

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Controle de, Audiências, (32) Whats, Consulta pri, 0821312-91, Baixar o arq, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=570750&ca=a129cc2a213e50115e0c2e963ae910...

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

Header: **PJE** ProceComCiv 0821312-91.2020.8.18.0140 ▾
PABLO DANILO COUTINHO MENDES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS ...

Page Title: 12930216 - CONTESTAÇÃO (2761514 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 05/11/2020 13:04:41

Left Sidebar (05 Nov 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12930213 - CONTESTAÇÃO
 - 12930216 - CONTESTAÇÃO (2761514 CONTESTACAO 01) *
 - 12930219 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO) *
 - 12930230 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12930232 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS) *
 - 12930235 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content Area (downloadBinario.seam):

1 / 11

2761514- C3/ 2020-03980/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOCADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Bottom Bar: PT, 13:04, 05/11/2020



05/11/2020

Número: **0821312-91.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **24/09/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
PABLO DANILO COUTINHO MENDES (AUTOR)			FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12930219	05/11/2020 13:04	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais			
Exame Físico	25 Local da lesão		26 Pupilas		
	27 Dor		28 Sangramento		
Assistência	29 Procedimentos realizados		30 Fratura		
	31 Hospital de Destino		32 Condições de entrada		
Observações Interdisciplinar	33 Óbito				
	34 Observações				
Assinaturas					



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

ORTO 7E P. 37A

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 06/11/2017 12:41:1

DADOS DO PACIENTE:

TUNER: LONGA ALIVE
(Introdução: RECEITAÇÃO)

Nome: PABLO DANILO COUTINHO MENDES		Prontuário: 107564	
Mãe: ELZA LINA COUTINHO MENDES		Pai: DANIEL ALVES MENDES	
End.Resid.: RUA CHILON CORDEIRO N 2370 - PRIMAVERA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 12/05/1991	Idade: 26a:6m:25d	Sexo: Masculino	Fone: 86-33050-052
Responsável: FRANCISCA		CNS: 701009822956293	
Profissão: AUTONOMO		Documento: CPF: 024.975.533-51	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ESTAVA DE CAPACETE NEGA DESMAIO NO LOCAL. REFEFE DOR E DIFICULDADE DE MOVIMENTAÇÃO DE MID. NGA LAERGIA MEDICAMENTOSA.			Profissional Clas. Risco:  LIANA ALVES GONÇALVES COREN - 142203 Em: 06/11/2017 12:37:40

DADOS CLÍNICOS: (Hora: _____ : _____)

Vite un picut m^ult - cum h^u 1h, cum tra^u un
intrit $\hat{e}$ perso^u ②. si d^uem^u
① Exp^uu, vir cu^u un st. c^untat si d^uer. R^uro o c^uu.
② m^u ② b^uat b^uit^u p^ul^ug^u f^uu^u d^u.
③ P^ul^u c^uu si t^ug^uu^u. Abdo^uu - p^ul^uu m^ul.
④ si d^uit^u m^ul. E^ul = 15.
⑤ Pers^u ② i^uu^ul^uz^uad^uu. u^u h^u f^uu^u R^uu^uo^u c^unt^uu:
PA 13 x 8 mmHg Pulso: 74 FC: 80

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) Re Mm ii (2)
2) Ortopedia
3) ST 0.8% 50 ml e ar ag
4) Slibl 20g + m e ar
5) Dopa 2 amp + m e ar

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____. HORA: ____:____.

Se internado, indique o Procedimento e CID

040 x 50,500 1822

Procedimento CID

Francisca Lima Coutinho
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Professional Médico



0056222-0

COMPRAS ENERGÉTICA DO PIAU
Av. Maranhão 755 - Centro Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.746/0001-89 | Ins. Estadual: 18.301.785-9
Tipo: Fornecedor | Categoria: Energia Elétrica | Anexo 5-1
Regime Especial de Impostos Autorizado pela SEFAT CE-04

023662931

A Tercia Social de Tempo Livre - TSL - é criada pela Lei nº 10.426 de 26 de maio de 2002.

CONTINUED
JUNHO/2019

02/07/2019

CONSUMO UNITARIO 455

TOTAL A PAGE (22) 460.77

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

CEP 64.000-000 - TERESINA

2000年12月15日

Arroz:	33572	Prato:	25/06/2019
Arrozal:	33117	Arrozal:	24/05/2019
Caneta de Multiplacido:		Próxima Leitura:	25/07/2019
Consumo Medido:	1,000	Enchido:	24/06/2019
	455	Apresentação:	25/06/2019
Consumo Refutado:		Classe de Consumo:	25/06/2019
Forma de Refatamento:	C-455 de Inequilíbrio		

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA						32
Classe/Subclasse	Utição	Número Medidor	Posto	Código Fec	Medida T3 mensal	

RESIDENCIAL	MONO	A1420374	DESCRIÇÃO DA CONTA 1.1.1.1	444
-------------	------	----------	----------------------------	-----

MAT/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 AMAKELA	- 0,98	
NOV/18	623			
OUT/18	549			
SET/18	494			
AGO/18	499			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 455 - R\$ 17437

***** MENSAGEM DE REAVISO DE VENCIMENTO *****

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

RESERVAÇÃO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição:	12E8.E1BA.6A72.5738.DCF3.6B0C.67AA.22E6		
Energia:		Aluguelo (CMB)	
Desequilíbrio:	82,17	Valor do CMB:	417,89
Encargos:	158,80	Valor do PIS:	27,00%
Tributos:	26,86	Valor do COFINS:	112,83
	13,14	INDICADORES DE CONTINUIDADE	1,40%
	136,92	PIS	6,49%
		COFINS	19,80

Normal	Disrupted	Normal	Normal	Disrupted	Normal	Normal	Normal
1	2	3	4	5	6	7	8

Executive

Geotitles:

Confronto	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03	Euro
-----------	------	-------	-------	------	------	-------	------	------





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 08.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEI/CÓDIGO

0051869-7

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		DATAS DA LEITURA	
Atual:	20555	Atual:	25/06/2019
Anterior:	20350	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 Integridade:	FCAM
		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. ILUMINACAO 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 - 0,617457

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 registrar prazos-faltas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, através do contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO CA09.200B.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	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,10	Valor do ICMS:	50,83
Encargos:	5,92	Valor do PIS:	1,93
Tributos:	61,68	Valor do COFINS:	8,92

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC			FIC			DMC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Uenda	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Resíduo	0,00			0,00			0,00
Conjunto	TERESINA-MAÇAUÁ						Período de cobrança: 04/2019
							ERR: 62,87



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 13:04:41

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110513044073800000012231000>

Número do documento: 20110513044073800000012231000



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	5.047.019
DATA DE EXPEDIÇÃO	14/11/17
NOME	PABLO DANILO COUTINHO MENDES
FILIAÇÃO	ELZA LINA COUTINHO MENDES DANIEL ALVES MENDES
NATURALIDADE	TERESINA-PI
DOC. ORIGEM	MATRICULA: CERT.NASC. 14806401551991100222178019013901
EXP	TERESINA-PI 15/04/10
024.975.533-51	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 024.975.533-54 4 - Nome completo da vítima: Pablo Danilo 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 Danilo Coutinho Mendes 6 - CPF: 024.975.533-54
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Chilon Cordeiro 9 - Número: 2370 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Primavera 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 61000-000
15 - E-mail: ednansegueros2@hotmail.com 16 - 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3828 CONTA: 22333 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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 vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

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. 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 DANILO COUTINHO MENDES

Data do Acidente: 06/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PABLO DANILO 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 DANILO 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190588424

Vítima: PABLO DANILO 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 DANILO 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

Carta nº 14985085

Pag. 00209/00210 - carta_01 - INVALIDEZ



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 024.975.533-51 4 - Nome completo da vítima: Pablo Danilo 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 Danilo Coutinho Mendes 6 - CPF: 024.975.533-51
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Eulon Cordeiro 9 - Número: 2370 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Primavera 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: ednanseguros2@hotmail.com 16 - 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:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 3828 CONTA: 22 333 8
(Informar o dígito se existir) (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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

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 DANILO 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
lançamento 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

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





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



392 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003733/2019-82

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resposta pelo Registro: Almirallice 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

Bairro

BUENOS AIRES

Endereço

AV. ALVES NORONHA, Nº:

Complemento

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 HOVE A COLISÃO, ONDE A VITIMA SAIU LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 107564. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POL.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos
Delegado Geral de Polícia

Luccy Keiko Leal Paraisa
Delegado Geral de Polícia Civil
Mat.: 196.331-7

Pablo Danilo Coutinho Mendes
PABLO DANILO COUTINHO MENDES - Noticiante
Responsável pela Informação



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: 000000022333-8

Nr. da Autenticação 97B44F9BB806EAEF



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, Fernando Italo da Silva Melo,

RG nº 3479657, data de expedição 19/09/2017

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 Mestre Antonio Mourão, nº 646

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

X Pablo Danilo Coutinho Mendes, cujo o condutor era
+ Pablo Danilo Coutinho Mendes.

Veículo: motocicleta Modelo: Yamaha/Factor 150 Ano: 2012

Placa: NIV 4161 Chassi: 9CGKE1520D0133203

Data do Acidente: 06/11/2017

Local e Data: Teresina piaui 19/08/19

Fernando Italo da Silva Melo

Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Reconheço POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FERNANDO ITALO DA SILVA MELO. DOU FE. EM TEST. 19/08/2019 DA VERDADE. Selo: AAH59328-QCHF

www.tjpi.jus.br/portalextra.

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escritora Autorizada

Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:479

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

CONSULTE O SELO
DIGITAL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361342/19

Vítima: PABLO DANILO COUTINHO MENDES

CPF: 024.975.533-51

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/11/2017

Titular do CPF: PABLO DANILO
COUTINHO MENDES

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 DANILO 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 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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome			
	15 Idade	16 Sexo			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítima				
	20 Meio de locomoção				
Exame Físico	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Assistência	23 Glasgow = 15				
	24 Sinais Vitais				
Hospital de Destino	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Observações Interdisciplinar	27 Pulso				
	28 Sangramento				
29 Dor					
30 Fratura					
31 Procedimentos realizados					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinar					
Assinaturas					





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE:

Pablo Vaz de Castro Moura

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

107 764

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO DE SOLICITAR CÓPIAS NECESSÁRIAS
E AUTENTICAÇÃO.





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

06/11/2017 12:37:40

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 06/11/2017 12:41:

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEDAS	Dor moderada	CIRURGIÃO GERAL	Amarelo
Breve História:	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ESTAVA DE CAPACETE NEGA DERMATO NO LOCAL. REFERE DOR E DIFICULDADE DE MOVIMENTAÇÃO DE MID. NGA. LAERGIA MEDICAMENTOSA.		
Profissional Clas. Risco:		Liana Alves Gonçalves COREN - 142263 Em: 06/11/2017 12:37:40	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

① Exame: vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

② vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

③ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

④ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑤ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑥ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑦ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑧ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑨ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑩ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑪ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑫ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑬ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑭ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑮ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑯ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑰ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑱ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑲ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

⑳ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉑ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉒ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉓ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉔ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉕ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉖ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉗ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉘ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉙ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉚ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉛ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉜ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉝ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉞ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㉟ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊱ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊲ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊳ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊴ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊵ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊶ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊷ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊸ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊹ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊺ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊻ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊼ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊽ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊾ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

㊿ vit. ar. ac. det. moto. - como há 1h, com trauma
art. det. à perna ②. SI QUEIM.

Diagnóstico Inicial:

Exame?

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) Re. M. i. ②

2) Ortop. det.

3) St. 0.8% 50cc e 20cc

4) St. 0.8% 50cc e 20cc

5) St. 0.8% 50cc e 20cc

6) St. 0.8% 50cc e 20cc

7) St. 0.8% 50cc e 20cc

8) St. 0.8% 50cc e 20cc

9) St. 0.8% 50cc e 20cc

10) St. 0.8% 50cc e 20cc

11) St. 0.8% 50cc e 20cc

12) St. 0.8% 50cc e 20cc

13) St. 0.8% 50cc e 20cc

14) St. 0.8% 50cc e 20cc

15) St. 0.8% 50cc e 20cc

16) St. 0.8% 50cc e 20cc

17) St. 0.8% 50cc e 20cc

18) St. 0.8% 50cc e 20cc

19) St. 0.8% 50cc e 20cc

20) St. 0.8% 50cc e 20cc

21) St. 0.8% 50cc e 20cc

22) St. 0.8% 50cc e 20cc

23) St. 0.8% 50cc e 20cc

24) St. 0.8% 50cc e 20cc

25) St. 0.8% 50cc e 20cc

26) St. 0.8% 50cc e 20cc

27) St. 0.8% 50cc e 20cc

28) St. 0.8% 50cc e 20cc

29) St. 0.8% 50cc e 20cc

30) St. 0.8% 50cc e 20cc

31) St. 0.8% 50cc e 20cc

32) St. 0.8% 50cc e 20cc

33) St. 0.8% 50cc e 20cc

34) St. 0.8% 50cc e 20cc

35) St. 0.8% 50cc e 20cc

36) St. 0.8% 50cc e 20cc

37) St. 0.8% 50cc e 20cc

38) St. 0.8% 50cc e 20cc

39) St. 0.8% 50cc e 20cc

40) St. 0.8% 50cc e 20cc

41) St. 0.8% 50cc e 20cc

42) St. 0.8% 50cc e 20cc

43) St. 0.8% 50cc e 20cc

44) St. 0.8% 50cc e 20cc

45) St. 0.8% 50cc e 20cc

46) St. 0.8% 50cc e 20cc

47) St. 0.8% 50cc e 20cc

48) St. 0.8% 50cc e 20cc

49) St. 0.8% 50cc e 20cc

50) St. 0.8% 50cc e 20cc

51) St. 0.8% 50cc e 20cc

52) St. 0.8% 50cc e 20cc

53) St. 0.8% 50cc e 20cc

54) St. 0.8% 50cc e 20cc

55) St. 0.8% 50cc e 20cc

56) St. 0.8% 50cc e 20cc

57) St. 0.8% 50cc e 20cc

58) St. 0.8% 50cc e 20cc

59) St. 0.8% 50cc e 20cc

60) St. 0.8% 50cc e 20cc

61) St. 0.8% 50cc e 20cc

62) St. 0.8% 50cc e 20cc

63) St. 0.8% 50cc e 20cc

64) St. 0.8% 50cc e 20cc

65) St. 0.8% 50cc e 20cc

66) St. 0.8% 50cc e 20cc

67) St. 0.8% 50cc e 20cc

68) St. 0.8% 50cc e 20cc

69) St. 0.8% 50cc e 20cc

70) St. 0.8% 50cc e 20cc

71) St. 0.8% 50cc e 20cc

72) St. 0.8% 50cc e 20cc

73) St. 0.8% 50cc e 20cc

74) St. 0.8% 50cc e 20cc

75) St. 0.8% 50cc e 20cc

76) St. 0.8% 50cc e 20cc

77) St. 0.8% 50cc e 20cc

78) St. 0.8% 50cc e 20cc

79) St. 0.8% 50cc e 20cc

80) St. 0.8% 50cc e 20cc

81) St. 0.8% 50cc e 20cc

82) St. 0.8% 50cc e 20cc

83) St. 0.8% 50cc e 20cc

84) St. 0.8% 50cc e 20cc

85) St. 0.8% 50cc e 20cc

86) St. 0.8% 50cc e 20cc

87) St. 0.8% 50cc e 20cc

88) St. 0.8% 50cc e 20cc

89) St. 0.8% 50cc e 20cc

90) St. 0.8% 50cc e 20cc

91) St. 0.8% 50cc e 20cc

92) St. 0.8% 50cc e 20cc

93) St. 0.8% 50cc e 20cc

94) St. 0.8% 50cc e 20cc

95) St. 0.8% 50cc e 20cc

96) St. 0.8% 50cc e 20cc

97) St. 0.8% 50cc e 20cc

98) St. 0.8% 50cc e 20cc

99) St. 0.8% 50cc e 20cc

100) St. 0.8% 50cc e 20cc

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____:____

Francisca Lina Coutinho
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional: Liana Alves Gonçalves
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054

Se Internação, indique o Procedimento e CID
040 x 50.500 1522
Procedimento CID



**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:**

Nome: PABLO DANILO COUTINHO MENDES		Prontuário: 107564
Mãe: ELZA LINA COUTINHO MENDES		Pai: DANIEL ALVES MENDES
End. Resid.: RUA CHILON CORDEIRO N 2370 - PRIMAVERA - TERESINA - PI CEP: 64000 010		
Nascimento: 12/05/1991	Idade: 26a:6m:25d	Sexo: Masculino Fone: 86-33050-052
Responsável: FRANCISCA		CNS: 701009822956293
Profissão: AUTONOMO		Documento: CPF: 024.975.533-51
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ __:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ __:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Carimbo/Assinatura Solicitante
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 08/11/12

NOME DO PACIENTE:	<i>Roberto Paulo Loureiro Mendes</i>	IDENTIFICAÇÃO Nº:	<i>102564</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>fechadura / mão</i>	CIRURGIA:	<i>limp + fechadura</i>
ANESTESIA:	<i>raque</i>	Nº DA SALA:	<i>09</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Carlos da Oliveira Neto</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3054</i>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<i>—</i>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<i>Dr. Yanner</i>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Ediane</i>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURINº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 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	150ml	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20cm		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 30	UNID.	01		Eletródos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Crepom	→ 02 UNID.		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escovas	→ 03 UNID.		
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cateter G	→ 01 UNID.		
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<i>fi - coram 05/12/12</i>		
PROLENE							





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Pablo Danilo Cavalcante Mendes</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>fechura triângulo ilíaco D - Grobels</i>		
Operação - Tipo <i>LNC + fratura + placa + fixação</i>		
Cirurgião <i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PA 3064</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Ediane</i>	Anestesiista <i>Dr. Yanna</i>	Anestesia <i>Raque</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>06/11/17</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>E. lumbosacral</i>		
Relatório Imediato do Patologista <i>S</i>		
Acidente Durante a Operação <i>S</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Paciente submetido - Cirurgia e Centro cirúrgico*
- Cirurgia fechamento - LNC + placa + fixação*
- Redução - fratura + placa + fixação*
- Redução - fratura + placa + fixação*
- fechura - Grobels*

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PA 3064

Dr. Yanna
Médico Anestesiologista
CRM-PA 3064
Comando em Chefe

Mov 76 411



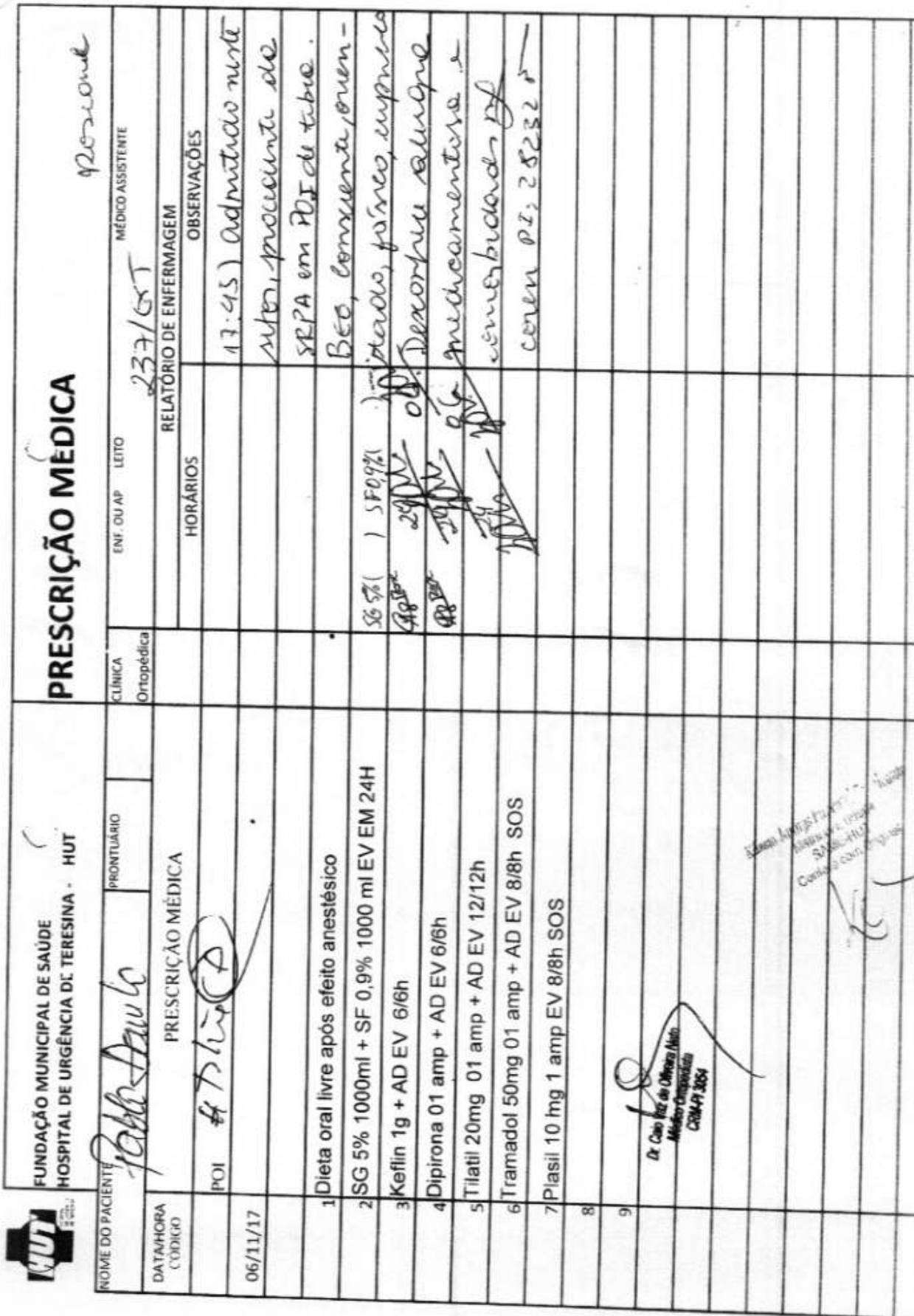
FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				HUT	
DATA	P. ARTERIAL					Nº DE REGISTRO	
02.11.17	57 X 90					3 47	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
		92			3 47		
EXAMES DE URINA	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO							
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
SISTEMA DIGESTIVO							
ESTADO MENTAL							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES/DOSES)							
APLICADO AS							
EFEITOS							
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES	
		1				1. 100% O ₂	
		2				2. 100% O ₂	
		3				3. 100% O ₂	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				4. 100% O ₂	
		SANGUE 300				5. 100% O ₂	
		OUTROS 100				6. 100% O ₂	
TEMPERATURA		Cº				7. 100% O ₂	
		38				8. 100% O ₂	
P. ARTERIAL		280				9. 100% O ₂	
PULSO		240				10. 100% O ₂	
INÍCIO FIM ANESTESIA		200				11. 100% O ₂	
INÍCIO FIM OPERAÇÃO		180				12. 100% O ₂	
RESPIRAÇÃO		160				13. 100% O ₂	
		140				14. 100% O ₂	
		120				15. 100% O ₂	
		100					
		80					
		60					
		40					
		20					
		10					
SÍMBOLOS		X O				DURAÇÃO 10'	
TÉCNICAS							
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES							
INCIDENTE - ACIDENTE:							
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS							

MOD 76 - HUT







Farmácia Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO

Nome :

PABLO DANILLO COUTINHO MENDES

USO INTERNO

1. Cefalexina 500mg _____ 28 comp
Tomar 01 comprimido VO de 6/6hs por 7 dias
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 **consulta de retorno para daqui a 10 dias**. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS:

Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Linneu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Cirurgia realizada por :

DR. CAIO

Teresina,

###

Dr. Pablo Danilo Coutinho Mendes
Ortopedista CRM
Catimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE



Av. Augusto de Lima, 2700 - Fátima
Fones: (067) 2734497
Bairro: Fátima

Nº 5488

Pablo Danilo Coutinho Mendes
Rua Petrópolis 2371
2371

Cefalexina 500mg
Xefo 8mg

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 13:04:41
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110513044073800000012231000
Número do documento: 20110513044073800000012231000

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

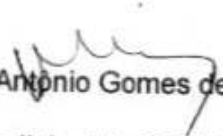
Código: 0204060168

Radiografia da perna direita em 2inc:

Avaliação radiológica pós-operatória de fratura completa, alinhada, mediana, da tíbia 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





PABLO DANILO COUTINHO MENDES
DN: 12/05/1991 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 DANILO 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: <u>Pablo Danilo Coutinho Mendes</u>			
RG: <u>5.047.089</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>14/11/17</u>	
CPF: <u>024.975.533-51</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>Autônomo</u>	
ENDEREÇO: <u>R. Chelon Cordino</u>			Nº: <u>2370</u>
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>	BAIRRO: <u>Primavera</u>		
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64000-000</u>	TELEFONE: <u></u>

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: <u>Nelle Roze Soares Marques</u>			
RG: <u>4.119.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>	
CPF: <u>840.173.173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>Recurso</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua 24 de Janeiro</u>			Nº: <u>544</u>
BAIRRO: <u>Centro</u>	CIDADE: <u>Teresina</u>	UF: <u>PI</u>	CEP: <u>64000-235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO 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 DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Pablo Danilo Coutinho Mendes

Data do acidente de trânsito: 06/11/2017

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina Piauí 19/08/19.
 Pablo Danilo Coutinho Mendes
 (ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



INTERIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

Certório Themistocles Sampaio Escritor Autorizado	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Rua Lázaro Rogério, 333 - Centro - CEP: 64000-000, Teresina-PI - Fone: (86) 3224-4104 - E-mail: atendimento@cartorio.com.br Titular: Anistolia Gonçalves de Sampaio Pereira
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE PABLO DANILO COUTINHO MENDES. DOU FÉ. EM TEST. <u>Them</u> DA VERDADE. Teresina-PI, 19/08/2019. Selo: AAN59330-GMX5 www.tjpi.jus.br/portalextra. <u>Them</u>	
Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escritor Autorizada Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 479 PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT	

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361342/19

Vítima: PABLO DANILO COUTINHO MENDES

CPF: 024.975.533-51

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/11/2017

Titular do CPF: PABLO DANILO COUTINHO MENDES

CPF de: Próprio

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 DANILO 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 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 DANILO 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 08.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEI/CÓDIGO

0051869-7

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		DATAS DA LEITURA	
Atual:	20555	Atual:	25/06/2019
Anterior:	20350	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		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. ILUMINACAO 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 - 0,617457

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 regular suas faturas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, através do contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO CA09.200B.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	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,10	Valor do ICMS:	50,83
Encargos:	5,92	Valor do PIS:	1,93
Tributos:	61,68	Valor do COFINS:	8,92

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC			FIC			DMC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Última	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 Referência: 04/2019			ERR: 62,87



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 13:04:41

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110513044073800000012231000>

Número do documento: 20110513044073800000012231000

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roge Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pablo Danilo Coutinho Mendes inscrito
(a) no CPF sob o Nº 024.975.533/54, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Pablo Danilo Coutinho Mendes 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>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina, 15 de Outubro de 2019

Local e Data

Nelle Roge Soares Marques
Assinatura do Declarante

V001/2017





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	5.047.019
DATA DE EXPEDIÇÃO	14/11/17
NOME	PABLO DANILO COUTINHO MENDES
FILIAÇÃO	ELZA LINA COUTINHO MENDES DANIEL ALVES MENDES
NATURALIDADE	TERESINA-PI
DATA DE NASCIMENTO	12/05/1991
DOC. ORIGEM	MATRICULA: CERT.NASC.
	14806401551991100222178019013901
EXP	TERESINA-PI 15/04/10
	024.975.533-51
	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	

