

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Sistema, Audiências, PJR Consulta pr, PJR 0827842-14, Baixar o arq, (35) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=624181&ca=cb934bc2200b7142ca0134851e5a7df0e73...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0827842-14.2020.8.18.0140
TELMA FERNANDES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

Search bar: 13778412 - CONTESTAÇÃO (2773306 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 15/12/2020 11:35:35

Left sidebar: 15 Dec 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
13778400 - CONTESTAÇÃO
13778412 - CONTESTAÇÃO (2773306 CONTESTACAO 01)
13778416 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
13778428 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
13778432 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
13778435 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 9
2773306- CS/ 2020-04556/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI
Processo: 08278421420208180140

Taskbar: 11:35 15/12/2020



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	PROCESSO ADMINISTRATIVO	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 Nº: 100203.002315/2019-78

Complementar ao BO Nº: 100203.002287/2019-99

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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA ARTUR DE VASCONCELOS, Nº:

Complemento

542586

Data/Hora

19/05/2019 - 21:30

Bairro

ITAPERU

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WAGNER VENANCIO DE ALCANTARA

RG: 19787961 SSP PI

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

Endereço: RUA DELFINO VAZ, Nº 2496

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: TELMA FERNANDES DA SIEVA

RG: 1495547

Mãe: GIZELDA ALVES DA SILVA

Endereço: RUA DELFINO VAZ, Nº 2496

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9453-0105

Tipo Envolv.: VITIMA

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 Nº 511660, QUE A PASSAGEIRA FOI LESIONADA, SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT, PRONTUÁRIO 511657. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almirallice R. Lebre Carlos

Escrivão de Polícia

Wagner Venancio de Alcantara
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 Venancio de Alcantara

Wagner Venancio de Alcantara

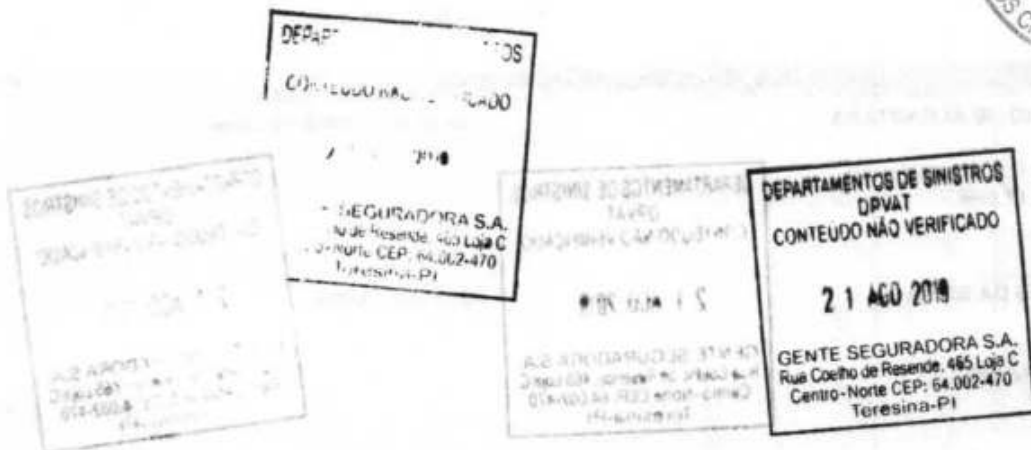
Averbante

Claudio Costa de Sousa

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: 4 - Nome completo da vítima:
912.458.263-87 Telma Fernandes da Silva

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

5 - Nome completo: Telma Fernandes da Silva
6 - CPF: 912.458.263-87
7 - Profissão: Promotora de Vendas
8 - Endereço: Rua: Piraí
9 - Número: 1633/1
10 - Complemento:
11 - Bairro: Piraí
12 - Cidade: Teresina
13 - Estado: Piauí
14 - CEP: 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:

☒ 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 IDENTIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA IDENTIZAÇÃO (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: 0855013 CONTA: 1006364
(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:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a 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 na natureza (velhinhos)? ☐ 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 o pedido
36 - CPF legível de quem assina o pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina o pedido

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

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 20.08.19

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua da Piraí, 1633/1
CEP: 64.003-460
Teresina-PI





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado
01 N° do chamado: 3253
02 Data do chamado: 19/10/19
03 PRO (código): 7898
04 Saída do PA: 22:38
05 Chegada ao local: 22:44
06 Saída do local: 23:18
07 Chegada ao 1° hospital: 23:31
08 Saída do 1° hospital:
09 Chegada ao 2° Hospital:
Local da Ocorrência
10 Endereço: Av. de Venceslau
11 Bairro: Hapeni
12 Município-UF: He
13 Ponto de referência: conrento
Código IBGE:
Dados do Paciente
14 Nome: Telma F. da Silva
15 Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
16 Idade: 31
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Tipo de ocorrência
01 - Acidente de transporte
02 - Agressão física-espantamento
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
19 Vitima ☐ 20 Meio de locomoção ☐
21 Outra parte envolvida ☐
22 Equipamentos de segurança ☐

Exame Físico
23 Glasgow = 14
ABERTURA OCULAR
4 - Espontânea
3 - À voz
2 - À dor
1 - Nenhuma
5 - Orientada
4 - Confusa
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma
26 Pupilas ☐ 27 Pulso Radial ☐ Central ☐
28 Sangramento ☐ 29 Escala de Dor de 0 a 10
30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐

Assistência
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)
32 Hospital de Destino: HUT
33 Condições de entrada ☐
34 Óbito ☐

Observações Interdisciplinar
paciente vítima de colisão de moto com carro, passageira sem capacete, suspenso de fratura em punho m.s.d. consciente, orientada, alcoolizada outra vítima sendo removida pela PRO 2204.

Responsável pela recepção
Socorristas Médico: AE/TE Socorro
Enfermeiro Conductor: Conductor

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

CM 10 R

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 20/05/2019 00:21:05

(User: WILLIAM MACHADO)

(Estação: CONSULPA03)

Nome: TEIMA FERNANDES DA SILVA		Prontuário: 511657	
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: 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 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	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: relato de queda de moto com lesões em varias partes do corpo		IRAILDES 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/m2** Pulso: **bmp** Pressão: **mmHg**

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

QP: **acd motociclistico + dor em braço dir**

HDA: **relata uso de capacete, ingeriu bebida alcóolica, 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:

PINOC - CM 10 R 10

Reio: 5525

Procedimento: 0408020407

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____/____/____

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 20/05/2019 00:21:05



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

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



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

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

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

836700000000.957200170000.000000007146.171806190053



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.574.740/0001-06 - IE 139965574
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todas as Sais - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38
28190683171217

MATRICULA
13428373-2

FATURA Nº
MÊS/ANO 959854
6/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

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

LOCALIZAÇÃO

001-00041-00-270

GRUPO

001

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	Tipo	UDO	FATURADO
05/2019	Lido	01	10
04/2019	Lido	06	10
03/2019	Lido	02	10
02/2019	Lido	03	10
01/2019	Lido	03	10
12/2018	Lido	01	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA
02/05/2019 143
03/06/2019 145

CONSUMO MÊS M3

10

VALOR MENSUAL

R\$ 75,46 + 1,24

COTAS R\$ 75,46 + 5,73

TABELA DE TARIFFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENTREGA

RESIDENCIAL	Faixa de Consumo R\$/10 m³
10	2.045,00
25	5.200,00
50	9.150,00

DESCRIÇÃO	VALOR	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	10,00	28,45
> Residencial-Normal		
VALOR DE ESGOTO - 18,49	10,00	18,49
> Residencial-Normal		
DIÁRIOS POR ATRASO	10/2018	2,71
MULTA POR ATRASO	10/2018	0,80
RELIÇÃO POR CORTE SIMPLES	01/01	25,01

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/10 m³



15/06/2019

75,46

IRREGULARIDADES / ANO / VALIDADES

ATENÇÃO

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO ANS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
ODORAPRESENTE	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15
PH	1865	1538	327	6,27	6,00-9,50
TURBIDIDADE	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO ANS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COL	660	656	4	Ausente	Ausente
	660	660	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 03/06/2019 HORA DA EMISSÃO: 17:12

TC 1.38 28190683171217

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRICULA
13428373-2

FATURA Nº
MÊS/ANO 959854
6/2019

VENCIMENTO
15/06/2019

VALOR A PAGAR
75,46

82680003000-0 75461535000-8 00201900095-5 98540100504-8



Declaração de Quitação Anual de Débitos

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

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

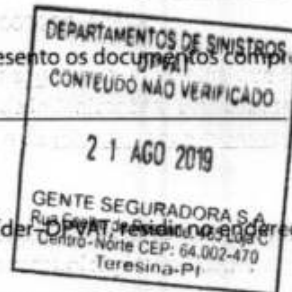
Pelo exposto, eu Keylly Morais de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Telma Fernandes de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 912.458.263-87 do sinistro de DPVAT cobertura Furto da Vítima Telma Fernandes de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 912.458.263-87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ 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: Vinte e Oito de Setembro de 1911</u>		Número	<u>554</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(86) 994729591</u>		

Ter, 30 de 08 de 19
Local e Data

Keylly Morais de Oliveira
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, JOÃO VINÍCIOS DA SILVA BARROSO
RG nº 4.183.817, data de expedição 10/02/15
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 079.430.993-38
com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de PERNAMBUCO
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/Biz 150i Ano: 2019
Placa: QRT-1683 Chassi: 9C2JC7000KR203262
Data do Acidente: 19/05/19

Local e Data: TERESINA 25 JUNHO 2019

João Vinícius 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
Rua Lacerda Freixo, 1111 - Centro - CEP: 64.011-200 - Teresina-PI. Fone: (86) 321-0100. E-mail: atendimento@teresina3oficio.com.br
Título: Autógrafa Gráfica de São Paulo, SP

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO VINÍCIUS DA SILVA BARROSO. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 25/06/2019.
rw.tjpi.jus.br/portalextra. Selo: AAD48147-R6KA

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

ÁREA LETÍCIA SANTOS SILVA-ESCRIVENTE
101:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - CP:20
C DO PROP. VEÍCULO DPVAT

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



SAMU
192

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 AGO 2019
S.A. C. 470

1.2011



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: Tefma Fernandes da Fve
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 Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

CM 10 B

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: TEIJA FERNANDES DA SILVA	Prontuário: 511657
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)

Imp: 20/05/2019 00:21:05
(User: WILLIAM MACHADO)
(Estação: CONSULPA3)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 722457	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: QUEIDAS	Classificação: Evento recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: relato de queda de moto com lesões em varias partes do corpo		



IRAILDES ALVES DE MOURA GOMES
CRM 157540
Em: 19/05/2019 23:43:16

SSVV: (Hora: ____:____)

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

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

QP: **acd motociclistico + dor em braço dir**

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

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

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1220939) - **ANTEBRACO DIREITO**

Prescrição Médica:

RMOC - CM 10 B

CEB: 5525

Procedimento: 0408020409

Dr. Carlos Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 28018 / RCD: 13135

Dr. Marcelo Cordeiro
CRM: 3083 / CRM-PA 7204

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 20/05/2019 00:21:05





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

UNIDADE DE SAÚDE:

land

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
Telmo Fernandes do Selo					
DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:			
Rx de Paulo Roberto	ORTOPEDIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
1 - Dieta geral	03:30h	03:50: Admitida no Posto OC			
2 - SF 0,9% 500ml / EV de 12/12h	03:30h	24:50: Apresentando vômitos			
3 - D-pirone 01 amp + ADEV 6/r/h	06	20/05/2019 - 08:15, Consequência de...			
4 - Teronit 20mg + ADEV 17/12h	08:05	Pach (66:15), Fegueria - 08 em			
5 - Ranitidina 5mg + ADEV 2/2h		MSE. Niga alugas e comarido			
6 - Plasil 01 amp + FLEV 8/8h SN/11 08:05		des. segue em 1º turn. Enea...			
7 - CCGG + SSVV		minha 20 e.e. Paulo Mº Altosa de Corne...			
		Acadêmica de Farmácia Matr. 904425			
		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			
		Dr. Celso Antônio Mendes Carreira Ortopedia e Traumatologia CRM 30107/PR 11145			

MÉDICO / CRM:





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

206897

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Paciente com fratura de rádio distal</i>	<div>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 21 AGO 2019 CENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro-Norte CEP: 64.062-470 Teresina-PI</div>		
21 - Condições que justificam a internação: <i>Remissão de TIO fratura</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Arerew + Enxer fur + R.</i>			
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da extremidade distal do rádio	24-CID Prim: S525	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:		Tempo SUS
0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO		2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:	
	02 01 CPF 000.058.973-00	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:		34-Data Solicitação:
CELSON ANTONIO MENDES COIMBRA		19/05/2019

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3918 JDEE 13135
Ass. Carimbo Rg. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Nr. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBGR:
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: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Adineis Venâncio de Alcantara</i>	Usuário: (ELIENE SILVA)	Consulta Local: 722457
	Consulta SUS:	Impressão: 20/05/2019 01:28:48





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20 / 09 / 19

NOME DO PACIENTE:	Talma Fernandes da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	511657
DIAGNÓSTICO:	Ext. radio distal dir	CIRURGIA:	Osteomielite
ANESTESIA:	B12	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dr. [assinatura]	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Laente	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Glaucileide	CPF Nº:	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 415 Laje C
Cidade - Norte CEP: 64.002

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 Nº 7,5	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 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- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.			eletrodos	"	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	"	09	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				leupor			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0			01				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Neves			
PROLENE							



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



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: HUT CNPJ: 00.000.000/0000-00
PACIENTE: Adelino Fernandes da Silva Nº AIH: 00000000000000000000
PROCEDIMENTO ANTERIOR: PROCED. SOLICITADO:
MÉDICO SOLICITANTE: CRM: CPF:

JUSTIFICATIVA

Furt rodio dis kl daq.
Necroscópio 2/18 K. 20



Flávio Moura de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3102

DATA: 20/05/2019

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR



DATA:

Assinatura do Médico Solicitante



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE: <u>Elvies Fernandes da Silva</u>				UNIDADE DE SAÚDE			
DATA: <u>20/05/19</u>	P. ARTERIAL: <u>130x70</u>	PULSO: <u>80</u>	RESPIRAÇÃO: <u>16</u>	TEMPERATURA: <u>36,3</u>	Nº DE REGISTRO		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	PESO	ALTURA	
EXAMES DE URINA				GLICEMIA		DOS. URÉIA	
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA: <u>Normal</u>				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA CRICULATÓRIO: <u>Normal</u>				ASMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <u>MVE 130x70</u>				BRONQUITE			
SISTEMA DIGESTIVO: <u>Normal</u>				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL: <u>Alerta</u>				CORTICOIDES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO: <u>Obstrução da bexiga</u>				ATARAXICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				FÍSICOS			
APLICADO AS				EFEITOS			
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
	SANGUE 300						
	OUTROS 100						
TEMPERATURA T	Cº						260
P. ARTERIAL V O PULSO	38						200
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	140	120					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	100	80					
RESPIRAÇÃO O	60	40					
SÍMBOLOS		20	SEQUÊNCIA				
TÉCNICAS		10	1. Anestesia geral 2. Intubação orotraqueal 3. Ventilação mecânica 4. Monitorização 5. Controle da temperatura 6. Controle da glicemia 7. Controle da coagulação 8. Controle da função renal 9. Controle da função hepática 10. Controle da função cardíaca 11. Controle da função neurológica 12. Controle da função endócrina 13. Controle da função imunológica 14. Controle da função reprodutiva 15. Controle da função integridade				
OPERAÇÕES		DURAÇÃO					
CIRURGIÕES		INCIDENTE - ACIDENTE					
ANESTESISTAS		CONDICÕES 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	Telma, Fernandes da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Fract. rádio distal dir.		
Operação - Tipo	Alinhamento de rádio distal dir.		
Cirurgião	Flávio M. Coutinho		
2º Assistente	1º Assistente		
	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
20/05/2019			

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

Bloqueio, redução, 20K omprio,
omprio, comprio, redução
no omprio e fixação, parafusos
e fios K 2-0, curativos. solo
limo

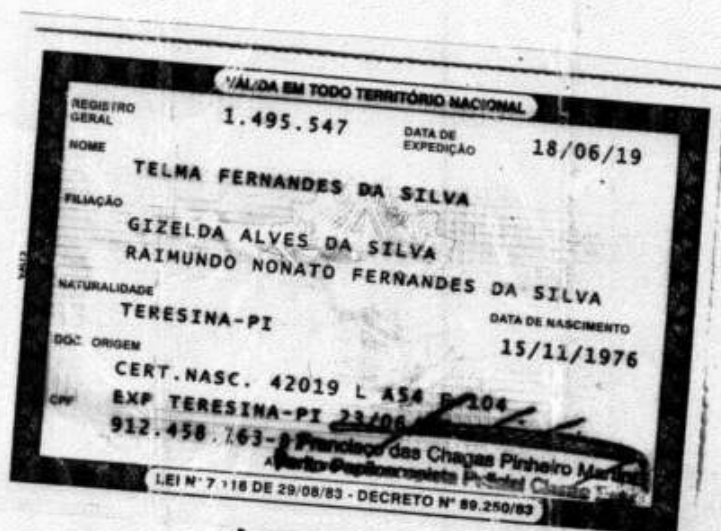
Flávio M. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 6102

Mod. 76 HUT





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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Telma Fernandes da Silva
RG: 1.495.547 Órgão Emissor: SSP PI
CPF: 912.458.26387 Nacionalidade: Brasileira
Est. Civil: Solteira Profissão: Promotora de vendas
Endereço: Rua Paraibuna Nº 3653/1
Bairro: Vila Operária Cep: 64003400 Cidade/UF: TERESINA PI
Telefone: 86 98807 7870 86 99472 9591

OUTORGADO:

Nome: Keylly Moura 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 () ()



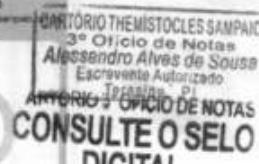
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar 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: Telma Fernandes da Silva
CPF: 912.458.26387 Data do Acidente: 19/05/2019

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

Teresina 18 DE JUNHO DE 2019
Local e data

Telma Fernandes da Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



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

CPF de: Próprio

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 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

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 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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa



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. 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



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 Silva

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):

Telma Fernandes da Silva 912.458.263-87 Promotora de Vendas Rua: Pernambuco 1653/1 16 - Tel. (DDD): (66) 99472-5541

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0855013 CONTA: 10063699 AGÊNCIA: CONTA:

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:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e duração de invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância ou avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorda 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 na vitima (velhas)? ☐ 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 aos únicos 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 pedido

36 - CPF legível de quem assina o pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 20.08.19

Telma Fernandes da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

1003/2018



DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
ENTE SEGURADORA S.A.
Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

