

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de do..., Mensagens, Audiências, Consulta proce..., PJ 0817228-47.20..., Baixar o arquiv..., (35) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=543373&ca=936d06934cb1882180193051c70c50...

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

Header: **PJE** ProceComCiv 0817228-47.2020.8.18.0140 LENILSON RODRIGUES DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

Document Title: 13267590 - CONTESTAÇÃO (2766140 CONTESTACAO 03)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 20/11/2020 14:29:10

Left Panel (20 Nov 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 13267586 - CONTESTAÇÃO
 - 13267590 - CONTESTAÇÃO (2766140 CONTESTACAO 03)
 - 13267591 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13267893 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13267895 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
 - 13267896 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content Area (downloadBinario.seam):

1 / 11

2766140- C3/ 2020-04237/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

System Tray: PT, 14:29, 20/11/2020



Número: **0817228-47.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **08/08/2020**

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	
LENILSON RODRIGUES DE SOUSA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13267591	20/11/2020 14:29	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190393343

Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

Data do Acidente: 20/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

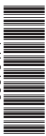
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00941/00942 - carta_03 - INVALIDEZ

00070471



Carta nº 14487846





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, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393343

Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

Data do Acidente: 20/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

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,

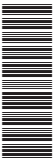
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14488982

Pag. 01167/01168 - carta_01 - INVALIDEZ

00030584





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, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393343

Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

Data do Acidente: 20/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 uma das mãos 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: **LENILSON RODRIGUES DE SOUSA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **000000049894-7**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

039.463.653-88 039.463.653-88 Joenilson Rodrigues de Sousa

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Joenilson Rodrigues de Sousa 039.463.653-88 mecânico Cond. Rexid. Jacinto Andrade Ltd. 53 E. 004 Fátima Teresina Piauí 88099472-9541

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 03 CONTA: 43894 7 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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.

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 CN) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 nação (vulgarmente)? ☐ 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, a aqueles 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, Teresina - Piauí - 19.06.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

natura do Representante Legal (se houver)





DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
24 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.000-000





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001850/2019-01

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 17/05/2019 - 10:58

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV PRINCIPAL DO SANTA MARIA, Nº:

Complemento

Data/Hora

20/03/2019 - 16:30

Bairro

SANTA MARIA

Ponto de Referência

530903

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

RG: 3270794

Mãe: MARIA ELISABETE DE SOUSA

Endereço: QD.153, CAS 04, Nº

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

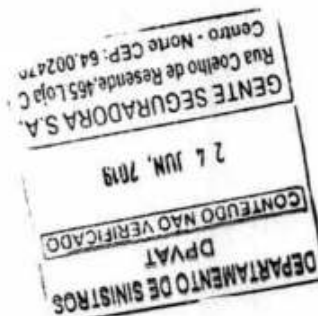
RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE E VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA/FACTOR YBR 125 K, ANO 2010, PLACA-1086, RENAVAL-218250720, DE PROPRIEDADE; MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA, CPF-03060226300, RELATA QUE TRAFEGAVA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NÃO IDENTIFICADO, BATEU NA LATERAL DA MOTO CAUSANDO A COLISAO, CAIU SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA O HUT. PROTUARIO-67.063. . TESTEMUHA; EUCLIDES DOS SANTOS BEZERRA, CPF-657.646.501.78. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

LENILSON RODRIGUES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001850/2019-01

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 17/05/2019 - 10:58

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV PRINCIPAL DO SANTA MARIA, Nº:

Complemento

Data/Hora

20/03/2019 - 16:30

Bairro

SANTA MARIA

Ponto de Referência

530903

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

RG: 3270794

Mãe: MARIA ELISABETE DE SOUSA

Endereço: QD.153, CAS 04, Nº

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

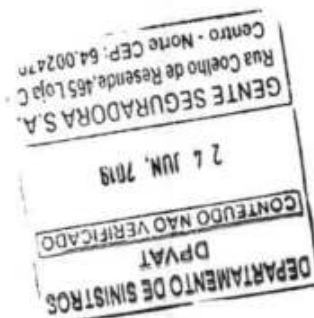
1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE E VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA/FACTOR YBR 125 K, ANO 2010, PLACA-1086, RENAVAL-218250720, DE PROPRIEDADE; MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA, CPF-03060226300, RELATA QUE TRAFEGAVA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO, BATEU NA LATERAL DA MOTO CAUSANDO A COLISAO, CAIU SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA O HUT. PROTUARIO-67.063. . TESTEMUHA: EUCLIDES DOS SANTOS BEZERRA, CPF-657.646.501.78. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

LENILSON RODRIGUES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação



Ocorrência emitido em: 17/05/2019 10:58 - SisBO@2011-2019 ATI

AVERBAÇÃO B.O. 100203.001850/2019-01

O Sr. Lenilson Rodrigues de Sousa, compareceu a esta Especializada para informar que a placa da moto envolvida no acidente é **NIM-1086**. Declarações do mesmo.

Teresina, 05/07/2019

x Lenilson Rodrigues de Sousa

Lenilson Rodrigues de Sousa

Averbante

Claudio

Claudio Costa de Sousa

Ag. de policia

108516-6





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.463.653-88 4 - Nome completo da vítima: Benilson Rodrigues de Sousa

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

5 - Nome completo: Benilson Rodrigues de Sousa 6 - CPF: 039.463.653-88
7 - Profissão: mecânico 8 - Endereço: Cond. Rexid. Jacinto Andrade Vid. 153 E. 004
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jacinto Andrade 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: Piauí 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 80 99472-8541

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR, E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR LITRE 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\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0029 03 CONTA: 43894 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 DO SEGURO DPVAT

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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nação (nascidos)? ☐ 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, Teresina - Piauí, 19.06.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: **LENILSON RODRIGUES DE SOUSA** Pai: **LEONICE RODRIGUES**
Mãe: **MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA**
End.Resid.: **RUA JOAO ISIDORIO FRANCA N 4587 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-070**
Nascimento: **01/02/1989** Idade: **30a1m19d** Sexo: **Masculino** Fone: **-**
Responsável: **O MESMO** CNS: **163723255280018**
Profissão: **MECANICO** Documento: **RG: 3270794 - SSP PI**
G. Instrução: **Fundamental Incompleto** E.Civil: **Solteiro(a)**

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: **713206** Entrada: **20/03/2019 18:39:56** Convênio: **S U S** Proced: **0301060029**
Motivo da Procura: **ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)**
(Conforme Paciente/Acomp):
Condução: **VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS**

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: **PROBLEMAS EM EXTREMIDADES** Classificação: **Edema** Cor: **Verde**
Breve História Clas. Risco:
ENCAMINHADO DO HGBA C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ 4D.RELATO DE TRAUMA EM MÃO D.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC)
ECG=15
FAZIA USO DE CAPACETE.(SIC)
CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES
COREN PI 138833
Em: 20/03/2019 18:50:50

SSVV:

(Hora: ____:____)

Peso: **0,00 Kg** Altura: **0,00 M** IMC: **0,00 Kg/m2** Pulso: **bmp** Pressão: **mmHg**

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

TRAUMA EM MÃO D
SOLICITO RX

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1177099) - MÃO DIREITA

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

RAIO-X
DATA: 20/03/2019
Técnico: *[assinatura]*
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470
Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM PI 3909 Em: 20/03/2019 19:05:31



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: 16/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000049894-7

Nr. da Autenticação A0DCB1705D5E7395



**ÁGUAS DE
TERESINA**

TC 1.38
281.904.271.15952

CNPJ 27.257.474-000104 - LE 395945774
Av. Prof. Camilo Filho, 1360, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 333 / (86) 982.24.9399

MATRICULA 27010058-0 FATURA Nº 745892
MÊS/ANO 4/2019

NOME/ENDEREÇO: SIANO FERREIRA DE SOUSA
MORADOR:
CON RESID JACINTA ANDRADE Q-153-CASA-004-JACINTA
ANDRADE-TERESINA PI-cep:64013609

LOCALIZAÇÃO 019-00008-005080 GRUPO 019 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y10NS90882

HISTÓRICO DE CONSUMO	USO	FATURA
02/2019 Mínimo	00	00
01/2019 Mínimo	00	00
12/2018 Mínimo	00	10
11/2018 Mínimo	00	10
10/2018 Mínimo	00	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS M3 0
LITROS 0
LITROS 12.7400702
PIS. PASSEI 5.441.650 8.47
CORTES 20.54x7.60x= 2.16

TABELA DE TARIAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	REF.	VALOR
RESIDENCIAL	PARCELAMENTO REFERENTE ÁGUA - 0.00	007/010	2.59
JUROS DE FINANC. PARCELAMEN		007/010	2.31
JUROS DE PARCELAMENTO		007/010	0.46
MULTA DO PARCELAMENTO		007/010	23.18
PARCELAMENTO		007/010	

NÃO RESIDENCIAL
TABELA DE CONSUMO RS/M3 E (D)
VERIFICADO 09/05/2019 TOTAL A PAGAR 28,54

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES
INFORMAÇÃO: "IVOS ACUSA(M) 6 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCU 1)A DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Parcelaria nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, 53º, Inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETRO	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2442	123	10.00	inferior a 15
COR APARENTE	2038	76	6.41	6.00-9.50
PH	2453	115	3.04	inferior a 5
TURBID.				
COLIFORMES TOTAIS				

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETRO	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	572	0	Ausente	Ausente
	572	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 27/04/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:59

TC 1.38 281.904.271.15952
**ÁGUAS DE
TERESINA**

MATRICULA 27010058-0 FATURA Nº 745892
MÊS/ANO 4/2019
VERIFICADO 09/05/2019 VALOR A PAGAR 28,54

82620002300-6 28541535000-5 00201900074-0 58920100504-0

AVISO DE DÉBITO
Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
serão cobrados na próxima fatura.

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUN. 2019

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Keylly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.803/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Benilson Rodrigues de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.463.653-88 do sinistro de DPVAT cobertura Trabalhador da Vítima Benilson Rodrigues de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.463.653-88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua: Rinte e Quinto do Janeiro</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99472-559</u>

Ter, 19 de 03 de 19
Local e Data

Keylly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
24 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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: 0800-1596 / 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, MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA

RG nº 5260523, data de expedição 12/01/15

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 030.602.263-00

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

complemento _____, nº _____

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Benilton Rodrigues de Sousa, cujo o condutor era

Benilton Rodrigues de Sousa

Veículo: MONO Modelo: YAMAHA/FACTOR 100 125K Ano: 2010

Placa: NIM-3086 Chassi: 9CGKE1220A0122279

Data do Acidente: 20/03/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUN, 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 6402470

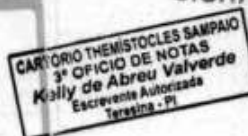
Local e Data: TERESINA 17 MAIO 2019

Maria Elisabete Ferreira de Sousa

Assinatura do Declarante

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

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



Alto



NOME DO PACIENTE: Leonilson Rodrigues de Sousa
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 67.063

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

NHEO 2210319
08:00

Imp: 20/03/2019 19:05:32
(User: BERGIEL BEZERRA)
(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA		Prontuário: 67063
Mãe: MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA	Pai: LEONICE RODRIGUES	
End.Resid.: RUA JOAO ISIDORIO FRANCA N 4587 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-070		
Nascimento: 01/02/1989	Idade: 30a1m19d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS: 163723255280018	
Profissão: MECANICO	Documento: RG: 3270794 - SSP PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 713206	Entrada: 20/03/2019 18:39:56	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Edema	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: ENCAMINHADO DO HGBA C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ 4D.RELATO DE TRAUMA EM MÃO D.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC) ECG=15 FAZIA USO DE CAPACETE.(SIC)		CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138833 Em: 20/03/2019 18:50:50

SSVV:

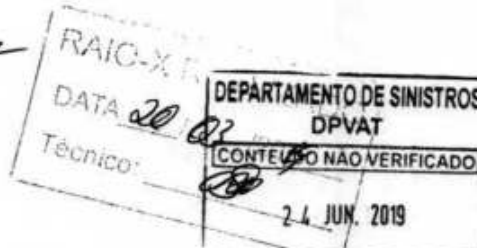
(Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

TRAUMA EM MÃO D
SOLICITO RX

Fratura - 3º e 4º metacarpiano
cy: - Dado limbo - tuberculose



Diagnóstico Inicial: ?

Exames Complementares:

(1177099) - MÃO DIREITA

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
BERGIEL BARBOSA BEZERRA
CRM PI 3909 Em: 20/03/2019 19:05:31





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 20/03/2019 19:33:33

(User: FLAVIA MENDES)
(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA		Prontuário: 67063
Mãe: MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA	Pai: LEONICE RODRIGUES	
End. Resid.: RUA JOAO ISIDORIO FRANCA N 4587 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-070		
Nascimento: 01/02/1989	Idade: 30a1m19d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS: 163723255280018	
Profissão: MECANICO	CPF: * RG: 3270794 - SSP PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 713206	Data: 20/03/2019 18:39:56	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm
agnóstico Inicial:		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Temp.: DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUN, 2019

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

		GENTE SEGURADORA S.A.
		Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
		Centro - Norte CEP: 64.002470

ALTA: () Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
DESTINO: () Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs		() Internação na Unidade Proced. Solicitado:
ÓBITO: () Família () IML () Anat. Patol.		CID Compatível: Prof. Solicitante Internação:

Silvia Kariny Silva de Sousa
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 20/03/2019 19:33:33
(FLAVIA MENDES)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA		Prontuário: 67063
Mãe: MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA	Pai: LEONICE RODRIGUES	
End.Resid.: RUA JOAO ISIDORIO FRANCA N 4587 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-070		
Nascimento: 01/02/1989	Idade: 30a1m19d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS: 163723255280018	
Profissão: MECANICO	Documento: RG: 3270794 - SSP PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 713206	Data: 20/03/2019 18:39:56	Clas. Cor: Verde
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ __:__	ESPECIALISTA: _____
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: _____	

Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ __:__	ESPECIALISTA: _____
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: _____	

Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Carimbo/Assinatura Solicitante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002.470

Carimbo/Assinatura Solicitante

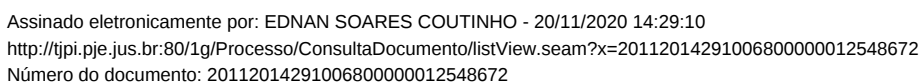
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CINICA	ENF. OU AP	MÉDICO ASSISTENTE
LÊNILSON RODRIGUES DE SOUSA		Ortopédica	P.O - Avelar	J.P.M.
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
20/03/19				
	Dra. Inelma Nutricionista			
1	Dieta LIVRE	16 / 26		Dieta P.O. com leite de vaca e água
2	SF 0,9% 1000 ML EV EM 6H			
3	Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h			
4	Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD EV 12/12h			
5	Ranitidina 50 mg + AD EV 8/8 h			
6	Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS			
7	CCGG			
8				
9				





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 235335
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA	6 - Prontuário: 67063		
7-CNS: 163723255280018	8-Nascimento: 01/02/1989	9-Sexo: Masculino	RG: 3270794 - SSP PI
11-Mãe: MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA	12-Fone: -	14-Cor: Sem Informação	
-Resp: (O MESMO)			
15-End: RUA JOAO ISIDORIO FRANCA N 4587 - NOVA BRASILIA - CEP: 64000-070	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-070
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: FRATURA DE 3 E 4 METACARPOS MÃO D	
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO CIRURGICO	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 24 JUN. 2019
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): RX	
23-Diagnóstico Inicial: Fraturas múltiplas de ossos metacarpianos	24-CID Prin: S624 25-CID Sec: S624 26-CID C.A.S.: S624 GENTE SEGURADORA S.A. Centro - Norte CEP: 64.002470

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020377	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS	Tempo 008 2	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 809.651.803-87
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	34-Data Solicitação: 20/03/2019	Dr. Bergiel Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM PI 5909	
		35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	

Usuário: (BERGIEL BEZERRA)
Consulta Local: 713206
Consulta SUS:
Impressão: 20/03/2019 19:23:31

Bergiel Karunny Silva de Sousa





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/03/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Leilson Rodrigues da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>67063</u>
DIAGNÓSTICO: <u>TMT. Uterino</u>	CIRURGIA: <u>Pixou Apunha</u>
ANESTESIA: <u>LAOTSE</u>	Nº DA SALA: <u>05-130 Frontiers</u>
CIRURGIÃO: <u>LAOTSE</u>	CPF Nº: <u>TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA</u>
AUXILIAR:	CPF Nº: <u>CRM PI 2660 SBO 10306</u>
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 8-0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 2-1	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	01		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	50	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Optubio</u>			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
[CONTEUDO NÃO VERIFICADO]
24 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/11/2020 14:29:10

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112014291006800000012548672>

Número do documento: 20112014291006800000012548672



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diária / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	

HOSPITAL: H. U. Teresina CNPJ: _____
PACIENTE: Jeruison Rodrigues da Silva N° AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Paracetamol 500mg
recomendado

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 2660 S80710036

DATA: 21-03-2019

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
24 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

67063

Nome do Paciente

Danielson R. Jan

Diagnóstico pré-operatório

DMT. Menorados

Operação - Tipo

Fixação de quadril

Cirurgião

LAOTSE

1º Assistente

2º Assistente

Lao-Tsé Frangulins

3º Assistente

Instrumentador(a)

CRM-PI 2000

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

21/03/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) DM 2) ASSESSIA 3) CAUPOS
4) NUNCA 5) SUTURA 6) HOSK
7) NUNCA 8) TUBO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO			
NOME DO PACIENTE <u>Similson Rodrigues de Souza</u>							
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
				TOTAL DE DOSES			
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO						
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO	38						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS				DURAÇÃO			
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES							

MOD 76 - HUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Lenilson Rodrigues de Sousa
1421244

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.270.794 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/10/17

NOME LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA
LEONICE RODRIGUES

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 01/02/1989

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 183983 L A212 F 22

CPF EXP TERESINA-PI 21/09/90
039.463.653-88

1421244

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Polícia Militar Classe Especial

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

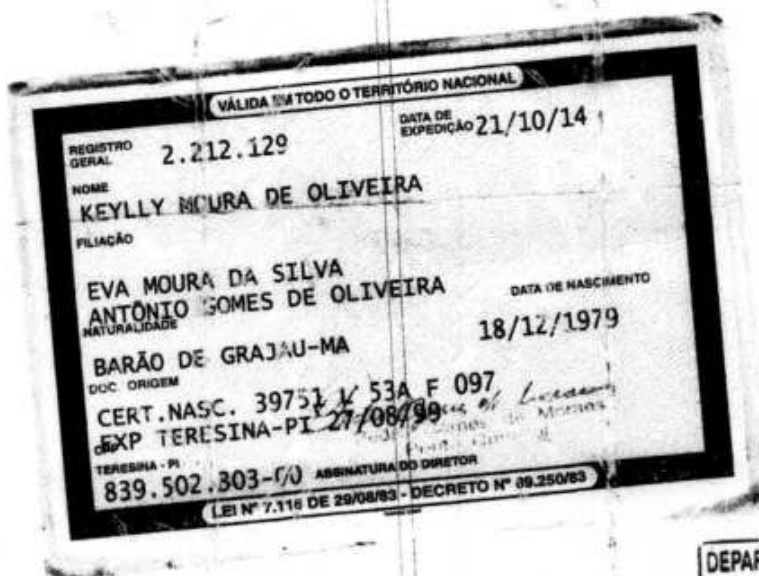
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT.

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393343 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA **Data do acidente:** 20/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º E 4º METACARPOS DA MÃO DIREITA. P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393343 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA **Data do acidente:** 20/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º E 4º METACARPOS DA MÃO DIREITA. P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA
RG: 3.270.794 Órgão Emissor: SSP-PE
CPF: 039.463.653-88 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: MELINTELO
Endereço: Cond. Rural - Jacinto Andrade Nº Ad.153 P. 004
Bairro: Jacinto Andrade Cep: Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 98807-7870 ()

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

CPF: 039.463.653-88 Data do Acidente: 20/03/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidade Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 17 maio 2019
Local e data

Lenilson Rodrigues de Sousa
Assinatura do Outorgante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Centro - Norte CEP: 64.002471

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Sousa
Escritor Autorizado
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Marques, 123 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 321-0188 - E-mail: alessandro@cartorio3pi.com.br
Título: Assessoria Jurídica de Sampaio Teresina

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LENILSON RODRIGUES DE SOUSA DOU FE. EM TEST. 17 DA VERDADE. Teresina-PI, 17/05/2019. Selo: AAC48088-F264
www.tjpi.jus.br/portalextra.

ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCRITÓRIO AUTORIZADO
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 54

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211748/19

Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

CPF: 039.463.653-88

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

LENILSON RODRIGUES DE SOUSA : 039.463.653-88

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/06/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

