

Browser tabs: Email - Alana Lima, Controle de documentos, Mensagens, Sistema SAJ, Consulta processo, 0800681-73.2019.8.18.0072, (39) WhatsApp.

Address bar: tjpi.pjejus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=393280&ca=b03fea4a76477c99e189fc9b88694c898cd...

Processo: ProceComCiv 0800681-73.2019.8.18.0072
MARIÁ RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIADOS

14163648 - CONTESTAÇÃO (2779175 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 20/01/2021 10:47:31

20 Jan 2021

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 14163648 - CONTESTAÇÃO (2779175 CONTESTACAO 01)
- 14163652 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 14163653 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
- 14163655 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 14163658 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:47

downloadBinario.seam 1 / 10

2779175- CS/ 2021-00008/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ/PI

Processo: 08006817320198180072

PT 10:47 20/01/2021



20/01/2021

Número: **0800681-73.2019.8.18.0072**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São Pedro do Piauí**

Última distribuição : **02/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA (AUTOR)		FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14163652	20/01/2021 10:47	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190355849

Vítima: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA

Data do Acidente: 05/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14390354





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

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190355849

Vítima: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA

Data do Acidente: 05/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00589/00590 - carta_04 - INVALIDEZ

00050295



Carta nº 14415491





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha um (s) tipo(s) de cobertura:

☐ UAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

CPF da vítima:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2022

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Cidade:

Cidade:

Estado:

CEP:

UF:

Recursos - Se

161 99 981.6008

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

RECEITA MENSAL:

☒ REQUERER INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3827

CONTA: 26606

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resolução do Seguro DPVAT a ser devido, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, com a impossibilidade 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.

Para fins de assinalamento, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, incluindo, desde já, em meu subscrito, a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa presunção de culpa ou de responsabilidade, mas apenas a minha declaração de que não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, caso discorde do seu conteúdo.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 MAI 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grão de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e primarem com a documentação exigida, de que qualquer união 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.

Local e Data: São Pedro do Piauí - PI 07.05.2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Maria Raimunda da Conceição Vieira

Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

10/04/2019 HORA 11:16:24
DATA EFETIVACAO 10/04
CONVENIO 000674591
OPERADOR Fran001

AGENCIA 3827
CONTA 013.00026606-6
NOME MARIA R DA C VIEIRA

VALOR 





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha um ou mais tipos de cobertura:

☐ UAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

CPF da vítima:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2022

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Cidade:

Cidade:

Estado:

CEP:

UF:

Recusou - Se

64430.000

1699981.6008

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

RECEITA MENSAL:

☒ REQUERER INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3827

CONTA: 26606

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resolução do Seguro DPVAT a ser devido, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, com a impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização pelo 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.

Para fins de assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, incluindo, desde já, em meu subscrito, a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa presunção de culpa ou de responsabilidade, mas apenas a minha declaração de que não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, caso discordo do seu conteúdo.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 MAI 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e primarem com a indenização, estando ainda, de que qualquer união 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.

Local e Data: São Pedro do Piauí - PI 07.05.2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGA

* Maria Raimunda da Conceição Vieira

Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

10/04/2019 HORA 11:16:24
DATA EFETIVACAO 10/04
CONVENIO 000674591
OPERADOR Fran001

AGENCIA 3827
CONTA 013.00026606-6
NOME MARIA R DA C VIEIRA

VALOR







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

650 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 134481.000391/2019-81

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 24/05/2019 - 10:18

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ÁGUA BRANCA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ÁGUA BRANCA

Endereço

AV JOSÉ MIGUEL, Nº: S/N

Complemento

Data/Hora

05/09/2018 - 19:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARLENE MARIA DA CINCEIÇÃO

RG: PREJUDICADO SSP PI

Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA ALTO ALEGRE, Nº

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8117-0318

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA

RG: 4.921.823 SSP PI

Mãe: MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: ORLANDO VIEIRA COSTA

Endereço: RUA ALTO ALEGRE, Nº 531

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86 8117 0319

Tipo Envolv.: VITIMA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A noticiante compareceu a esta delegacia de policia civil para comunicar um acidente de transito , envolvendo sua filha e uma motocicleta não identificada; relata a noticiante que sua filha acima qualificada, sofreu um acidente de transito na cidade de Água Branca/PI; a noticiante conta que sua filha estava retornando do colégio na qual estava estudando, e uma motocicleta não identificada juntamente com o piloto , colheu por trás, violentamente sua filha, que caiu no meio da rua , e o piloto desapareceu sem prestar socorro a vítima; a noticiante relata que sua filha ao cair foi socorrida por populares que levaram até o hospital da cidade de Água Branca/PI; que foi examinada e transferida para Teresina. Diante do exposto pede providência por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim.

Gregório Luiz De Sousa - Mat. 0096920

AGENTE DE POLÍCIA
Gregório Luiz de Sousa
Agente de Polícia Civil
Mat. 009692-0

MARLENE MARIA DA CINCEIÇÃO - Noticiante
Responsável pela Informação





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

650 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 134481.000391/2019-81

Delegado de Polícia

Gregório Luiz de Sousa
Agente de Polícia Civil
Mat. 009692-0

marlene mariada concilio





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha um (s) tipo(s) de cobertura:

☐ UAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

CPF da vítima:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2022

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Cidade:

Cidade:

Estado:

CEP:

UF:

Recusou-se

64430.000

18699981.6008

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

RECEITA MENSAL:

☒ REQUERER INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resolução do Seguro DPVAT a ser devido, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, com a impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização pelo 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.

Para fins de assinalamento, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, incluindo, desde já, em meu subscrito, a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa presunção de culpa ou de responsabilidade, mas apenas a minha declaração de que não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, caso discorde do seu conteúdo.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 MAI 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e primarem com a indenização, estando ainda, de que qualquer união 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.

Local e Data: São Pedro do Piauí - PI 07.05.2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROCI

* Maria Raimunda da Conceição Vieira

Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, com o consentimento de a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

10/04/2019 HORA 11:16:24
DATA EFETIVACAO 10/04
CONVENIO 000674591
OPERADOR Fran001

AGENCIA 3827
CONTA 013.00026606-6
NOME MARIA R DA C VIEIRA

VALOR







PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCO
CNES - 232392-3 | CNPJ - 03022132/0001-02



Hospital Municipal
Arco Verde

USUÁRIO: RAFAEL ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 11

DATA: 05/09/2018 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE HORA: 20:21:42
COD.: 196119 Paciente: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA Nasc.: 28/01/1998
Raça: 99 Idade: 20 Anos, 7 Meses e 8 Dias.
Nome do Pai: ORLANDO VIEIRA COSTA
Nome da Mãe: MARLENE MARIA DA CONCEICAO
Sexo: F Telefone: (86)93282-1163 Cep: 64460000
Endereço: RUA JOÃO PEDRO VASCONCELOS Bairro: LOTEAMENTO SAMBALEIRO
Município: AGUA BRANCA UF: PI IBGE Mun.: 2200202
Nacionalidade: BRASILEIRO(A) Município Nascimento: SAO PEDRO DO PIAUI
CNS:
RG Nº: Órgão Emissor: Data Emissão: / /
CPF:

UF: PI
CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 449191 Data: 05/09/2018 20:21:42 Condução: Veículo Próprio ou de Terceiros
Motivo da Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência Convênio: SUS
QUEIXA PRINCIPAL:

DPVAT

HISTÓRICO CLÍNICO:

Pct. vit. p. de estenopelamento
da moto representando hemorragia em fronte,
cefaleia e dor lombar. Hemodinamicamente

EXAMES FÍSICOS: Estável.

3222 0649

3434 3650

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Transt. sup + doç. SF 0,9% EV

Difusão sup e AD. EV

TRATAMENTO SOLICITADO:

RAIMUNDO NONATO MONTEIRO
CRM.: 6489PI CNS: 704200278006758

Assinatura do Paciente ou Impressão Digital

www.aguabranca.pi.gov.br - Contato: hospital@aguabranca.pi.gov.br
www.aguabranca.pi.gov.br - Contato: hospital@aguabranca.pi.gov.br





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

Medição		Hidrometro		MAR/2019	
1146343-0		A05N290400			
Nome/Razão Social/Endereço					
MARLENE MARIA DA CONCEICAO RUA ALTO ALEGRE, 531 ALTO DA CRUZ SAO PEDRO 64430000 AG= 106					
Situação		Res.		Categorias de Uso	
Ativa/Cancelada		1		Com. Ind. Pub.	
3/1				Inscrição	
				105 2 06 0353 0355-000	
Validade da Fatura		Vencimento da Fatura		Mês de Consumo	
25/02/2019		27/03/2019		30	
Período de Faturamento					
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL					
Cód. Responsável		Códigos de Tarifa			
911254072		01			
Consumo Abaixo		Consumo Acima		Consumo Exceção	
16					
Consumo		Consumo Totalizado			
14		14			
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO E VALORES					
Cód.		Nome do Serviço		Valor (R\$)	
		ÁGUA		59,16	
		Multa IMPONTUARIADA 001/001		2,53	
		Juros de Mora 001/001		5,21	
		MANUTENÇÃO HIDROMETRO		1,90	

**DPJ CORRETORA
DE SEGUROS**

31 MAI 2019

DPVAT

01/04/2019 59,80

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 2 VALOR: R\$119,01
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.



M.S.A.
da Livraria Nogueira, 1914
CENTRO - TERESINA - PI
Nº: 02.421.421/0024 - 08 - I.E.: 194445895
Nº da Nota: 02.421.421/0001-31

TIM
BLACK

Página 1 de 1

R\$ 215,71

VENCIMENTO

25/04/2019

EMIÇÃO: 07/04/2019

POSTAGEM: 16/04/2019

FATURA: 3759190754

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 8493943353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Prezado cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 28/04/2019, sem cobrança de juros e multa.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR

Serviços TIM S.A.	VALOR
 Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 199,99
 CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 0,00
 OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,45
 COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 0,00

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

DESEMPENHOS

Benefícios que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	-	-	1	31	07/03 a 06/04	199,99
10 GB de Internet	10GB	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
Minutos locais e DDD com 41	Ilimitado	109m54s	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
TIM Music	-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
TIM Banca Virtual	-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

PRESTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 1,01
MS	30%	R\$ 150,00	R\$ 45,30	FUNTEL: R\$ 0,50
ISCOFINS - Serviços Telecom	3,65%			
ISCOFINS - Serviços Não Telecom	4,65%			
ISCOFINS - Serviços Não Telecom	9,25%			

Retenções de 11% (12/01/2013)
As contribuições do FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (V.A.)
 Incluídos no(s) Plano(s)

Franquia(ões)	R\$ 145,49
SVA	R\$ 34,30
Desconto(s) Franquia(ões)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

31 MAI 2019

DPVAT

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet toda mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009121536776014	ABR/2019	07/04/2019	25/04/2019	R\$ 215,71

VIA BANCO

8461000002 - 1 15710109011 - 4 00375919025 - 3 40121536776 - 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 10:47:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010473088400000013392775>
Número do documento: 21012010473088400000013392775

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-91-88 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | **Central Ouvidoria:** 0800-021-91-35

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

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 Adriana Lark de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Raimunda da Conceição Lima inscrito (a) no CPF sob o nº 099.845.483 / 41

do sinistro de DPVAT cobertura Incólidade da Vítima Maria Raimunda da Conceição Lima e no

inscrito (a) no CPF sob o nº 099.845.483 / 41 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

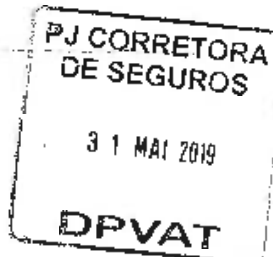
☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 4 de Setembro</u>		Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Estrela Velosa</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64325000</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>		Tel.(DDD): <u>(86) 999816208</u>	

Local e Data: Estrela Velosa - Piauí - 27.05.2019

Adriana Lark de Sousa Silva
Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCO
CNES - 232392-3 | CNPJ - 03022132/0001-02



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
F. M. M. S.
Arcoverde
03022132/0001-02

USUÁRIO:
RAFAEL

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 11

DATA: 05/09/2018

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

HORA: 20:21:42

COD.: 196119 Paciente: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA

Nasc.: 28/01/1998

Raça: 99

Idade: 20 Anos, 7 Meses e 8 Dias.

Nome do Pai: ORLANDO VIEIRA COSTA

Nome da Mãe: MARLENE MARIA DA CONCEICAO

Sexo: F

Telefone: (86)93282-1163

Cep: 64460000

Endereço: RUA JOÃO PEDRO VASCONCELOS Bairro: LOTEAMENTO SAMBA

Município: AGUA BRANCA

UF: PI

IBGE Mun.: 2200202

Nacionalidade: BRASILEIRO(A)

Município Nascimento: SAO PEDRO DO PIAUI

CNS:

RG Nº:

Órgão Emissor:

Data Emissão: / /

CPF:

UF CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 449191 Data: 05/09/2018 20:21:42

Condução: Veículo Proprio ou de Terceiros

Motivo da Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência

Convênio: SUS

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Pct. Uterina de interseparamento
da mãe apresentando hemorragia em frente,
fútil e dor lombar. Hemodinamicamente

EXAMES FÍSICOS: Estável.

32220643

34343650

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Transpl. de 1º grau 570,9% EV

Difusão de 1º grau EV

TRATAMENTO SOLICITADO:

RAIMUNDO NONATO MONTEIRO

CRM.: 6489PI CNS: 704200278006758

Assinatura do Paciente ou Impressão Digital

www.aguabranca.pi.gov.br - Contato: hospital@aguabranca.pi.gov.br
www.aguabranca.pi.gov.br - Contato: hospital@aguabranca.pi.gov.br





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MARQUES

Entf

Leito:

31 MAI 2019

A.A.
Visio

*Linha Direta S. do Costa
Aux. de Emergência
COREN - RJ*

PRESCRIÇÃO MÉDICA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
#	Vitima de Atropelamento #		
1	Dists eod. bris	10	
2	STO. 9% 1000ml. IV, 30q/hora	19:40 30q/h	
3	D.V. 1mg 1mg + AD, IV, 6h/6h	19:40 6h	
4	Topical 2mg + 100ml STO. 9% IV, 8h/8h	19:40 8h	
5	Vol. 100mg 75mg 1mg. IM, 12/12h	22:00 12h	
6	Dexametazona 4mg AD, IV, 8h/8h	22:00 8h	
7	CC 660 + SSN		
8	1) Dexametazona - 10mg + 8ml AD - 1mg 5h/5h	23:40 5h	
9	2) Morf - 10mg + AD 6h	23:40 6h	
10	Pr + Coluna Cervical		
11	Pr + Tórax		

U. 12 E.





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO TRANSFERÊNCIA

DATA: 8, 3, 18 HORA: 09:45 Nº DO TELEFONE: 86 32821163
HOSPITAL SOLICITANTE: NMSWMA- MUNICIPIO: Agua Branca
MÉDICO: Dr. Majella CRM: 661
NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria (X) Outro: Neuro.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Maria Raimunda da Conceição Vieira
Data de Nascimento: 23.1.1998 Idade: 20 anos Sexo: () Masculino (X) Feminino

CPF: Cartão Nacional de Saúde

Município de Procedência: Agua Branca.

HDA: ~~Atendimento em casa com 100% de recuperação~~

~~Exame de urina e sangue~~

HD: Transfusão de sangue CID

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

- 4-Espontânea
- 3-Comandos
- 2-A dor
- 1-Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5-Orientado
- 4-Confuso
- 3-Palavras inapropriadas
- 2-Palavras incompressíveis
- 1-Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6-Obedece a comandos
- 5-Localiza dor
- 4-Movimento de retirada
- 3-Flexão anormal
- 2-Extensão anormal
- 1-Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: °C P: bpm R: mm PA: mmHg Sat O₂ Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração () Medicação (especificar)
- () Curativo () Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT Senha: 10-40536
Clínica/Posto:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DPVAT



Atenção: Assinale a(s) Questão(ões)

06
09
18

Trabalho de Cálculo - Percent

1- de 10 de

2- 56 51 — 1000 10:30
12:30 14:50

3- Duplamente op + 100 10:30

4- 56 51

5- 56 51. Total op + 100 10:30

6- 56 51. Total op + 100 10:30

7- 56 51. Total op + 100 10:30

8- 56 51. Total op + 100 10:30

At 12:20h, Bepi referida
atopia generalizada contra

At 17:42, Bepi referida
atopia no pulmão (PA: 11K80
aproximadamente 100% tuberculose)

At 16:00 Port. 6000
com o quadro de
atopia PA: 11K80
muito

Dr. Diogo Rodrigues
Médico
CRM: 11.189

10:30





NOME DO PACIENTE: Maria Raimunda da Conceição V. Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 487693



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".

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

Enfermeiro
COREN-PI 97512

Neurologia

Oftalmologia

Cirurgia geral

Imp: 08/09/2018 15:48:08

(User: THAISE ALVES)

(Estado: ACCVU)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA	Prontuário:	487693
Mãe:	MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO	Pai:	ORLANDO VIEIRA COSTA
End. Resid.:	RUA JOÃO PEDRO VASCONCELOS 159 - SAMBAIBA - AGUA BRANCA - PI - CEP: 64460-000		
Nascimento:	28/01/1998	Idade:	20a7m11d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-99991-4189
Responsável:	FRANCISCO	CNS:	89800333939907
Profissão:	ESTUDANTE	Documento:	RG: 00000 - SSFI
G. Instrução:	Não informado	Civil:	Concubinato
End. Local:	DATA: 08.09.18, às 17.30h		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	683268	Data:	08/09/2018 15:48:08	Condução:	AMBULANCIA QUALQUER (DESA CIDADE)		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	5 U S	
Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Tipico:	Não	CID Secundario:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA CRANIOENCEFALICO	Evento recente	CIRURGIAO GERAL	Verde
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
VITIMA DE ATROPELAMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADA, TRAUMA EM CABEÇA; NEGA HAS E DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA;	THAISE ALVES PINTO COREN 312521 Em: 08/09/2018 15:48:07		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 16:02)

Paciente vítima de acidente há 2 dias, com surdez e perda da consciência resultando de acidente. Refere dor em região cervical, ombro e mão direita. Exame físico: A - Vias aéreas patentas, com uso de collar e prancha cervical; B - MVA, sem sinais adventícios; C - Paciente hemodinamicamente estável, AC com RR, ZT, BNF, S/S; obt. um pouco; D - Glaucoma 15 pupila esquerda e fotorreagentes; E - Escoriações com queixo, joelho direito e cotovelo

RAIO-X REALIZADO

PA	X	amh	Pulso:	FC:	80	bpm	DATA:	08/09/2018
Diagnóstico Inicial:							Técnico:	Thaís

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) Dipirona 1g/2ml - 1 AMP + AD. EV. agora; T. latil 20-mg - 1 AMP + AD. EV. agora
2) Salinidade TC crânio, TC coluna cervical, RX mão direita e RX ombro direito

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	1/1	HORA:	:
Se Internação, indique o Procedimento e CID			
030340002		S068	
Procedimento		CID	

Assinatura Paciente ou Responsável

On Menus Vireis
CRM 3950
João Luis Mendes de Mesquita
Médico, 47390
SABER
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 10:47:31

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010473088400000013392775

Número do documento: 21012010473088400000013392775

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Imp: 08/09/2018 15:49:18

[THAISE ALVES]

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

Nome: MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA		Prontuário: 487693
Mãe: MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO		Pai: ORLANDO VIEIRA COSTA
End. Resid.: RUA JOÃO PEDRO VASCONCELOS 158 - SAMBAIBA - AGUA BRANCA - PI - CEP: 64460-000		
Nascimento: 28/01/1998	Idade: 20a7m11d	Sexo: Feminino Fone: 86-99991-4129
Responsável: FRANCISCO		CNS: 898003339399907
Profissão: ESTUDANTE		Documento: RG: 06900 - SSP
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Concubinato
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683268	Data: 08/09/2018 15:36:51	Clas. Cor: Verde
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Novinha - 18:30h</i> <i>Acidente de moto com TCE no</i> <i>cara do dor de STC - Cepha</i> <i>Carimbo/Assinatura Solicitante</i>	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ :__ ECG: T; <i>Insônia</i> <i>Transtorno. Atividade física</i> <i>Em dano</i> <i>Col: Tórax</i> <i>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</i>	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__	ESPECIALISTA: <i>Dr. Marcos Vinícius</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>CNA 3950</i> <i>Carimbo/Assinatura Solicitante</i>	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ :__	
<i>Osteopatia</i> <i>Super atropelamento. Dor punho/ulna @. Sem deformidade.</i> <i>Rx sem fraturas evidentes</i> <i>cc. As unidades da NCR (TCE)</i> <i>Carimbo/Assinatura</i> <i>Dr. Frederico Amílcar Leite</i> <i>Osteopatia e Traumatologia</i> <i>Clínica da Coluna Vertebral</i> <i>CRM-PI 778 TEOT-12489</i>	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 10:47:31

<http://tjpi.pje.jus.br:8016/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010473088400000013392775>

Número do documento: 21012010473088400000013392775



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - JUT

Rua Dr. Otilio Vito 1822 Redenção - Fone: R\$ 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 13493 - Em: (10/09/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
222453	487693	MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA	CLINICA NEUROLOGIA - POT	ENFERMARIA 213	LEITO 143	CLEITON BRAGA TAVARES				
Evolução: PACIENTE SEM QUEIXAS. ECHEM 13, PD=PP=FR, MOVE OS QUATRO MEMBROS. TC 109/04/141: CONTUSÃO SITRONTAL EM RPRESORÇÃO E SEM DLM CONDUITA: ALTA HOSPITALAR										
Seq.: Descrição-Apresentação/observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietas										
1	CLOROPO DE SÓCIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO			1,00	Frasco	EV	12/12h			08:40h - Paciente de
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML+ 18AD			1,00	Ampola	EV	6/6h	AD		alta hospitalar
3	METOCLOPRAMIDA, 5MG/ML, INJ. C/2ML FAZER 2ML+ 8AD EM CASO DE NAUSEAS E OU VÔMITOS			1,00	Ampola	EV	8/8h			
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML+ 10 AD 8/8H			50,00	mg	EV	8/8h			
5	FENITOÍNA SÓDICA 50MG/ML, INJ. 5ML FAZER 2ML + 100ML SF 0,9% EV 8/8H			1,00	Ampola	EV	8/8h			
6	PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG EM CASO DE DOR DE FORTE INTENSIDADE			1,00	Comprim	Oral	8/8h			
7	TRAMADOL 50MG/ML INJ. 1ML. FAZER EM 100ML SF 0,9% EV - FAZER LENTAMENTE 8/8H EM CASO DE DOR INTENSA			1,00	Ampola	EV	8h			
8	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA			1,00	Ampola	IM	8h			
9	CAPTOPRIL 25MG SE PAS > 160 E/OU PAD > 100mmHg			1,00	Comprim	Oral	8/8h			
10	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/8H SE DOR DE FORTE INTENSIDADE			1,00	Ampola	EV	8h			

Quiladas Gerais e Sinais Vitais
Cabeleira de Serviço
Alta Hospitalar

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 10:47:31
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010473088400000013392775
Número do documento: 21012010473088400000013392775

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNEP: 05.522.917/3022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 13405 - Em: (09/09/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
222453	487693	MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 213	LEITO 143	CLEICTON BRAGA TAVARES
Evolução:	Diagnóstico/Comorbidades:					
09:00	TCE					
Relatório de Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Relatório de Enfermagem:
ORAL tipo BRANDA.						HUI DR. ZENON ROCHA
1	CLOROFORMO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 100ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
2	DIPYRONA SÓDICA 50MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/8h	EXAME: <i>Prontuário</i>
3	MEFLOPRAMIDA, 5MG/ML, INJ. C/2ML	1,00	Ampola	EV	8/8h	DATA: <i>09-09-18, 01 30:151</i>
4	PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG	50,00	mg	EV	8/8h	<i>Prontuário</i>
5	PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG	1,00	Ampola	EV	8/8h	<i>Prontuário</i>
6	PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h	<i>Prontuário</i>
7	PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG	1,00	Ampola	EV	8/8h	<i>Prontuário</i>
8	PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG	1,00	Ampola	EV	8/8h	<i>Prontuário</i>
9	PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h	<i>Prontuário</i>
10	PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG	1,00	Ampola	EV	8/8h	<i>Prontuário</i>

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário



PRESCRIÇÃO MÉDICA



HOSPITAL
DE URGENCIAS
DE ZARAGOZA

[illegible]

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3 - Nome do estabelecimento executor:	4 - CNES	222453
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome:	MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA	6 - Prontuário:	487693
7 - CNES:	898003339399507	8 - Nascimento:	28/01/1998
9 - Sexo:	Feminino	RG:	00000 - SSP
10 - Mãe:	MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO	11 - Telefone:	86-95991-4189
12 - Pai:	FRANCISCO	13 - Sem Informação:	
14 - Endereço:	RUA JOÃO PEDRO VASCONCELOS 158 - SAMBAIEIRA - CEP: 64460-000		
15 - Município:	AGUA BRANCA	16 - UF:	PI

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - Descrição da condição clínica:	EMBORA A PACIENTE TENHA DADO ENTRADA NO HOSPITAL COM TCE MÉDIO, FOI ABERTO LAUDO NO GESTOR COMO SÍNDROME CORONARIANA. ELA TEVE RECUPERAÇÃO SATISFATÓRIA, RECEBENDO ALTA PRECOCE. PEÇO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PARA TCE LEVE.
18 - Condições que justificam a internação:	AS ACIMA
19 - Principais resultados de provas diagnósticas. Resultado de exames realizados:	EXAME CLÍNICO
20 - Diagnóstico Especial:	Outros traumatismos intracranianos

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - Número do procedimento:	0303040084	22 - Procedimento Solicitado:	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU LEVE)
23 - Data de início:	02	24 - Data de término:	01
25 - Nome do profissional Solicitante/Assinatura:	MARCUS VINÍCIUS OLIVEIRA DOS SANTOS	26 - Assinatura do Médico:	Dr. Marcos Aurélio P. de A. Varanda Médico Auditor Interno HUT CRM-PA3081

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

27 - Tipo de acidente:	28 - Descrição do acidente:	29 - Data do acidente:	30 - Local do acidente:
31 - Tipo de acidente:	32 - Descrição do acidente:	33 - Data do acidente:	34 - Local do acidente:
35 - Tipo de acidente:	36 - Descrição do acidente:	37 - Data do acidente:	38 - Local do acidente:
39 - Vínculo com a Previdência:	40 - Empregado	41 - Empregador	42 - Autônomo
43 - Desempregado	44 - Aposentado	45 - Não Segurado	

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do profissional Autorizador:	47 - Data Autorizada:	48 - Assinatura do profissional Autorizador:
49 - Documento:	50 - Nome do documento:	51 - Assinatura do paciente ou responsável:
52 - Assinatura do paciente ou responsável:	53 - Assinatura do paciente ou responsável:	54 - Assinatura do paciente ou responsável:



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 10:47:31

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012010473088400000013392775

Número do documento: 21012010473088400000013392775

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 128839
	AIH: 2218101653955

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 8981033939987	NOME DO PACIENTE MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA	NASCIMENTO 29/01/1998	SEXO F	PRONTUÁRIO 187693
DOCUMENTO 8699914189	CPF 8699914189	NOME DA MÃE MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO	RESPONSÁVEL FRANCISCO	
CEP 66060-000	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA DA PAZ	NÚMERO / LOTE 5A		
BAIRRO LOTEAMENTO SOMBRA DA	COMPLEMENTO Lote 1	MUNICÍPIO MIRACORA	UF PA	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

EMERGENCIA PACIENTE IDENLITADO ENTRADA NO HOSPITAL COM TUMOR DE OVARIO ABERTO, LAUSION QUESE RECOMPRENDIDO COM MANUTENÇÃO SATISFATORIA, RECOMENDADA A PRÉCOCIA, PRÓXIMO DIA DE PROCEDIMENTO PARA TUMOR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

840104005 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU IV

LEITO/CLÍNICA CLÍNICA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 18/01/2021
DATA ADMISSÃO 18/01/2021	MOTIVO ALTA ALTIORATO
DATA ALTA 18/01/2021	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CHOR	NATUREZA DA LESÃO
---------------	-----------------	---------------	-------	-----------------	--------------	------	-------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE, VALIDAÇÃO / AUDITORIA
HENRIQUE E SIMEONATO CPF: 8699914189	CPF: 8699914189

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luísa Mendes de Almeida
Matrícula: 87380
SAME - HUT
CONFERE COM O



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.921.823 DATA DE EMISSÃO 24/09/18

NOME MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA

PLANO MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO

ORLANDO VIEIRA COSTA

NATURALIDADE VITORINO FREIRE-MA DATA DE NASCIMENTO 28/01/1998

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 4444 L 80 F 216V

EXP VITORINO FREIRE-MA 16/03/98

099.845.483-41

LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

CARTeira DE IDENTIDADE

MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 10:47:31



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
 CADERNETA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

CPF 045.157.100-01

CPF 045.157.100-01 **DATA DE NASCIMENTO** 25/07/1977

PLACA JOSE MIRIAM DA SILVA

MARIA CARMELO DA SOUSA

PERMISSÃO PERMISSÃO **ACE** **OUTROS** 2

IPRESSO 00983294635 **VALIDADEZ** 03/01/2019 **EXPIRAÇÃO** 04/01/2019

CONDIÇÕES

Adriana Carla de Sousa Silva

LOCAL TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO 04/01/2019

84044086122
PI319297030

PIAUI

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1554703040

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1554703040

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190355849 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA **Data do acidente:** 05/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190355849 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA **Data do acidente:** 05/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Maria Raimunda da Conceição Vieira
 RG: 4921823 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 8999452183-41
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: LAUNDON
 ENDEREÇO: Alto da Cruz BAIRRO: Alto da Cruz CEP: 64430000 CIDADE/UF: São Pedro - PI
 TELEFONE () 86 99981 6008

OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RG: 1.651.371 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF 849.394.433-53

NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMO.

ENDEREÇO: RUA SETE DE SETEMBRO Nº 244

BAIRRO: CENTRO CEP 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUÍ

TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99473-5001 (86) 99402-2764

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DPVAT

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR O OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE 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 DESTES MANDATOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE A:

FINALIDADE: Maria Raimunda da Conceição Vieira
 CPF: 0899452183-41 DATA DO ACIDENTE: 05.09.18
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ OMS ☐ MORTE

São Pedro - PI, 24/ Abril. 2019
 local e data

x Maria Raimunda da Conceição Vieira

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

RECONHEÇO COMO VERDADEIRA A FIRMA:-- MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA, TENDO A MESMA COMPARECIDO EM CARTÓRIO, APRESENTOU IDENTIDADE E CPF, FOI FEITO CARTÃO DE AUTOGRAFO. A ASSINATURA APOSTA NO DOCUMENTO É AUTÊNTICA.--

SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 24 DE ABRIL DE 2019

Wilson Barbosa Pereira
 WILSON BARBOSA PEREIRA
 TAB. 12 OFÍCIO.

CARTÓRIO DO J. OFÍCIO
 Wilson Barbosa Pereira
 Oficial
 São Pedro do Piauí-PI



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184761/19

Vítima: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIR

CPF: 099.845.483-41

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/09/2018

Titular do CPF: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA : 099.845.483-41

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: 31/05/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/05/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

