CMS:</u> <b>701009822956293</b>
<u>Profissão:</u> <b>AUTONOMO</b>		<u>Documento:</u> <b>CPF: 024.975.533-51</b>
<u>G. Instrução:</u> <b>Não informado</b>		<u>E.Civil:</u> <b>Casado(a)</b>
<u>End. Local.:</u> <b>- - -</b>		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 634910	<u>Data:</u> 06/11/2017 12:32:15	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u>	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	
<u>Acid.Trab.:</u> Não	<u>Acid. Trajeto:</u> Não	<u>Acid. Trab. Típico:</u> Não

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<u>Sinal/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação:</u>
QUEDAS	Dor moderada	CIRURGIÃO GERAL	Amarelo
<u>Breve História:</u> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ESTAVA DE CAPACETE NECA DESMAIO NO LOCAL, REFERE DOR E DIFICULDADE DE MOVIMENTAÇÃO DE MID. NENHUMA LAERGIA MEDICAMENTOSA.		Professional Clas. Risco:   LIANA ALVES DE MELLO COREN - 142263	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Vitis av. o. d. lat. mot. - come h. th., con tra no  
vertit è perna ②. si due (m)

- (A) Cepano, v. av. no. ok. levigat. s. den. Pianta a c. b.
- (B) v. (A) bl. lat. fior. polyp. fior. ok.
- (C) P.L. cl. s. i. legum. Abdome - palme r. m.
- (D) si d. lat. - f. t. GSC = 15.

① Peso ② in 24 horas  
PA 13 x 8 mmHg Peso: 79

Plasmid Co. T4E1

Extra?

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

- 1) Re  $\mu = 11$  (0)
  - 2) Orthogonal
  - 3)  $ST = 0.8750 \text{ m}$
  - 4)  $|T|_{L1} = 20.9 + m$
  - 5)  $|T|_{max} = 20.9 + m$

MOTIVO DA SITA ENCEBAMENTO:

DATA: 6/6

180 of 200

Aussendienst Frankfurt  
Tel. 069-3300  
Sales-HUT  
www.hut.de

Se Internação, indique o Procedimento e  
0408050500 S 8222  
Procedimento CID  
Dr. Cao Vaz de Oliveira Neto  
para Consulta

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI 3044

Assinatura - Profissional Médico

**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: 06/11/2017 12:41:31  
 (LIANA ALVES)

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL****DADOS DO PACIENTE:**

<u>Nome:</u> PABLO DANILLO COUTINHO MENDES	<u>Frontuário:</u> 10756
<u>Mãe:</u> ELZA LINA COUTINHO MENDES	<u>Pai:</u> DANIEL ALVES MENDES
<u>End. Resid.:</u> RUA CHILON CORDEIRO N 2370 - PRIMAVERA - TERESINA - PI CEP: 64000 010	
<u>Nascimento:</u> 12/05/1991	<u>Idade:</u> 26a:6m:25d
<u>Responsável:</u> FRANCISCA	
<u>Profissão:</u> AUTONOMO	<u>Documento:</u> CPF: 024.975.533-51
<u>G. Instrução:</u> Não informado	
<u>E.Civil:</u> Casado(a)	
<u>End. Local.:</u> - - -	

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 634910	<u>Data:</u> 06/11/2017 12:32:15	<u>Clas. Cor:</u> Amarelo
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> SUS

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

<u>Data/Hora Solicitação:</u> ____/____/____ ____:____	<u>ESPECIALISTA:</u>
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u>	
<hr/> <hr/> <hr/>	

Carimbo/Assinatura Solicitante

<u>DADOS DO PARECER:</u> <u>Data/Hora:</u> ____/____/____ ____:____
<hr/> <hr/> <hr/>

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

<u>DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):</u>	
<u>Data/Hora Solicitação:</u> ____/____/____ ____:____	<u>ESPECIALISTA:</u>
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u>	
<hr/> <hr/> <hr/>	

Carimbo/Assinatura Solicitante

<u>DADOS DO PARECER:</u> <u>Data/Hora:</u> ____/____/____ ____:____
<hr/> <hr/> <hr/>

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer  
 Data: 06/11/2017  
 Hora: 12:32:15  
 Mês: Novembro  
 Ano: 2017  
 Comissão de Medicina Legal

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 08/11/12

NOME DO PACIENTE	Fabio Paiva Coelho Henrique		PROcedimento N°: 102564
DIAGNÓSTICO:	rectocele		CIRURGIA: linctus + macrocôd
ANESTESIA:	gáseas		Nº DA SALA: 09
CIRURGIÃO:	Dr. Caio Henrique Oliveira Neto Médico Ortopedista	CPF N°:	
AUXILIAR:	CRM-PI 3054	CPF N°:	
ANESTESIA:	Dr. Yanira	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Ediane	CPFN°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI N° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA N° 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA N° 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	250ml		PVPI DE GERMANTE	ML	150ml	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100ml	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	100ml/01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20cm		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N° 20	UNID.	01		Elétrodes	UN.0	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Cápsula → 02 UNID			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escovas → 03 UNID			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cateter 02 → 01 UNID			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON N° 2.0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				g - coroa 05109			



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Pablo Davi de Oliveira Meireles  
fistula trigoite tibial - Grade 1  
LNC + fracção 1/Planejada

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista

1º Assistente

2º Assistente

CRM-PI 3054

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ediane

Anestesiada

Ma Yanna

Anestesia

Raque

Anestésico(a)

data da Operação

06/11/17

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura

Relatório Imediato do Patologista

8

Acidente Durante a Operação

X

### Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Reentro aberto - Cirurgia e Autópsia  
Acuponto ferimento - LNC + fracção 1/Planejada  
Reentro - fracção 1/Planejada  
Reentro - Sutura de LNC  
Fistula - Guscina

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI 3054

Visita: 06/11/17, 10h00  
Médico: Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
Assistente: Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
Colaborador: Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto

## FOLHA DE ANESTESIA

HUT

UNIDADE DE SAÚDE					HUT			
NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO			
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
06.11.12	120x90	90			540			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO						ASMA, 01 mg		
SISTEMA DIGESTIVO						BRONQUITE, 01 mg		
ESTADO MENTAL								
DIAGNÓSTICO PRE-OPERTÓRIO								
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						FÍSICOS		
						APLICADO AS EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO						TOTAL DE DOSES	
1							1. acetato 10g	
2							2. butor. por. 1,5mg	
3							3. met. 0,15mg	
LIQUIDOS	SO-UTO 500						4. etomidato 0,15mg	
	400						5. cocaína 50mg	
	SANGUE 300						6. epinefrina 1mg	
	200						7. heparina 4mg	
	OUTROS 100						8. lidocaina 1mg	
TEMPERATURA	C°	280						
		240	90 91 92 93 94 95					
ARTERIAL		2						SEQUÊNCIA
PULSO		200						1. hepar. 1 ml + met. 0,15mg
		180						2. acetato 10g
		160						3. met. 0,15mg
		140						4. epinefrina 1mg
		120						5. cocaína 50mg
		100						6. butor. 1,5mg
		80						7. hepar. 4mg
		60						8. lidocaina 1mg
		40						9.
		20						10.
		10						11.
SÍMBOLOS		X 0						12.
		0 X						13.
TÉCNICAS						DURAÇÃO 101		
06-12, 06-12 e 06-12						INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES								
06-12, 06-12 e 06-12								
CIRURGIAS								
06-12, 06-12								
ANESTESISTAS								
Dra. Yannina Nunes Anestesiologista								
06-12, 06-12 e 06-12								
PARTICULARIDADES								
Mod 76 - HUT								

John Johnson  
Médico: Dr. John Johnson  
Sociedade: HUT  
Conselho de Ortopedia



RECEITUÁRIO

Nome : PABLO DANILO COUTINHO MENDES

**USO INTERNO**

1. Cefalexina 500mg \_\_\_\_\_ 28 comp  
Tomar 01 comprimido VO de 6/6hs por 7 días
2. Xefo 8mg \_\_\_\_\_ 01cx  
Tomar 01 comprimido VO de 12/12hs

## ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo marcar a consulta a 10 dias. O acompanhamento poderá ser

- realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas à SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

## **Clinicas e instituições que atendem pelo SUS:**

Ambulatórios da rede municipal, Centro Integrado de Saúde Linha Azul, Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Linha Azul, Hospital da Polícia Militar e clínicas convertidas ao SUS.

Cirurgia realizada por : **Dr. CAIO**

Teresina,

Zarimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Dr. K. H. Hartung  
Hausarzt  
Göttingen  
Cahimbo

Dr. CAIO

**FMS**

Fundação Municipal  
de Saúde



Prefeitura de  
**Teresina**

## UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DA PRIMAVERA

### LAUDO DE RADIOLOGIA

ID: 195002741790

Data: 18 / 12 / 2017

Paciente: Pablo Danilo Coutinho Mendes

Sexo: ( ) F ( x ) M Telefone:

Nascimento: 12.05.1991

Exame: Radiografia da perna direita em 2-inc:

Médico solicitante: Fernando Hidd

Código: 0204060168

#### Radiografia da perna direita em 2inc:

Avaliação radiológica pós-operatória de fratura completa, alinhada, mediana, da tibia direita.

Presença de placa e de parafusos metálicos para correção da fratura.

Impressão diagnóstica: fratura óssea. Controle pós-operatório.  
À critério clínico radiografa o tornozelo direito.

Dr. Manoel Antônio Gomes de Castro

Médico radiologista CRM 805 PI

D

E

PABLO DANILÓ COUTINHO MENDES  
DN: 12051991 025Y

HOSPITAL DA PRIMAVERA

DATA: 13/12/2017 14:26  
ID: 195002741790

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190588424      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PABLO DANILÓ COUTINHO MENDES      **Data do acidente:** 06/11/2017      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 25/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P6 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Pablo Daniels Lourenço mendes			
RG: 5.047.039	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 14/11/17	
CPF: 024.975.533-51	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Autonomo	
ENDEREÇO: R. Chilon Lordinio		Nº: 2370	
COMPLEMENTO: casa		BAIRRO: Primavera	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64000-000	TELEFONE:

### OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Rose Soares Marques			
RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/16	
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Relevo	
ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro		Nº: 544	
BAIRRO: Centro	CIDADE: Teresina	UF: PI	CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUI 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:

Pablo Daniels Lourenço mendes

Data do acidente de trânsito: 06/11/2017

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina Piauí 19/08/19.

Pablo Daniels Lourenço mendes

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

Cartório  
Themistocles  
Sampaio  
Teresina-PI  
Rua Lázaro Nogueira, 123 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-4550 - E-mail: [selo@teresina.tjpi.jus.br](mailto:selo@teresina.tjpi.jus.br)  
Padre: Amálio Gonçalves de Sampaio Freitas

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE PABLO DANIL  
COUTINHO MENDES. DOU FÉ. EM TEST. *Tere* DA VERDADE.  
Teresina-PI, 19/08/2019.  
Selo: AAM59330-3Hx5  
[www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra) *Tere*

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escrivente Autorizada  
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:479  
PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Cartório Themistocles Sampaio  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Maria do Socorro de Carvalho de Sene  
Escrivente Autorizada  
Teresina - PI

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361342/19

**Vítima:** PABLO DANILLO COUTINHO MENDES

**CPF:** 024.975.533-51

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/11/2017

**Titular do CPF:** PABLO DANILLO  
COUTINHO MENDES

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### PABLO DANILLO COUTINHO MENDES : 024.975.533-51

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](http://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: 16/10/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190588424      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PABLO DANILÓ COUTINHO MENDES      **Data do acidente:** 06/11/2017      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 25/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P6 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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



Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 08.840.748/0001-89 Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEPAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 023654306

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\$)
JUNHO/2019	02/07/2019	205	208,95

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:		20555	Atual:	25/06/2019
Anterior:		20558	Anterior:	24/05/2019
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	25/07/2019
Consumo Medido:		205	Emissão:	24/06/2019
Consumo Faturado:		205	Apresentação:	25/06/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	196

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	205 A R\$ 0,918442 = 188,28
MAI/19	204	CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP)	15,19
ABR/19	178	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	0,81
MAR/19	243	MULTA POR ATRASO 05/19-00	3,79
FEV/19	297	JUROS POR ATRASO 05/19-00	0,88
JAN/19	365	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,44	
DEZ/18	57		
NOV/18	0		
OUT/18	96		
SET/18	299		
AGO/18	232		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
8 A 205 - 0,617497			

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Você pode reitar pelos dígitos de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos números abaixo de atendimento.

RESERVADO AD FISCO CA09.2000.54C4.130C.185D.EFF8.7664.8374

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$		
Distribuição:	37,03	Base de Cálculo:	188,28	137,44
Energia:	71,55	Aliquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	12,10	Valor do ICMS:		50,83
Encargos:	5,92	Valor do PIS:	1,40%	1,93
Tributos:	61,68	Valor do COFINS:	6,49%	8,92

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		DMIC		DINCI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Último	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto TERESINA-MACAUBA						Período de apuração	04/2019	Valor: 62,87

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rege Soares Menezes inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pábelo Danilo Coutinho Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.975.533/51 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Pábelo Danilo Coutinho Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.975.533/51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>	
Bairro	<u>Eantos</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP	<u>64000-235</u>
Email			Telefone comercial(DDD)			Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 15 de Outubro de 2014  
Local e Data

Nelle Rege Soares Menezes  
Assinatura do Declarante

