

Screenshot of a web browser showing a legal document download interface.

The main title is "ProceComCiv 0800283-29.2019.8.18.0072" and the sub-title is "PAULO AFONSO DOS SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...".

The document is titled "14165400 - CONTESTAÇÃO (2779181 CONTESTACAO 01)" and is dated "20 Jan 2021".

The document content is a scanned image of a document titled "downloadBinario.seam" with the number "2779181- C3/ 2021-00012/ INVALIDEZ". It features the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO JOAO DO PIAUI/PI".

The process number "Processo: 08002832920198180072" is visible at the bottom of the document image.

The browser toolbar includes icons for Email, Controle de, Mensagens, Sistema, Audiências, Consulta pr..., 0800283-29..., Baixar o ar..., (39) WhatsApp, Portal do Advogado, Administrativo: Google, Zimbra: Moviment..., Publicações, Email - Alana Lima..., and Online Video Cutter... .

The taskbar at the bottom shows icons for Windows, Internet Explorer, Firefox, File Explorer, Google Chrome, and Word.



Número: **0800283-29.2019.8.18.0072**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **13/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PAULO AFONSO DOS SANTOS (AUTOR)	FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14165 401	20/01/2021 11:14	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190207127 **Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS**

Data do Acidente: 17/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO AFONSO DOS SANTOS

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, contados 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 14077126

Pag. 00369/00370 - carta_01 - INVALIDEZ



00020185



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:14:02
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011140190400000013394551>
Número do documento: 21012011140190400000013394551

Num. 14165401 - Pág. 1



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, 26 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190207127 **Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS**

Data do Acidente: 17/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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. 01141/01142 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14103554



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:14:02
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011140190400000013394551>
Número do documento: 21012011140190400000013394551

Num. 14165401 - Pág. 2

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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190207127 **Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS**

Data do Acidente: 17/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO AFONSO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: PAULO AFONSO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 0000025564-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) opção(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

968.754.373-68

Paulo Afonso dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CÓDIGO SUS/SP N° 445/2012

Nome completo:

Paulo Afonso dos Santos

CPF:

968.754.373-68

Profissão:

funcionário

Endereço:

Conjunto Novo Vida II

Número:

31m

Estado:

Centro

Cidade:

Sao Gonçalo do Piauí

Estado:

Piauí

CEP:

CEP:

64.435-000

E-mail:

Recurso-se

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO:

REUSO 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:

DADOS CADASTRAIS

AGÊNCIA: 3827

CONTA: 25564

1

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a criar/alterar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recomendando e declaro, 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, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenizar o Seguro DPVAT por invalides permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo que no anexo devo assinar e prosseguir com a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação fornecida e declarar que a Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões, autoriza os devidos exames de acidente de trânsito, conforme Lei b.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou reembolso ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos: Sim Não Se tiver filhos, informar quantos: Vítima deixou filhos (vivos): Sim Não Vítima deixou filhos (nascidos): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indenização do Seguro DPVAT por morte águas beneficiários que se apresentarem e provarem, que não estão desacreditados, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de reembolso do valor recebido, além da penalidade prevista na lei, por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

Assinatura

2º | Nome:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

**) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, mais e caraz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor ao conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DE IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







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

650 v. 10

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 248837.000010/2019-46

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 21/01/2019 - 09:55

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SÃO GONÇALO DO PIAUÍ

Data/Hora

17/09/2018 - 10:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO GONÇALO DO PIAUÍ

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

ESTRADA VICINAL DO Povoado LOGOA DO COCO, N°: S/N

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO AFONSO DOS SANTOS

Tipo Envolv.: VITIM Acionante

RG: 55.951.668X SSPSP SP

Mãe: MARIA ALVES DOS SANTOS

Endereço: CONJUNTO NOVA VIDA II, QD - 02, CS 13, N° S/N

Bairro: CENTRO

Cidade: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-9540-0533

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125

Ano: Placa: Chassi:

2000 LWB1428 9C2JC2500YR009397

Renavam:

00733624537

Cor:

Azul

Condutor: PAULO AFONSO DOS SANTOS

RG: 55.951.668X Órgão: SSPSP UF RG: SP

End: CONJUNTO NOVA VIDA II, QD - 02 CS 13 Número: S/N Complemento:

Cidade: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: CENTRO

Proprietário: GILMAR PEREIRA LIMA

End: ELESBÃO FREITAS Número: S/N

Cidade: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ UF: Bairro: CENTRO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia de polícia civil, para comunicar um acidente de trânsito, ocorrido na estrada vicinal do povoado Lago do Coco, município de São Gonçalo do Piauí, relata o noticiante que estava conduzindo sua motocicleta e perdeu o equilíbrio da motocicleta e veio acair na piçarra; o noticiante foi levado para o hospital de São Pedro; foi examinado pelo médico de exame e transferido de Teresina; o noticiante relata que fraturou a mão esquerda. 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. 0096920

PAULO AFONSO DOS SANTOS Noticiante
Responsável pela Informação





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

660 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 248837.000010/2019-46

Delegado de Polícia

Júlio Luiz de Souza
Delegado de Polícia Civil
Tel: 009692-0

Ronaldo Soárez

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 MAR 2019

DPVAT





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) opção(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

968.754.373-68

Paulo Afonso dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CÓDIGO SUS/SP N° 445/2012

Nome completo:

Paulo Afonso dos Santos

Profissão:

funcionário

Endereço:

Conjunto Novo Vida II

Cidade:

Sao Gonçalo do Piauí

Estado:

Piauí

CPF:

968.754.373-68

Número:

31m

Complemento:

Penteado

CEP:

64.435-000

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

REUSO 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

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: 25564

1

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a criar/alterar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que tenho direito, recomendando o débito, 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, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenizar o Seguro DPVAT por invalides permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo que no anexo devo constar e prosseguirão a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação fornecida e declaradas de acordo com o site, conforme Lei b.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos: Sim Não Se tiver filhos, informar quantos: Vivos Falecidos Vítima deixou herdeiro (a) (nascido): Sim Não Vítima deixou pais/avôs vivo(s): Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indenização do Seguro DPVAT por morte águas beneficiários que se apresentarem e provarem, que não estão desenterrados, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de reembolsar o valor recebido, além da multa correspondente, caso de infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

Assinatura

2º | Nome:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, mais e caraz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:14:02

http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011140190400000013394551

Número do documento: 21012011140190400000013394551

Num. 14165401 - Pág. 8



**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Rv. Ulisses Guimarães s/n Promotor - Fone: 86 3215 9153
 TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

JD: 41800

Imp: 17/09/2018 20:00:36
 Usu: DR. OZIEL CARLOS
 Estação: CONSULTA-PO1

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

<u>Nome:</u> PAULO AFONSO DOS SANTOS		<u>Prontuário:</u> 128061
<u>Mãe:</u> MARIA ALVES DOS SANTOS	<u>Pai:</u> NAO INFORMADO	
<u>End. Resid.:</u> Q 71 CASA 13 - PARQUE PIAUÍ - TERESINA - PI - CEP: -		
<u>Nascimento:</u> 26/06/1977	<u>Idade:</u> 41a2m21d	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> *
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> Reg.Nasc: *
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Completo		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 303271	<u>Entrada:</u> 17/09/2018 19:26:11	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060029
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> QUEDA	<u>Classificação:</u> DOR LEVE RECENTE	<u>Cor:</u> Verde
<u>Breve História Clas. Risco:</u> PCT VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM QUEIXA DE DOR TORACICA, ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA COMORBIDADES.		TORAYNE CAVALCANTE DE CARVALHO CORRN 241910 286 Em: 17/09/2018 19:50:23

<u>SSVV:</u> (Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² P脉: bmp Pressão: mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> PACIENTE COM DOR E EDEMA NA MÃO ESQUERDA, APÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA REFERINDO DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO DA REFERIDA MÃO, RELAT
Diagnóstico Inicial: ?
<u>Exames Complementares:</u> RX MOSTROU FRACTURA

<u>Prescrição Médica:</u> DEXAMETASONA 1 FA IM
PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA NA SHS, EVOLUITINDO COM DOR E EDEMA NA MÃO ESQUERDA. FEITO RX MOSTROU FRACTURA DO DR REGIÃO PROXIMAL DO DEDO ANELAR ESQUERDO

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>
Observação: DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ / ____ / ____

OZIEL CARLOS BARRETO LIMA
 CRM 2474 PI Em: 17/09/2018 20:00:35

Assinatura Paciente ou Responsável

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: 02/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO AFONSO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000025564-1

Nr. da Autenticação D376369615F81330



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:14:02
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011140190400000013394551>
Número do documento: 21012011140190400000013394551

Num. 14165401 - Pág. 11

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ CNPJ: 06.445.747/0001-27 AV. MAR. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300		CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 08000 86 8888
MÊS/ANO : 02/2019	VENCIMENTO : 21/02/2019	MATRÍCULA : 25899295

MARIA ALVES DOS SANTOS

COM CONJUNTO NOVA VIDA II, NUM. 00000

CENTRO

SAO GONCALO PI 64435-000

INSCRIÇÃO 080.001.0009.0481.00

CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIA 1	HIDROMETRO 0076505705	VOL. FATURADO 10	DESCRIÇÃO		N.º DA CONTA 78063789
				REAL	LEIT. ATUAL	
MÊS/ANO	02/01/2019	DE. LEIT. ANTER.	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA
	29/01/2019		27	824	832	11
MÊS/ANO	01/2019	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.
	5	12/2018	4	11/2018	4	10/2018
				15	15	15
				09/2018	3	08/2018
						4

VALORES (R\$)

DESCRIÇÃO

26,72

TARIFA DE ÁGUA
MANUTENÇÃO DE HIDROMETRO 001/001

1,60

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS	Base de Cálculo: 30,32	TOTAL A PAGAR (R\$)	
		IR: 1,46	COFINS: 0,91
	CSLL: 0,30	PIS/PASEP: 0,20	

PJ CORRETO
DE SEGUROS

15 MAR 2019

DP VAT

AVISO DE DIREITO: CONTA: 4 VALOR: 313,97
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA
RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR		Parâmetro	Valor Médio Padrão da Port. 518/98	Parâmetro	Valor Médio Padrão da Port. 518/98
Parâmetro	Valor médio	Padrão da Port. 518/98			
Turbidez	0,65	5,0			
pH	6,10	6,0 a 9,5			
Cor	1,40	15,0			
Cloro	2,40	0,2 a 5,0			

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MATRÍCULA 25899295	MÊS/ANO 02/2019	GRUPO 27	TOTAL A PAGAR (R\$)	
			ROTA	080.0481
			30,32	080.0481

82630000000-3 303200010222-2 58332460220-3 190000340000-5



TIM
BLACK

Página 1 de 2

Rua das Amoreiras, 1914
Belo Horizonte - MG
CEP: 31244-530
Fone: (31) 3417-0000-11

R\$ 139,47

VENCIMENTO

25/01/2019

EMISSÃO: 07/01/2019

POSTAGEM: 21/01/2019

FATURA: 3649223240

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 264
SÉ - BÉLÉM
69325-000 - ELESBÃO VELOSO - PI

CLÍENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACÉSSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Caro(a) cliente, excepcionalmente neste mês você poderá pagar sua fatura até o dia 30/01/2019, com cobranças de juros e multa. Consta nessa fatura a cobrança de um novo serviço: Serviço de Voz 4G para o número 86999993007.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/DEZ A 06/JAN

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
<input type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,77
<input type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ -6,29

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

PRINCIPAIS DADOS

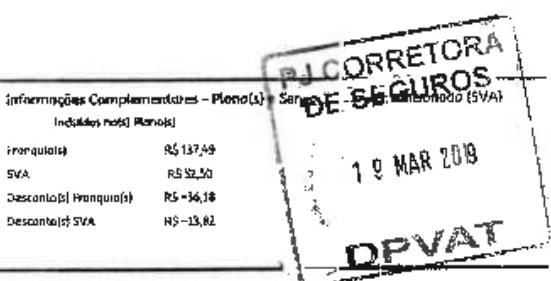
DETALHE DO PLANO OFERECIDO	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/12 a 06/01	139,99
Oferta TIM Pós C Plus	-	-	9/12	31	07/12 a 06/01	-50,00
Internet	-	-	-	-	-	139,99
Internet de Internet	10GB	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas Dentro da DDD com 41	Ilimitado	163m36s	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
TV TIM	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Área Virtual	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
One Backup Virtual	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
One Backup 30GB	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

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

APLICAÇÃO	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	HST	R\$ 0,73
IPVA	3,6%	R\$ 302,08	R\$ 11,02	FUNTEL	R\$ 0,54
IPVA TIM	3,6%	R\$ 302,08	R\$ 11,02		
IPVA TIM - Serviços TIM	3,25%	R\$ 302,08	R\$ 9,83		

Os descontos de 12,5% e 100% (1 UNTEL (0,5%) não são repassados) não são



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

DETALHES DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

MOTIVADAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009121536776014	JAN/2019	07/01/2019	25/01/2019	R\$ 139,47

VIA BANCO

84680000001-5 39470309011-7 00364922324-9 00121536776-2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Guia/Idioma: 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/B61/OTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?IPO=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 a respeito da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A retusa 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 retusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR FÉNAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Souza Silva,
inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Paulo Afonso dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 968.754.373 / 68,
do sinistro de DPVAT cobertura Indivíduo, da Vítima Paulo Afonso dos Santos,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 968.754.373 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____, Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recusa 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 no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Sete de Setembro</u>	Número:	<u>244</u>	Complemento:	<u>Centro</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Eletroná Velho</u>	Estado:	<u>Piauí</u>
E-mail:	<u>carladrianasousa@gmail.com</u>				CEP: <u>64325-100</u> Tel.(DDD): <u>(86) 99981-6008</u>

Local e Data: Eletroná Velho - Piaí - PI 13.03.2019

Adriana Carla de Souza Silva
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 9h 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 91 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 023 91 35

Eu Gilmor Pereira Lima
RG nº 860275 data de expedição 01/02/87
Órgão SSPPI, portador do CPF nº 579209403-97
com domicílio na cidade de São Gonçalo - Piauí no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua - Elesbão Freitas S/nº _____,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Paulo Afonso dos Santos, cujo o condutor era
Paulo Afonso dos Santos
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 160/325 Ano: 1999/2000
Placa: LWB-1428 Chassi: 9C2JG1500YR09397
Data do Acidente: 17/09/18

RECONHECIMENTO DE FIRMA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

Local e Data:

São Pedro - PI - 30/01/2019

Gilmor Pereira Lima
Assinatura do Declarante

Paulo Afonso dos Santos
Assinatura do Condutor

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

RECONHEÇO COMO VERDADEIRAS AS FIRMAS DE: - GILMAR PEREIRA LIMA e PAULO AFONSO DOS SANTOS, TENDO OS MESMOS COMPARCICIDOS EM CAMPÔRIO APRESENTARAM IDENTIDADES E CPF'S, FORAM FEITOS CARTÕES DE AUTOCRÂFOS, AS ASSINATURAS APOSTAS NO DOCUMENTO SÃO AUTÊNTICAS. -

SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 30 DE JANEIRO DE 2019

WILSON BARBOSA SOARES
TABELIAO. -





CONSULTÓRIO MÉDICO
CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES LABORATORIAIS
RUA LEÔNIDAS MELO, 2218 - BAIRRO ALTO DA CRUZ
SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI - FONE: 9 8127-8610



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A FINALIDADE DESTE RELATÓRIO É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATÓRIA A SUA APRESENTAÇÃO.

NOME COMPLETO DA VITIMA	NUMERO DO SINISTRO
<i>PAULO AFONSO DOS SANTOS</i>	

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE <i>17.09.18</i>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO <i>17.09.18</i>
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO <i>Oziel Carlos B. Lima</i>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <i>- FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA</i>	

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)	
<i>17.09.18 - Blocoamento cirúrgico com artes metacáricas</i>	
EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
PJ CORRETORA DE SEGUROS	
<i>19 MAR 2019</i>	

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO	
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificá-lo seguimento ou órgão atingido)	

SEGMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
<i>1º GAV morelho de numero das da</i>	
<i>2º MTS costela</i>	
<i>3º</i>	
<i>4º</i>	
<i>5º</i>	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE <u>17.09.18</u> <u>21.01.19</u> QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
--	--

SPP-PI
LOCAL

21/01/19
DATA

*Assinatura de Oziel Carlos
JENIMAR MEDICAL RECLASMEBO
CRM-PI 10000000000000000000*

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA





HOSPITAL GERAL DO PROMORAR

Rv. Ulisses Guimarães s/n - Premorar - Fone: 86 3215 9153
TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-80

33. 41860

22 of 649

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

17/09/2013 20:00:26

ESTACION: CONSEL (4-BC)

<u>Nome:</u> PAULO AFONSO DOS SANTOS		<u>Prontuário:</u> 128061
<u>Mãe:</u> MARIA ALVES DOS SANTOS	<u>Pai:</u> NAO INFORMADO	
<u>End. Resid.:</u> Q VI CASA 13 - PARQUE PIMENTA - TERESINA - PI - CEP: -		
<u>Nascimento:</u> 26/06/1977	<u>Idade:</u> 41a2m2d	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Responsável:</u> G. M. P. S. M. O		<u>CNS:</u>
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> Reg. Nasc:
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Completo		<u>E. Civil:</u> Solteiro(a)
<u>End. Local.:</u>		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 303271 Entrada: 17/09/2018 19:26:11 Convênio: S J S Proced: 0301060329
Motiva da Procura
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
ORINA	DOR LEVE RECENTE	Verde
Breve História Clas. Risco:		DORAYNE CAVALORTE DE CARVALHO DODER 24.010 RNF Rm: 17/09/2018 10:30:28

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

TEXAS ASSOC. FOR TM

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Motivo da Alta/Encerramento:

Chapitre 15 • 107

Digitized by srujanika@gmail.com

Assinatura Paciente ou Responsável

OBIEL CHUBB BANK OF ILLINOIS
CRM 2474 PI Ent: 11/09/2023 10:35



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 359461808	Nº REGULAÇÃO: 41899	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-3324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUF		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: PAULO AFONSO DOS SANTOS		NASCIMENTO: 26/06/1971

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:
PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 8H, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA NA MÃO ESQUERDA. SOLICITO AVALIAÇÃO ORTOPEDICA

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

RX

AGNÓSTICO(CID): FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MÃO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: **FREQ. CARDÍACA:** **SATURAÇÃO:** **FREQ. RESPIRATÓRIA:**

GLICEMIA: **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DEXAMETASONA

DATA: 17/09/2018 20:17:50

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA UNICAMINHAMENTO / CARIMBO

Dr. Carlos
Unicaminhamento
14-PI

19 MAR 2018
CORRETORA
DE SEGUROS
WORXAT



NOME DO PACIENTE: Paulo Henrique dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 488707

SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E EDIFICAÇÃO
DO HOSPITAL SÓ EXERÇERÁ DIREITOS DE PONTUÁRIO UMA VEZ, CASO

INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS.

INTERESSADO REPRODUIR COPIAS
DESSA LEITURA, ACESSE

ME TOCA
EN MURCIA
19 MAR 2018

9 MAI 1967
PRIVATE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUTT

Rua Dr. Olinto Ribeiro 1820 Redenção - Fone: 86 3210 5455

Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITIAIS

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:14:02
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011140190400000013394551>
Número do documento: 21012011140190400000013394551

Num. 14165401 - Pág. 21



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

488707

Nome do Paciente

Paulo Afonso dos Santos

Diagnóstico pré-operatório

Fratura da base do 4º Metacôrno E

Operação - Tipo

Redução cirúrgica + osteosíntese.

Cirurgião

Dr. Jairus Vileguita

Assistente

Ismael Vasconcelos Menezes
CRM-PI 2386

CRM-PI 3909

3º Assistente

Ismael Vasconcelos Menezes
CRM-PI 2386

CRM-PI 3909

Instrumentador(a)

Silene

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura da base do 4º metacôrno E
(fixada)

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

2019 MAR 09
CORRETORA
DE SEGUROS

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Paciente em DDH sob anestesia, ansepsia, antisepse, campo estéril, mini-ancilas para entredos fios, manipulação e redução cirúrgica da fratura, fixação com 03 fios de Kirschner para reestabelecer o comprometido e 02 fios de Kirschner para estabilizar o foco de fratura curativo, fio de gencis antibacteriano

Jairus Vileguita

Ismael Vasconcelos Menezes
CRM-PI 2386

OBS: Utilizado fio de Kirschner N° 1,0, para os fios horizontais
fios 1,5 mm e 2,0 nos centros cirúrgicos.

Jairus Vileguita

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 23/03/2018

NOME DO PACIENTE:	<u>Paulo J. dos Santos</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>1887-07</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	<u>Bloqueio</u>	Nº DA SALA:	<u>03</u>
CIRURGÃO:	<u>Dr. Isacim</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>Estudante Dr. Bergel</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Armando</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Seline</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7,6</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>70</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	11	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	250	
ÁGUA OXIGENADA	ML	150		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>10</u>	UNID.	01					

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>atadura de Cupon</u>	02
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>elásticos</u>	05
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>02 GESSO</u>	62
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<u>Algodão ortopédico</u>	02
ALCOFIL				<u>Martelo tubular em 30°</u>	
MONONYLON					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	
VICRYL				CIRCULANTE:	
PROLENE				<u>Pratina M. M. G. M.</u>	

MOD - 094





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otávio Pinto 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CRP: 64017-710 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO AFONSO DOS SANTOS** (Prontuário: **488707**)
Endereço: Q71 CASA 13 - PARQUE PIAUÍ - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 26/06/1977 Idade: 41a5m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 684774
Requisição: 874888 Solicitação: 17/09/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
Controle: 1083670 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 17/09/2018

MAO ESQUERDA

O estudo radiológico da mão esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente na base do 4º metacarpo com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional: Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:14:02
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011140190400000013394551>
Número do documento: 21012011140190400000013394551

Num. 14165401 - Pág. 24



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1220 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017 770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO AFONSO DOS SANTOS** (Prontuário: **488707**)
Endereço: Q71 CASA 13 - PARQUE PIAUÍ - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 26/06/1977 Idade: 41a5m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 684774
Requisição: 874888 Solicitação: 17/09/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
Controle: 1083670 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 17/09/2018

MAO ESQUERDA

O estudo radiológico da mão esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente na base do 4º metacarpo com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FÉ

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:14:02
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011140190400000013394551>
Número do documento: 21012011140190400000013394551

Num. 14165401 - Pág. 26





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207127 **Cidade:** São Gonçalo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA BASE DO 4º METACARPO ESQUERDO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA FÍSICO: MUSCULAR DA FLEXO-EXTENSÃO DOS 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXAÇÃO METÁLICA COM FIOS DE KIRSCHNER. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA DO TRATAMENTO EM DEZEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 3º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/03/2019

Conduta mantida:

Observações: DEVIDO À PROXIMIDADE ANATÔMICA COM O 4º QUIRODÁCTILO E A LESÃO E O TEMPO DE IMOBILIZAÇÃO, O 3º QUIRODÁCTILO TAMBÉM EVOLUIU COM LIMITAÇÃO ARTICULAR.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207127 **Cidade:** São Gonçalo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA. P9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). P7 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207127 **Cidade:** São Gonçalo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA. P9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER). P7 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207127 **Cidade:** São Gonçalo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA BASE DO 4º METACARPO ESQUERDO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA FÍSICO: MUSCULAR DA FLEXO-EXTENSÃO DOS 3º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXAÇÃO METÁLICA COM FIOS DE KIRSCHNER. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA DO TRATAMENTO EM DEZEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 3º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/03/2019

Conduta mantida:

Observações: DEVIDO À PROXIMIDADE ANATÔMICA COM O 4º QUIRODÁCTILO E A LESÃO E O TEMPO DE IMOBILIZAÇÃO, O 3º QUIRODÁCTILO TAMBÉM EVOLUIU COM LIMITAÇÃO ARTICULAR.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Paulo Afonso dos Santos
RG: 55955668-X ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 968754373-68
NACIONALIDADE: BRASILEIRO EST. CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: AVARADOR
ENDERECO: Conj - Nova Vida N°: —
BAIRRO: Centro CEP: 64325000 CIDADE/UF: São Luís (Piauí) - PI
TELEFONE: (86) 995400533 (-) - (-)

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

ENDERECO: RUA SETE DE SETEMBRO N°: 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

19 MAR 2013

DPVAT

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUI MEU BASTANTE
PROCURADOR O OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE CONFIÓ 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 ÁS SEGURADORAS CONSORCIADAS,
INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA E SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO
SUBSTABELECEM E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDOS PARA O FIEL E PERFEITO
CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE
A:

VITIMA: Paulo Afonso dos Santos

CPF: 968754373-68 DATA DO ACIDENTE: 17/09/18

COBERTURA SOLICITADA: INVALIDEZ PERMANENTE DAMS MORTE

São Pedro-PI, 30/01/2019
local e data



Paulo Afonso dos Santos

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

RECONHEÇO COMO VERDADEIRA A FIRMA DE: PAULO AFONSO DOS SANTOS, TENDO
O MESMO COMPARECIDO EM CARTÓRIO, APRESENTOU IDENTIDADE E CPF, FOI
FEITO CARTÃO DE AUTOCRÁFO, A ASSINATURA APOSTA NO DOCUMENTO É AUTÊ-
TICA.-

SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 30 DE JANEIRO DE 2019

Wilson Barbosa Pereira
WILSON BARBOSA PEREIRA
TABELIÃO.-



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092776/19

Vítima: PAULO AFONSO DOS SANTOS

CPF: 968.754.373-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: PAULO AFONSO DOS SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

PAULO AFONSO DOS SANTOS : 968.754.373-68

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: 19/03/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

