

Browser tabs: Email - Alana, Controle de, Mensagens, Sistema, Audiências, PJE Consulta pr, PJE 0800283-29, Baixar o arq, (39) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=248611&ca=0f241df16c21e3e7e189fc9b88694c898cd3...

Processo Virtual Na... (33) WhatsApp Portal do Advogado Administrativo Google Zimbra: Movimenta... Publicações Email - Alana Lima... Online Video Cutter...

PJE ProceComCiv 0800283-29.2019.8.18.0072
PAULO AFONSO DOS SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

14165400 - CONTESTAÇÃO (2779181 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 20/01/2021 11:14:02

20 Jan 2021


JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 14165396 - CONTESTAÇÃO
 - 14165400 - CONTESTAÇÃO (2779181 CONTESTACAO 01)
 - 14165401 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14165405 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14165406 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14165408 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

11:14

downloadBinario.seam 1 / 9

2779181- CS/ 2021-00012/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO JOAO DO PIAUI/PI

Processo: 08002832920198180072

PT 11:14 20/01/2021



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
14165401	20/01/2021 11:14	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, 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, 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,

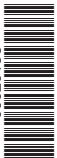
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14077126

Pag. 00369/00370 - carta_01 - INVALIDEZ

00020185





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

00050571



Carta nº 14103554





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ OMS (DES PESSOAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

RTP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Bairro:

Cidade:

Número:

Complemento:

E-mail:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ REQUISO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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: 25564

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 reconhecimento de incapacidade do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo presente, autorizo a Seguradora Líder a prosseguir com o processo de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, e em nome próprio, com a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões, bem como o pagamento da indenização de acordo com o laudo médico, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

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 tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nasceu (ou nasceu)?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem, com documentação adequada, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, São Gonçalo do Piauí 13.03.2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

PJ CORRETORA DE SEGUROS

19 MAR 2019

Assinatura

2º Nome:

DPVAT

Assinatura

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 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA 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 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 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

Data/Hora

DP DE SÃO GONÇALO DO PIAUÍ

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, Nº: S/N

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO AFONSO DOS SANTOS

Tipo Envolv.: VITIM/Autorizante

RG: 55.951.668X SSPSP SP

Mãe: MARIA ALVES DOS SANTOS

Endereço: CONJUNTO NOVA VIDA II, QD - 02, CS 13, Nº 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:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 125

2000 LWB1428 9C2JC2500YR009397

00733624537

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: PI 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 pigarra; o noticiante foi levado para o hospital de São Pedro; foi examinado pelo médico de emergência 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 0096920

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

Sousa

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

PAULO AFONSO DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 248837.000010/2019-46

Delegado de Polícia

Jólio Luiz de Sousa
Delegado de Polícia Civil
Matr. 009602-0

RACLA Atonso Llorente



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ OMS (DES PESSOAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

R# do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Bairro:

Cidade:

Número:

Complemento:

E-mail:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ REQUISO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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: 25564

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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 reconhecimento de incapacidade do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo não se assinalado, reconheço e reconheço o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordo, desde já, e nome submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões, bem como documentos da ocorrência de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

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:

Gráu 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 tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nasceu (ou nasceu)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem, com documentação adequada, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, São Gonçalo do Piauí 13.03.2019

Nome:

CPF:

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, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



022-564759409-0

22/JAN/2019 HORA DE 11:06:4

LOT: 15.025294-0 TERM: 06401

LOCALIDADE: SANTO ANTONIO DOS MILAGRES

AG. VINCULADA: 3827 CONTROLE: 02374375

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3827 013 00025664-1

PAULO AFONSO DOS SANTOS

VALOR

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO

022-564759409-0

13 VIA



**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153

TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

JD: 41800

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

Nome: PAULO AFONSO DOS SANTOS		Prontuário: 128061	
Mãe: MARIA ALVES DOS SANTOS		Pai: NAO INFORMADO	
End.Resid.: Q 71 CASA 13 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 26/06/1977	Idade: 41a2m21d	Sexo: Masculino	Fone: 36- -
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: Reg.Nasc: *	
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 303271	Entrada: 17/09/2018 19:26:11	Convênio: S U S	Proced: 0331060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDA	Classificação: DOR LEVE RECENTE	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: PCT VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM QUEIXA DE DOR TORÁCICA, ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA COMORBIDADES.		LORAYNE CAVALCANTE DE CARVALHO COREN 241910 ENE Em: 17/09/2018 19:50:23

SSVV: (Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bmp
Pressão: mmHg			
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE COM DOR E EDEMA NA MÃO ESQUERDA, APÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA REFERINDO DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO DA REFERIDA MÃO, RELAT			
Diagnóstico Inicial: 2			
Exames Complementares: RX MOSTROU FRATURA			
Prescrição Médica: DEXAMETASONA 1 FA IM PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA NA SRS, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA NA MÃO ESQUERDA. FEITO RAIO MOSTROU FRATURA DO DA REGIÃO PROXIMAL DO DEDO ANELAR ESQUERDO			
Motivo da Alta/Encerramento: Observação DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____			

Assinatura Paciente ou Responsável

OZIEL CARLOS BARROS OLIVEIRA
CRM 2474 PI Em: 17/09/2018 20:00:35

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

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



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ
 CNPJ: 06.845.747/0001-27
 AV. MAL. 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
 SÃO GONÇALO PI 64435-000

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL. FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A07N505705	10	REAL	78063789
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA
02/01/2019	29/01/2019	27	824	932	11
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.
01/2019 5	12/2018 4	11/2018 4	10/2018 15	09/2018 3	08/2018 4

DESCRIÇÃO	VALORES (R\$)
TARIFA DE ÁGUA	28,72
MANUTENÇÃO DE HIDRÔMETRO 001/001	1,60

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

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 4 VALOR: 113,97
 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. 518/04	Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/04
Turbidez	0,65	5,0	PH	6,10	6,0 A 9,5
Ph	6,10	6,0 A 9,5	Cor	1,40	15,0
Cor	1,40	15,0	Cloro	2,40	0,2 A 5,0
Cloro	2,40	0,2 A 5,0			

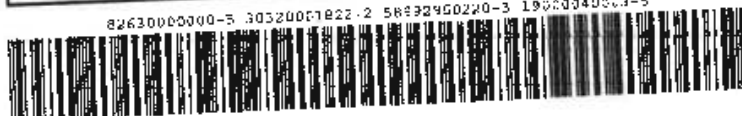
Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/04
Físor		1,5
Ferro	0,00	0,3
Colif. Totais	Ausente	0
Colif. Fec-Bac	Ausente	0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MATRÍCULA	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR (R\$)	ROTA
25899295	02/2019	27	20,32	002.0481

AGESPISA



R\$ 139,47

VENCIMENTO
25/01/2019

EMISSÃO: 07/01/2019

POSTAGE/M: 21/01/2019

FATURA: 3649223240

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACCESS: 86 99399-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

1. IMPORTANTE PARA ADRIANA

Para cada cliente excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 30/09/2019 sem cobranças de juros e multa. Confira nessa fatura a cobrança de seu plano básico: Serviço de Voz 4G para o número 86999993007.

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

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

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

CONCLUSIONS

Descrição do item e/ou oferta	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Plano TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/12 a 06/01	189,99
Contratado Plano TIM Pós C Plus	-	-	9/12	31	07/12 a 06/01	-50,00
Contratado						139,99
Armazenagem Internet	10GB	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Armazenamento e BDD com 41	Ilimitado	163m36s	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Qualidade Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
3D Mobile	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
3D Mobile Virtual	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
3D 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 toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.apptim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

[illegible]

Cliente TIM Move! tem mais comodidade ao cadastrar o **cartão em débito automático** e ainda ganha um **bônus de internet** todo mês. Para mais informações e condições, **acesse www.tim.com.br** ou **ligue para o central de atendimento 114**.

[illegible]

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

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

VIA BANCO

84680000001 - 5	39470109011 - 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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Cuidador: 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/BI61JOTECWEB/DQCORIGINAL.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 acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. 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 Paula de Sousa 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 Invalidez 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

Dedarei ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção pena prevista 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>Eleutério Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carlodianaosousa@gmail.com</u>	CEP: <u>64.325-100</u>	(DDD): <u>(86) 99983-6008</u>

Local e Data: Eleutério Veloso - Piauí - Pí 13.03.2019

Adriana Paula de Sousa 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 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

Eu Gilmar 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
Rua - Ezequias 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 C6/325 Ano: 1999/2000
Placa: LWB-1428 Chassi: 9C2JC2500YR09397
Data do Acidente: 27/09/18

Local e Data: São Pedro - PI - 30/01/2019

Gilmar 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 COMPARECIDOS EM CARTÓRIO
APRESENTARAM IDENTIDADES E CPF'S, FORAM FEITOS CARTÕES DE AUTOGRAFIA,
FCS, AS ASSINATURAS APOSTAS NO DOCUMENTO SÃO AUTÊNTICAS.-

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

WILSON BARBOSA PEREIRA
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 DESTES RELATÓRIOS É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATÓRIA A SUA APRESENTAÇÃO.

NOME COMPLETO DA VITIMA

NUMERO DO SINISTRO

PAULO AFONSO DOS SANTOS

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

17.09.18

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO

17.09.18

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

Oziel Carlos S. Lima

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

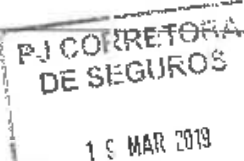
- FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

17.09.18 - procedimento cirúrgico com
ARTESERES METÁLICOS

**EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE ?
EM CASO POSITIVO DESCREVER**

☐ SIM ☒ NÃO



COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA, GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o seguimento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º	GRAU MODERADO DE ROMPIMENTO DA
2º	MÃO ESQUERDA
3º	
4º	
5º	

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

SPP-PI

LOCAL

21.01.19

DATA

ASSINATURA DE Oziel Carlos
MÉDICO EM EXERCÍCIO
CRM 21.714-PI

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA



**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n - Promorar - Tere: 86 3215 9153

TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

ID. 41860

F 22 02 09

C 00000000000000000000

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

Imp: 17/09/2018 20:00:26

Usu: DR. OZIEL CARLOS

Inst: CONSULC-PI

Nome: PAULO AFONSO DOS SANTOS		Prontuário: 128061
Mãe: MARIA ALVES DOS SANTOS	Pai: NAO INFORMADO	
End.Resid.: Q 71 CASA 13 - PARQUE PITUIT TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 26/06/1977	Idade: 41a2m21d	Sexo: Masculino Fone: 116- -
Responsável: O KFSMO		CNS:
Profissão:		Documento: Reg.Nasc:
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.:		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 303271	Entrada: 17/09/2018 19:26:11	Convênio: S J S	Proced: 030106J029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOR)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEBIDA	Classificação: DOR LÍVRE RECENTE	Cor: Verde
Breve História Clás. Risco: POT VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM QUITA DE DOR TORÁCICA. ESCOTAÇÕES PELO CORPO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. NEGA COMORBIDADES.		Cor: LORAYNE CAVALCANTE DE CARVALHO COREN 24.910 RN- Em: 17/09/2018 19:30:28

SSVV: (Hora: :)			
Peso: 0,00 kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 kg/m ²	Pulso: bpm Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE COM DOR E EDEMA NA MÃO ESQUERDA, APÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA REFERINDO DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO DA REFERIDA MÃO, RELAT			
Diagnóstico Inicial: ?			
Exames Complementares: RX MONTROU FRATURA			
Prescrição Médica: DEXAMPASONA 1 FA IM PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA 8HS, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA NA MÃO ESQUERDA. FEITO RAO MONTROU FRATURA DO DA REGIÃO PROXIMAL DO UNO ANELAR ESQUERDO			
Motivo da Alta/Encerramento: Observação DATA: / / HORA:			

Assinatura Paciente ou Responsável

OZIEL CARLOS BA... INA
CRM 2474 PI Em: 17/09/2018 20:00:35

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. 17



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 359461808	Nº REGULAÇÃO: 41800	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-3324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: PAULO AFONSO DOS SANTOS		NASCIMENTO: 26/06/1977

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

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

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

RX

DIAGNÓSTICO(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

Dr. Oziel Carlos
Médico Responsável pelo Atendimento / CARIMBO
Clínica de Urgência

COORDENADOR
DE SEGUROS
19 MAR 2019
W. PRVAT





Altair

R.V. não assinado

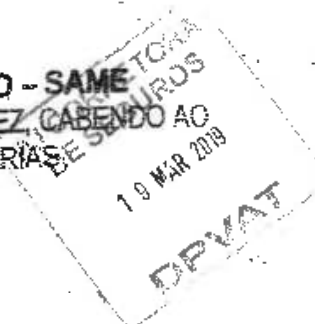
NOME DO PACIENTE:

Paulo Afonso dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

488707

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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

RAIO-X REALIZADO

DATA 17/03/2018

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: PAULO AFONSO DOS SANTOS		Prontuário: 438707
Mãe: MARIA ALVES DOS SANTOS	Pai:	
End. Resid.: Q71 CASA 13 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 26/06/1977	Idade: 41a2m21d	Sexo: Masculino Fone: 86-39 46-0304
Responsável: PAULO AFONSO		CNS: 700008079879901
Profissão: LAVRADOR		Documento: CPF: 968.754.373-68
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Solteiro(a)
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 684774	Data: 17/09/2018 21:14:14	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U 5
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor leve recente	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Verde
Breve História: SEGUE COM EDEMA EM MÃO ESQUERDA APÓS ACIDENTE DE MOTO HÁ MAIS DE 24 HORAS. ENCAMINHADO DA UPA DO PROMOTOR PARA AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA. DOR:3			Profissional Clas. Risco: DANYELLE ALVES VIEIRA 262841 Em: 17/09/2018 21:30:30

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

História de queda de moto, apresentando dor em mão (E). Rx = fx da base do 4º metacarpo (E). CD: Internação.

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp: ____
Diagnóstico Inicial:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Procedimento	CID
-----------------------------	------------------------	---------------------	------------

Assinatura - Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



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



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

RECEITA
PRESCRIÇÃO MÉDICA Nº. 118/09/2019
MAR 2019

18/09/2019

Internação:	223103	Prontuário:	488707	Paciente:	PAULO AURINO DOS SANTOS	Clinica:	POSTO 1	Enfermagem:	Ativo	Leito:	PERDURAND CAVALLHO DE ALMEIDA
Nome:	Fm Políptico										
Seção:	Descrição-Atendimento/Observação										
Dietas:	Oral Tipo Livre, Visto Nutricional, 1500 Calorias CRW/110165										
1	CLORETO DE SÓDIO (BORDO FISIOLÓGICO) 0,9% C/100ML SIST. FECHADO										
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.										
3	TENOLOCAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.										
4	CHENPRAZOL 20MG										
		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Repos:	Dil. Vol.:	Notas:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:		
		1,00	FRASCO	EV	24/24h						
		1,50	Ampolas	EV	6/6h						
		1,00	Ampolas	EV	12/12h						
		1,00	Capssula	Oral	24/24h						

Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

18/09/2019 11:14:02
EDNAN SOARES COUTINHO

Dr. Cleandro Noronha
Cirurgião e 1127-1111-1111
8001204-1111-1111





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

488707

Nome do Paciente **Paulo Afonso dos Santos**

Diagnóstico pré-operatório **Fratura de base do 4º Metacarpo E**

Operação - Tipo **Redução cirúrgica + osteossíntese.**

Cirurgião **Dr. Ismael Vasconcelos** CRM-PI 2386

3º Assistente **Dr. Ricardo Barbosa Bezerra** CRM-PI 3909

Instrumentador(a) **Selene** Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

**Fratura de base do 4º metacarpo E
(fixada)**

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- Paciente em DDH sob anestesia, antissepsia, antioedema, campos estéreis, mini-incisões para entrada dos fios, manipulação e redução cirúrgica de fratura, fixação com 03 fios de Kirschner para reestabelecer o comprimento e 02 fios de Kirschner para estabilizar o foco de fratura acrático, talo gástrico antibrachial

Obs: Utilizada fios de Kirschner N° 1,0, pois não havia fios 1,5 nem 2,0 no centro cirúrgico.

CORRETORA
DE SEGUROS

9 MAR 2023

REMAT

Ismael Vasconcelos
CRM-PI 2386

Ismael Vasconcelos
CRM-PI 2386

Mod. 76 HUT



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23.09.2018

NOME DO PACIENTE: <u>Paulo A. dos Santos</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>1887-07</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>	Nº DA SALA: <u>03</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Isarim</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Estelinda Bergel</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Amanda</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Selma</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>7,0</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	15	
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>20</u>	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>atopando de cupon</u>	02		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>elétricos</u>	05		
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>02 Gesso</u>	02		
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<u>Diqodao ortopedico</u>	02		
ALCOFIL				<u>Malha tubular em 30</u>			
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				<u>Antônio M. Gaud.</u>			

MOD - 094



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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Otto 1920 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 PIAUI - 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.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 36 3218 5415
TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 05.522.911/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO AFONSO DOS SANTOS** (Prontuário: 485707)
Endereço: Q71 CASA 13 - PARQUE PIAUI - 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.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8220-6

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUNELTON DALANT

PROIBIDO PLASTIFICAR

PAULO AFONSO DOS SANTOS

55.951.668-X DATA DE EMISSÃO 26/DEZ/2011

PAULO AFONSO DOS SANTOS

MARIA ALVES DOS SANTOS

AMARANTE -PI DATA DE NASCIMENTO 26/JUN/1977

SÃO GONÇALO DO PIAUÍ PI

SÃO GONÇALO DO PIAUÍ

CN:LV.A4 /FLS.151 /N.002026

968754373/68

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

CATEIRA DE IDENTIDADE

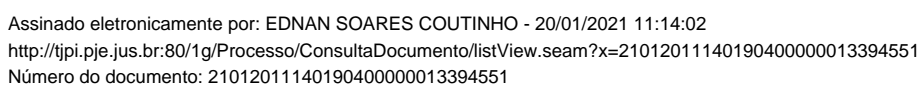
CORRETORA
DE SEGUROS

18 MAR 2019

DPVAT



PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 MAR 2013
DPVAT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº **013936224357**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CDD: RENAVAM: 007336224357 R.N.T.R.C.: EXERCÍCIO: 2019

NOME: GILMAR FERREIRA LIMA

CPF / CNPJ: 57920940397 PLACA: LME-1428

PLACA ANT./UF: CHASSI: BC2JC2500YR009397

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLETA COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG ANO FAB.: 1999 ANO MOD.: 2000

CAP./POT./CIL: 028/011400 CATEGORIA: PARTICU COR. PREDOMINANTE: AZUL

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1º

Faixa LTV: PARCELAMENTO / COTAS: 2º TPVA: 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0,00 IDV (R\$): 0,00 PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES:

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

DATA DE EMISSÃO: 10/01/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PI Nº 013936224357 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 10/01/2019

VIA: 1 CDD: RENAVAM: 007336224357 R.N.T.R.C.: EXERCÍCIO: 2019

CPF / CNPJ: 57920940397 PLACA: LME-1428

MARCA/MODELO: HONDA/CG ANO FAB.: 1999 ANO MOD.: 2000

CAP./POT./CIL: 028/011400 CATEGORIA: PARTICU COR. PREDOMINANTE: AZUL

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1º

Faixa LTV: PARCELAMENTO / COTAS: 2º TPVA: 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0,00 IDV (R\$): 0,00 PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES:

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

DATA DE EMISSÃO: 10/01/2019

PJ CORRETORA DE SEGUROS
19 MAR 2019
DPVAT



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 físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA 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 físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA 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: 55951668-X ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 968754373-68
 NACIONALIDADE: Brasileira EST. CIVIL: solteiro PROFISSÃO: Laureador
 ENDEREÇO: conj. Nova Vida
 BAIRRO: Carbante CEP: 64435000 CIDADE/UF: São Gonçalo - PI
 TELEFONE: (86) 95400533 (-) (-)

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 N° 244
 BAIRRO: CENTRO CEP: 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUI
 TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99473-5001 (86) 99402-2764



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 LÍDER 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 SUBSTABELEÇER 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:

VITIMA: Paulo Afonso dos Santos
 CPF: 968754373-68 DATA DO ACIDENTE: 17/09/18
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DABS ☐ MORTE

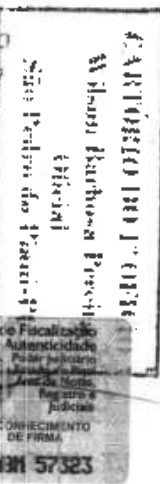
São Pedro - PI, 30/01/2019
 local e data

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 AUTOGRÁFO, A ASSINATURA APOSTA NO DOCUMENTO É AUTÊNTICA.-

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

Wilson Barboza Pereira
 WILSON BARBOZA 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

