

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface. The main window displays a document titled "13778412 - CONTESTAÇÃO (2773306 CONTESTACAO 01)" dated 15 Dec 2020. The document header includes "TELMA FERNANDES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEG...". A sidebar on the left lists several attachments under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO". The right side shows a preview of the document with the logo "JOÃO BARBOSA ADVOCADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". The bottom status bar shows the process number "Processo: 08278421420208180140". The browser toolbar at the top includes links to various PJe services and social media.



Número: **0827842-14.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **26/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
TELMA FERNANDES DA SILVA (AUTOR)	JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13778 416	15/12/2020 11:35	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.002315/2019-78

Complementar ao BO N°: 100203.002287/2019-99

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

Data/Hora: 18/06/2019 - 14:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	542586	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO		19/05/2019 - 21:30
Tipo Local		
VIA PÚBLICA	Bairro	
Município	ITAPERU	
TERESINA		
Endereço		Ponto de Referência
RUA ARTUR DE VASCONCELOS, Nº:		
Complemento		

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 19787961 SSP PI

Mãe: MARIA DO ROSARIO DE F. V. DE ALCANTARA

Endereço: RUA DELFINO VAZ, Nº 2496

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

Tipo Envolv.: VITIMA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

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 TRAFEGAVA PELA RUA ARTUR DE VASCONCELOS CONDUZINDO O VEICULO MOTOCICLETA HONDA/BIZ DE PLACA QRT 1611 DE PROPRIEDADE DE JOÃO VITOR DA SILVA BARROSO QUANDO UM VEICULO AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL PROVOCANDO COLISÃO, ONDE CONDUTOR E PASSAGEIRA FORAM LESIONADOS, QUE WAGNER FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DE N° 511660, QUE A PASSAGEIRA FOI LESIONADA, SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT, PRONTUÁRIO 511657. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralice R. Lebre Carlos

Escrivão de Polícia

*Wagner Venâncio de Alcântara*

WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



AVERBAÇÃO B.O. 100203.002315/2019-78

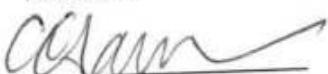
O Sr. Wagner Venacio de Alcantara, noticiante do B.O., compareceu a esta Especializada para informar que a moto de placa QRT-1611 é de propriedade de João Vinicius da Silva Barroso. É o relato.

Teresina, 25/06/2019

Wagner Venâncio de Alcantara

Wagner Venâncio de Alcantara

Averbante



Claudio Costa de Sousa

Ag. de polícia

108516-6



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 21 AGO 2019	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 21 AGO 2019	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 21 AGO 2019
SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro CEP: 64002-470 Teresina-PI	SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64002-470 Teresina-PI	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI



# 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: 912.458.263-87 4 - Nome completo da vítima: Telma Fernandes da Silveira

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

5 - Nome completo: Telma Fernandes da Silveira 6 - CPF: 912.458.263-87  
 7 - Profissão: Promotora de Vendas 8 - Endereço: Rua: Paráibana  
 11 - Bairro: Vila União 12 - Cidade: Teresina 9 - Número: 1653/1 10 - Complemento:  
 15 - E-mail: 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.003.460  
 16 - Tel.(DDD): (86) 994725591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL / O 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: 0855  CONTA: 100636

(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 permanente e corrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância CEP: 64.002-470 Teresina-PI

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 na natureza(velas):?  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 áquelas 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 o rogo/a pedido

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina-PB 20.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 N° do chamado <b>3253</b>	02 Data do chamado <b>19/10/19</b>	03 PRO (código) <b>78918</b>	04 Saída do PA <b>2235</b>	05 Chegada ao local <b>2244</b>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>23/10</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>23/31</b>	08 Saída do 1º hospital <b></b>	09 Chegada ao 2º Hospital <b></b>		
Dados do Paciente	10 Endereço <b>Av. das Vassouras</b>	11 Bairro <b>Tancredo</b>	12 Município-UF <b>The</b>	Código IBGE <b></b>		
tipo de ocorrência	13 Ponto de referência <b>convento</b>	14 Nome <b>Telma Fernandes da silva</b>	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/>	16 Idade <b>31</b> 1-Dia 2-Mês 3-Anos Ignorado <b>15/11/1944</b>	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-esparrancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	DEPARTAMENTOS DE SINIS DAVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICA A GO 2019	
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Cinturão de Segurança S.A. <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>		
Hospital de Destino	23 Glasgow = <b>14</b>	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso <b>92</b> Resp. <b>PA 14X9</b> TAX. <b></b> Sat02 <b></b>	25 Local da lesão 	
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor      3 Leve      7 Moderada      10 Intensa	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Suspeito <input type="checkbox"/>	
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia <b>108 mg/dl</b> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>	32 Hospital de Destino <b>HUT</b>	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>	Não Removido <input type="checkbox"/>
	<p>Paciente vítima de colisão de moto com carro, passageira sem capacete suspeita de furtiva em fundo m.s.d. consciente orientada, alcotizada outra vítima sendo removida pela EDO 2904.</p>					
	Socorristas Médico AE/TE <b>Socorre</b>	Enfermeiro Condutor <b>Conforme</b>				

Versão: 27.11.2011





**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

OMtoP

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>TELMA FERNANDES DA SILVA</b>		Prontuário: <b>511657</b>
Mãe: GESEUDA ALVES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: R. PARNAIBA 1650 - VILA OPERARIA - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 15/11/1974	Idade: 44a6m4d	Sexo: Feminino Fone: 86-99453-0105
Responsável: MESMA	CNS:	
Profissão: PROMOTORA	Documento: Reg.Nasc: NAO PORTA	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
DADOS DO ATENDIMENTO:		
Código: 722457	Entrada: 19/05/2019 23:32:47	Convênio: SUS
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU		

### OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Evento recente	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: relato de queda de moto com lesões em varias partes do corpo		21 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cuêmo de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	IRALDES ALVES DE MOURA GOMES CRN 157540 Em: 19/05/2019 23:43:16
SSVV: _____	(Hora: ____ : ____)		

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

QP: acd motociclistico + dor em braço dir

HDA: relata uso de capacete, ingeriu bebida alcoólica, trazida ao serviço em prancha rígida e com colar cervical

EF: estável hemodinamicamente, avaliação tóracica e abdominal sem alterações, com provável fratura em antebraço dir

Diagnóstico Inicial:	CID:
----------------------	------

Exames Complementares:	(1220939) - ANTEBRACO DIREITO
------------------------	-------------------------------

Prescrição Médica:	W C10: 5525
--------------------	-------------

	Procedimento: 0408020407.
--	---------------------------

Motivo da Alta/Encerramento:	Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra Ortopedia e Traumatologia - CRM 29911 / TEOT 13135
------------------------------	--

Observação (Adulto)	DATA: / /	Dr. Marcelo Cordeiro CRM 3883 / CRM/CE 1035
---------------------	-----------	--

Assinatura Paciente ou Responsável	WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO CRM 3811 Em: 20/05/2019 00:21:05	
------------------------------------	--	--



# 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: 07/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: TELMA FERNANDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000100636-4

---

Nr. da Autenticação 4BBDFACD14B59725



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:35:35  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511353474900000013031550>  
Número do documento: 20121511353474900000013031550

Num. 13778416 - Pág. 6



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

### ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 23077485

**GIZELDA ALVES DA SILVA**

R. PARAIBA, S/N , 1653/1

PIRAJA

64003460 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO <b>7141718</b>	MÊS <b>06/2019</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>15/05/2019 a 13/06/2019</b>
CONSUMO (kWh) <b>92</b>	VENCIMENTO <b>20/06/2019</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 95,72</b>

### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui



### ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

CÓDIGO ÚNICO <b>7141718</b>	MÊS <b>06/2019</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 95,72</b>
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836700000000.957200170000.000000007146.171806190053



**ÁGUAS DE  
AC TERESINA**

CNPJ 27.374.740/0001-06 - LE 13996557/4  
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Telas os Sete - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38

FATURA NR 959854  
MÊS/AO 6/2019

**NOME/ENDERECO**

MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA - PI - cep: 64018650

**LOCALIZAÇÃO**

001-00041-003278

FATURA NR 959854  
MÊS/AO 6/2019

HISTÓRICO DE CONSUMO	MÊS/ANO	TIPO	UDS	FATURADO
15-2019	Lidro	1	31	18
14-2019	Lidro	1	26	18
13-2019	Lidro	2	19	18
12-2019	Lidro	3	19	18
11-2019	Lidro	3	19	18
10-2018	Lidro	3	19	18

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DIA	LEITURA
ANTERIOR	02/05/2019 143
ATUAL	03/06/2019 145

CONSUMO MÊS/M	10	LEI 10.744/2003
POL. ÁGUA	75,45x1,55x= 1,24	
GD/15	75,45x1,55x= 5,73	

TABELA DE TAXAS
RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$ / 10 (N)
10 2.845,65
25 5.308,65
5 9.999,99 9.158,65

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$ / 10 (N)

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
> Residencial-Normal	10,00
VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
> Residencial-Normal	10,00
DUROS POR ATRASO	10/2018
MULTA POR ATRASO	0,80
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01
	25,01

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR





<tbl\_r cells="2" ix="5" maxcspan="1"



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

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

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

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

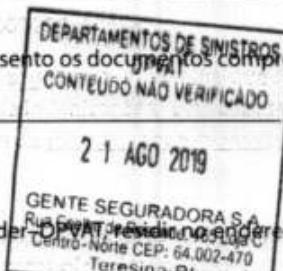
Pelo exposto, eu Keylly Moreira de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) de Beneficiário Telma Fernandes da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 912.458.263-87, do sinistro de DPVAT cobertura Trânsito da Vítima Telma Fernandes da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 912.458.263-87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: **CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

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	Rua: Vinte e Quatro de Janeiro	Número	554	Complemento
Bairro	centro	Cidade	Teresina	Estado
Email		Telefone comercial(DDD)	(86)994729591	CEP

The R. 30 de 08 de 19  
Local e Data

Keylly Moreira de Oliveira  
Assinatura do Declarante

001 V001/2017





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

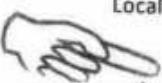
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 040 022 12 04

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, João Víncios da Silva Barroso,  
RG nº 4.183.837, data de expedição 30/02/15,  
Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 079.430.993-38,  
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. MAGALHÃES FILHO, nº 2593,  
complemento AEROPORTO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Telma Fernandes da Silva, cujo o condutor era  
Wagner Venâncio de Alencar.

Veículo: MOTO Modelo: Honda/BRZ 150I Ano: 2019  
Placa: BRT-1681 Chassi: 9C2JC7000KR 203262  
Data do Acidente: 19/05/19

Local e Data: Teresina 25 Junho 2019

  
João Víncios da Silva Barroso

Assinatura do Declarante

Wagner Venâncio de Alencar

Assinatura do Condutor

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



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Notariais Gráficas de São Paulo Teresina

ECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO VÍNCIOS DA SILVA BARROSO. DOU FÉ. EM TESTE. DA VERDADE.  
Teresina-PI, 25/06/2019. Selo: AAD48147-N6HA  
<http://tjpi.jus.br/portalextra>

AUREA LETICIA SANTOS SILVA-ESCREVENTE  
Total: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - CP: 20  
Código Prof. Veículo DPVAT

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Aurea Letícia Santos Silva  
Escrivente Autorizada

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

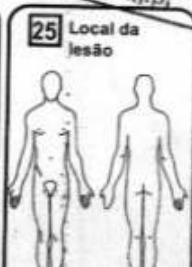
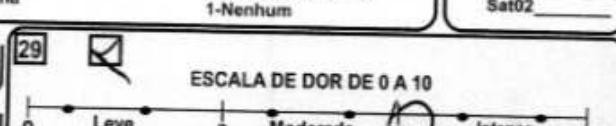




Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <b>3253</b>	02 Data do chamado <b>19/05/19</b>	03 PRO (código) <b>0898</b>	04 Saída do PA <b>2238</b>	05 Chegada ao local <b>2244</b>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>23/17</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>23/31</b>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço <b>Rua das Vassouras</b>	11 Bairro <b>Itapemirim</b>	12 Município-UF <b>Itapevera</b>	Código IBGE <b>11</b>		
po de ocorrência	13 Ponto de referência <b>convento</b>					
Acidente de Transporte	14 Nome <b>Telma Fernandes da Silva</b>	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9- Ignorado <input checked="" type="checkbox"/>				
Exame Físico	16 Idade <b>31</b> 1-Dia 2-Mês 3-Anos 4-Ignorado <b>15.11.1944</b>	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>			
Assistência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica <input checked="" type="checkbox"/>	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico <input type="checkbox"/>	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares <input type="checkbox"/>	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado <input type="checkbox"/>	DEPARTAMENTOS DE SINSI CONTEÚDO NÃO VERIFI DIAVAT SINIS	
Hospital de Destino	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/>	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/>	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de Segurança Assento para Criança <input type="checkbox"/>	23 AGO 2019 S.A. Resende, 46 Av. Dr. H. D... 0300-0470	
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = <b>11</b> ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma <input type="checkbox"/>	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma <input type="checkbox"/>	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum <input type="checkbox"/>	24 Sinais Vitais P脉搏 <b>92</b> Resp. PA <b>144/99</b> TAX. Sat02 <input type="checkbox"/>	25 Local da lesão  <input type="checkbox"/>	
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais <input type="checkbox"/>	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente <input type="checkbox"/>	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10  0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>		
	28 Sangramento 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Glicemia <b>108 mg/dl</b> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>	32 Hospital de Destino <b>HUT</b>	<input type="checkbox"/> Não Removido		
	33 Condições de entrada 1- Melhorado <input type="checkbox"/> 2- Piorando <input type="checkbox"/> 3- Inalterado <input type="checkbox"/>	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/>			
	<p>Paciente vítima de colisão de moto com carro passageira sem capacete suspeita de fisticula em fundo m.s.d. consciencia orientada, alcoolizada outra vítima sendo removida pela F&amp;O 2904.</p>					
	Socorristas Médico AE/TE	Responsável pela recepção <b>Juilda</b>	Enfermeiro Condutor	socorre <b>campos</b>		

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:35:35

<http://tipi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511353474900000013031550>

Número do documento: 20121511353474900000013031550

Num. 13778416 - Pág. 11

*Alta*



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGUROADORA S.A.  
Rua Coimbra de Figueiredo, 485 Local C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE:

Tefma Fernandes da Fvc

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

511657

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





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Drº Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

AMtoP

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>TELMA FERNANDES DA SILVA</b>		Prontuário: <b>511657</b>
Mãe: GESEUDA ALVES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: R PARAIABA 1650 - VILA OPERARIA - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 15/11/1974	Idade: 44a6m4d	Sexo: Feminino Fone: 86-99453-0105
Responsável: MESMA		CNS:
Profissão: PROMOTORA		Documento: Reg.Nasc: NAO PORTA
G. Instrução: Não informado E.Civil: Solteiro(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>722457</b>	Entrada: 19/05/2019 23:32:47	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Evento recente	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Cor: Verde
Brave História Clas. Risco: relato de queda de moto com lesões em varias partes do corpo		21 AGO 2019	IRALDES ALVES DE MOURA GOMES CRN 157540 Em: 19/05/2019 23:43:16
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coimbra de Resende, 465 Lote C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI			

SSVV: (Hora: ____ : ____ )	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
----------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

QP: acidente motociclistico + dor em braço dir  
HDA: relata uso de capacete, ingeriu bebida alcoólica, trazida ao serviço em prancha rígida e com colar cervical  
EF: estável hemodinamicamente, avaliação tóracica e abdominal sem alterações, com provável fratura em antebraço dir

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
---------------------------	------

Exames Complementares: (1220939) - ANTEBRACO DIREITO	DATA: _____
---	-------------

Prescrição Médica: <i>PMOC OMtoPcJW</i>	WEI: 5525
--	-----------

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto)	DATA: / / . CRM: 2018/TEOW 13135
---	----------------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável	WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO CRM 3811 Em: 20/05/2019 00:21:05
------------------------------------	--





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

*Conselho*

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
Telmo Guedes do Nascimento					
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:			
08/08/2020	Dr. Júlio Botelho	ORTOPEDISTA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
1 - Dieta restrita Dra. Júlio	03:30h		03:30h Administração no Posto 02		
2 - SF 0,9% 500ml FV de 12/12h	03:30h		SOLVEDA 1000ML GOMER 19289		
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h	06:00				
4 - Ferotic 01 20mg + AdEV 12/12h	06:00				
5 - Ranitidina 5,mg + AdEV 12/12h	06:00				
6 - Piásil 01 5mp + FLEV 8/8h S/N // 05/08	06:00				
7 - CCGG + SSVV	06:00				
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DP/DMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO <b>21 AGO 2019</b>					
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coimbra de Resende, 465 Log. C Centro-Norte CEP: 64002-420 Teresina-PI					
<i>Assinatura do paciente</i> Dr. Celso Antônio Mendes Coutinho Flávio Mendes Coutinho CRM: 3018100 CRM: 3018100/13345					
<i>Assinatura do médico</i> Dr. Celso Antônio Mendes Coutinho Ortopedia e Traumatologia CRM: 3018100/13345					

MÉDICO / CRM:



239399

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

206897

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	239399

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>TELMA FERNANDES DA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>511657</b>
7-CNS:	8-Nascimento: <b>15/11/1974</b> 9-Sexo: <b>Feminino</b>
11-Mãe: <b>GESEUDA ALVES DA SILVA</b>	12-Fone: <b>86-99453-0105</b>
13-Resp: <b>MESMA</b>	14-Cor: <b>Sem Informação</b>
15-Ender: <b>R Parnaíba 1650 - VILA OPERARIA - CEP: 64069-990</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64069-990</b>
16-Munic: <b>TERESINA</b>	

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Xociente com fratura de rádio distal

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

21 - Condições que justificam a internação:

Venido de Tio Henrique

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Alexeu + Giseu fer + R.

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

S525

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Lote C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo: 505

2

0408020407 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:  
32 01 CPF 000.058.973-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:  
CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA 19/05/2019

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 3918 EDEF: 13136  
Ass. Carimbo RG.Sol. (CRM)

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-( ) Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOC:
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:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

48-Documento: 49-Num. Documento:

( )CNS ( )CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Edinei Venâncio de Alcântara

Usuário: (ELIENE SILVA)  
Consulta Local: 722457  
Consulta SUS: Impressão: 20/05/2019 01:28:48



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20 / 09 / 19

NOME DO PACIENTE:	Talma Fernandes da Silva	PRONTUÁRIO N°:	511657
DIAGNÓSTICO:	Fractura radio distal dir	CIRURGIA:	Osteomíctex
ANESTESIA:	Bloq	Nº DA SALA:	02
CIRURGÃO:	Dra. Flávia Matos	CPF N°:	
AUXILIAR:	Flávia Matos	CPF N°:	
ANESTESIA:	Dra. Gente	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Glaucieleide	CPF N°:	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
21 AGO 2019

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7,5	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO N°	UNID.			eletrônicos	11	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				luzes	..	09	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	3,0	11	01				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Neiva			
PROLENE							



## 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: HUT CNPJ: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: Wellius Fernandes da Silva N° AIH: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

*Fut ródio dis b. 2019.  
Neonato 2/ix k. 22*

*Flávio Mauro C. Soares Coutinho  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PI 3102*

DATA: 20/05/2019 Assinatura do Médico Solicitante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
21 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 0  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

### AUDITOR

*Flávio Mauro C. Soares Coutinho  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PI 3102*

DATA: \_\_\_\_\_ Assinatura do Médico Solicitante



# FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
DATA:	10/05/19	P. ARTERIAL 130x70	PULSO 80	RESPIRAÇÃO 16	TEMPERATURA 36,5	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. UREIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTENDO NÃO VERIFICADO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CRICULATÓRIO		21 AGO 2019				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA RESPIRATÓRIO		GENTE SEGURADORA Av. Coimbra de Russas, 16 - Lote C Centro-Norte CEP: 64.002-000 Teresina-PI				SISTEMA MAMARÍNARIO	
SISTEMA DIGESTIVO		CORTICOIDES				ATARAXICOS	OUTROS
ESTADO MENTAL						FÍSICOS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO						APLICADO AS EFEITOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3						
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10						
P. ARTERIAL V O PULSO	38						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						1. Preparação 2. Anestesia e intubação 3. Cirurgia 4. Desconexão da bomba 5. Desintubação e extubação 6. Desconexão da bomba 7. L. Bloqueio periférico 8. Anestesia local 9. Anestesia muscular 10. Depressores locais 11. Analgésicos locais 12. Antagonistas 13. Inibidores do receptor 14. Inibidores do canal 15. Depressores	
RESPIRAÇÃO O						DURAÇÃO	
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES					Até 10 dias		
CIRURGIÕES					Até 10 dias		
ANESTESISTAS	Dr. Ednan Soares Coutinho MÉDICO CRM-PI 4528				Até 10 dias		
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							
PARITICULARIDADES							
MOD 76 - HUT							



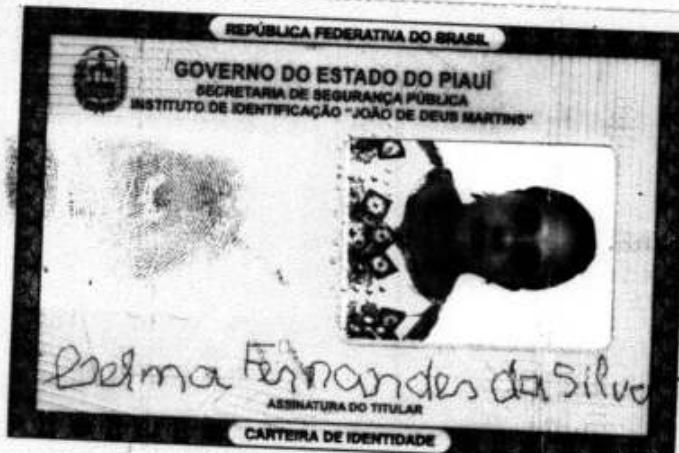
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Tetua, servaodes do sítio	
Diagnóstico pré-operatório	Fract. rádio distal dir.	
Operação - Tipo	Descolante de rádio distal dir.	
Cirurgião	Flávio Maia e Tramontano Ortopedista e Traumatólogo COT: PI 0102	1º Assistente
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	20/05/2019	Inicio
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista	<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 21 AGO 2019 GENE SEGURADORA S.A. Rua Celso de Barros, 450 Lga C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>	
Acidente Durante a Operação		
<p><b>Descrição da Operação</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>Bloqueio, sedação, 20% oxigênio, oxigênio, colípo, redução com escopio e fixação primitiva efis K 2-0, enrolado. solo liso</p>		
<p>Flávio Maia e Tramontano Ortopedista e Traumatólogo COT: PI 0102</p>		

Mod. 76 HUT

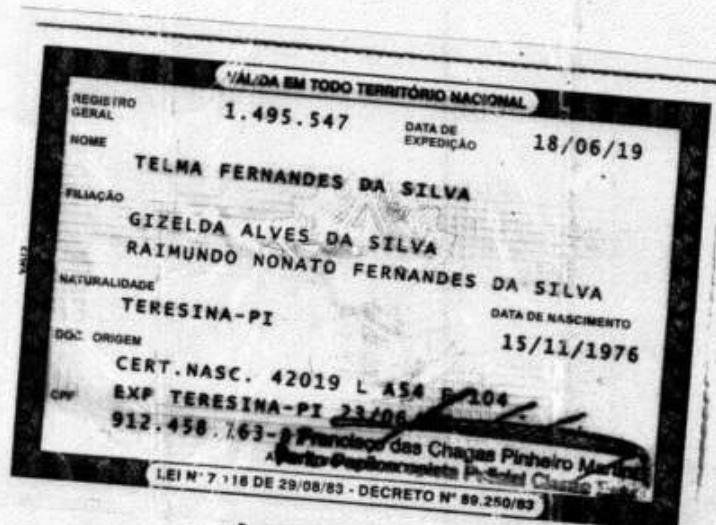




DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Log C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### **OUTORANTE:**

Nome: Telma Fernandes da Silva  
RG: 1.495.547 Orgão Emissor: SSP PI  
CPF: 012.458.26387 Nacionalidade: Brasileira  
Est. Civil: Solteira Profissão: Promotora de vendas  
Endereço: Rua Paraíba Nº 8653/1  
Bairro: Vila operária Cep: 64003460 Cidade/UF: teresina PI  
Telefone: 86 98807 7870 86 99473 9501

### **OUTORADO:**

Nome: keylly moura de oliveira  
RG: 2.212.129 Orgão 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: Telma Fernandes da Silva  
CPF: 012.458.26387 Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente  DAMS  Morte

Teresina 18 DE JUNHO DE 2019

Local e data

Gelma Fernandes da Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Cartório  
Themistocles Sampaio  
Av. Lacerda Marques, 1025 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0150 - E-mail: [themistocles@terra.com.br](mailto:themistocles@terra.com.br)

Assinatura: Alessandro Gonçalves de Souza Pereira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE TELMA FERNANDES DA SILVA, DOU FÉ, EM TESTE, DA VERDADE.  
Teresina-PI, 18/06/2019.  
[www.tjpi.jus.br/portalextra](http://tjpi.jus.br/portalextra)

Foto: AAD23873-OUE9

ALESSANDRO ALVES DE SOUSA - ESCREVENTE AUTORIZADO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º Ofício de Notas  
Alessandro Alves de Souza  
Escrivão Autorizado  
TERESINA-PI  
ANTONIO J. OFICIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287994/19

**Vítima:** TELMA FERNANDES DA SILVA

**CPF:** 912.458.263-87

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/05/2019

**Titular do CPF:** TELMA FERNANDES DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

#### TELMA FERNANDES DA SILVA : 912.458.263-87

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](http://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: 21/08/2019  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:35:35  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511353474900000013031550>  
Número do documento: 20121511353474900000013031550

Num. 13778416 - Pág. 22

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491796 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: TELMA FERNANDES DA SILVA Data do acidente: 19/05/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). P.9 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 MODERADO DO PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50





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

---

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190491796      Vítima: TELMA FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), TELMA FERNANDES DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00787/00788 - carta\_02 - INVALIDEZ



00020394

Carta nº 14746857



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:35:35  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511353474900000013031550>  
Número do documento: 20121511353474900000013031550

Num. 13778416 - Pág. 24



# 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:	4 - Nome completo da vítima:
	912.458.263-87	Telma Fernandes da Silve

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Telma Fernandes da Silve	912.458.263-87		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Promotora de Vendas	Rua: Paráibas	16331	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Pirajá	Teresina	Piauí	64.003.460
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
	(66) 994725541		

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

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

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00      | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

## 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL, O BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 085593 CONTA: 300636   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

## 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 Seguradora LIDER S.A., apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa presta concordância com a realização da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
*21 AGO 2019*  
GENTE SEGURO SA.  
CNPJ: 00.000.000/0001-00  
Av. Presidente Dutra, 465 - Centro  
Teresina-PI  
Fone: (86) 3222-4700

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, 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/o(s) pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
36 - CPF legível de quem assina a/o(s) pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
37 - (*) Assinatura de quem assina a/o(s) pedido	40 - Local e Data, <i>Teresina-Piauí 26.08.19</i> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)	

tura do Representante Legal (se houver)

2020/12/01





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:35:35  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511353474900000013031550>  
Número do documento: 20121511353474900000013031550

Num. 13778416 - Pág. 26