

ProComCiv 0825517-03.2019.8.18.0140

JUNTA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

10583201 - CONTESTAÇÃO
(2730836 CONTESTACAO 01)

10583203 - CONTESTAÇÃO
(2730836 CONTESTACAO 01)

10583205 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)

10583208 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)

10583210 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS (2))

10583211 - PROCURAÇÕES OU SUBESTABELECIMENTOS

10583203 - CONTESTAÇÃO (2730836 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 02/07/2020 10:10:11

downloadBinario.seam

1 / 10

2730836-C3/2020-02401/INV101EZ

JOÃO BARBOSA —ADVOGADOS ASSOCIADOS—

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROCESSO: 08255170320198180140



Número: **0825517-03.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3º Cartório Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **15/09/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

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

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10583 205	02/07/2020 10:10	<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, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190167133 Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

Data do Acidente: 14/03/2016 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

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 13999567



B22 00055/00056 - Carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
Número do documento: 20070210100990100000010042480

Num. 10583205 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 Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190167133

Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

Data do Acidente: 14/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01001/01002 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13998168



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
Número do documento: 20070210100990100000010042480

Num. 10583205 - Pág. 2

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: 27/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 00000006377-2

Nr. da Autenticação 5103AA355D465056



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
Número do documento: 20070210100990100000010042480

Num. 10583205 - Pág. 3

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190167133**

Nome do(a) Examinado(a): **ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RS NOVA ALEGRIA, 03, QD J CASA 03 - Santo Antônio - Teresina - PI - CEP 64028-427

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **5017970**

Data e local do acidente: [**14/03/2016**]

AV PRINCIPAL DO RESID MARIO COVAS BAIRRO SANTO ANTONIO TERESINA PI

Data e local do exame: [**21/03/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAR. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO.
FRATURA DO SEPTO NASAL.**

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (ABERTURA MÁXIMA DE 3 CM) E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A MASTIGAÇÃO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR. RECEBEU ALTA DO TRATAMENTO EM MAIO DE 2016.C

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano crânio facial

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas crânio faciais

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE <i>Alecio Rodrigues Silva cunha</i>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Casado	Profissão: Pedreiro
Identidade nº: 5017.970 SSP/PI	CPF nº: 025.169.993-56	
Endereço: Rua nova Alegria ad J. casa 03 "A" Santo Antônio CEP: 64.028-427 Telefone: (86) 99982.3093 Teresina - PI		

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira	Profissão: Bacharel em Direito
Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI	CPF/MF nº: 703.754.703-44	
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330 Telefone: (86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055		

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () **POR MORTE** (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () **DAMS**, em acidente de trânsito ocorrido no dia 14/10/2016 para a Vítima Alecio Rodrigues Silva cunha

Timon - MA

21/10/2019

Local e data



- Vítima ou Representante Legal -



Cartório do 1º Ofício	Faço constar como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
TIMON - MA	<i>Alecio Rodrigues Silva cunha</i>
Em Testemunho _____ da verdade.	
Timon (MA), 21/10/2019	
<i>Ruth Maria de Oliveira</i>	
Ruth Maria de Oliveira Substituta	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066610/19

Número do Sinistro: 3190167133

Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

CPF: 025.169.993-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/03/2016

Titular do CPF: ACLECIO RODRIGUES
SILVA CUNHA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 01/03/2019

Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/03/2019

Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Danielle Nobre de Sousa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066610/19

Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

CPF: 025.169.993-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/03/2016

Titular do CPF: ACLECIO RODRIGUES
SILVA CUNHA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA : 025.169.993-56

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: 22/02/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190167133 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALECIO RODRIGUES SILVA CUNHA **Data do acidente:** 14/03/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA FACE.
TRAUMA EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAZILIZOU ESTABELECIER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190167133 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ALCÉIO RODRIGUES SILVA CUNHA Data do acidente: 14/03/2016 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA FACE.
TRAUMA EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190167133 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCÉIO RODRIGUES SILVA CUNHA **Data do acidente:** 14/03/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA FACE.
TRAUMA EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190167133 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ALECIO RODRIGUES SILVA CUNHA Data do acidente: 14/03/2016 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO. FRATURA DO SEPTO NASAL.

Descrição do exame AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (ABERTURA MÁXIMA DE 3 CM) E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. RECEBEU ALTA DO TRATAMENTO EM MAIO DE 2016.C

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/03/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
Número do documento: 20070210100990100000010042480

Num. 10583205 - Pág. 13

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190167133 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALECIO RODRIGUES SILVA CUNHA **Data do acidente:** 14/03/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL. FRATURA DE SEIO MAXILAR ESQUERDO. FRATURA DO SEPTO NASAL.

Descrição do exame físico: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (ABERTURA MÁXIMA DE 3 CM) E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. RECEBEU ALTA DO TRATAMENTO EM MAIO DE 2016.C

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/03/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires

Fones: (86) 3214-1600 / 3214-1314 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí

E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 14/03/2016
BO= 100203.000735/2019-11

HD FRATURA DA PORÇAO OSSEA DO
SEPTO NASAL,NAS PAREDES DO SEIO MAXILAR E

FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR DE
FRATURA DA PORÇAO OSSEA DO SEPTO
NASAL NAS PAREDES DO SEIO MAXILAR E

EF REFERE CEFALEIA COM DOR EM REGIAO
DE SEIOS DA FACE E MASTIGAÇÃO

TC =FRATURA DA PORÇAO OSSEA DO
SEPTO NASAL,NAS PAREDES DO SEIO MAXILAR E

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA CRANIO FACIAL DE 50 %



Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
TEOT - 8054

Teresina 01 de Março de 2019

Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
Número do documento: 20070210100990100000010042480

Num. 10583205 - Pág. 16



NOME DO PACIENTE: Acláus Rodrigues Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 331621



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 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BUCO OK
NEURO XOK
ORTOPEDIA O

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ACLECIO RODRIGUES SILVA		Prontuário: 331621
Mãe: RAIMUNDA LOPES DA SILVA	Pai: ANTONIO BARRADA DA SILVA	
End. Resid.: RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 06/09/1985	Idade: 30a:6m:8d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9548-1985
Responsável: JOSE CRISTOVAO	CNS: 898002926538172	
Profissão: PEDREIRO	Documento: RG: 50178705 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 530406	Data: 14/03/2016 17:02:30	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Dor moderada	CIRURGÃO GERAL	Amarelo
Breve História:			Profissional Clas. Risco:
FACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SOFRU TRAUMA NA CABEÇA E NO PÉ D. EVOLUE COM DOR, INFORMA QUE TEVE DESMAIO APÓS O ACIDENTE. APRESENTA ANTICIPADA FRACASSO DE MOVIMENTO D.	14/03/16 17:05:49		ILLANA SILVA NASCIMENTO
ECG: 15			COREN - 184691
14/03/16 17:05:49			Em: 14/03/2016 17:05:59

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 14:05:00)	Pct cator no episó atendimento de urgência sente o incide episó vidente de moto, referido estresse de dor intensidade (desconforto). Referiu expectoração de sangue episó espirro (sangue vermelho vivo) em pequena qtd. Refere ferir fôlego gasto devido acidente, não recorda do acidente		
PA mmHg	Pulso:	FC: bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:			
Soco de canto auxílio neuro Doloroso TC de face. Alvo ced. Bucal Socoto RX ab pr () auxílio ortopedia			

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO	Se Internação, indique o Procedimento e CID	
DATA: / /	HORA: :	Procedimento	CID

Aclecio Rodrigues Silva itura Paciente ou Responsável		22 FEV 2019
		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
		Assinatura - Profissional Médico





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BW OK
NEURO & OK
ORTOPEDIA OK

Imp: 14/03/2016 17:06:00
User: DRA. MARINA
(ESTRAGAO: EMERGENCIARIO)

（17世纪上半叶，荷兰、法国）

Estação: ENGENCIAMENTO

— 10 —

331621

551621

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> ACLECIO RODRIGUES SILVA		<u>Frontuário:</u> 331621
<u>Mãe:</u> RAIMUNDA LOPES DA SILVA		<u>Pai:</u> ANTONIO BARRADA DA SILVA
<u>End. Resid.:</u> RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 06/09/1985	<u>Idade:</u> 30a:6m:8d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86- 9548-1985
<u>Responsável:</u> JOSE CRISTOVAO		<u>CNS:</u> 898002926538172
<u>Profissão:</u> PEDREIRO		<u>Documento:</u> RG: 50178705 - SSP PI
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 530406	<u>Data:</u> 14/03/2016 17:02:30	<u>Condução:</u> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIRO
<u>Motivo da Procura:</u> DOR MEMBROS INFERIORES	<u>Convênio:</u> S U S	
<u>Acid. Trab.:</u> Não	<u>Acid. Trajeto:</u> Não	<u>Acid. Trab. Tipico:</u> Não
		<u>CID Secundario:</u>

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u> TRAUMA MAIOR	<u>Evento Principal:</u> Dor moderada	<u>Destino:</u> CIRURGIÃO GERAL	<u>Classificação:</u> Amarelo
<u>Breve História:</u> FACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SOFRU TRAUMA NA CABEÇA E NO PÉ D, EVOLUE COM DOR, INFORMA QUE TEVE DESMAIO APÓS O ACIDENTE, APRESENTA FRAQUEZA LOCALMENTE NO PÉ D. ECG: 15		<u>Profissional Clas. Risco:</u> Ilana ILLANA SILVA NASCIMENTO COREN - 184691 Em: 14/03/2016 17:05:59	

DADOS CLÍNICOS: (Hora:

Pel retorno após atendimento de urgência entrou à fábrica após ocorrência de moto, devido a explosão de parte interposta (holocriptano). Refere expulsões de sangue após espirro (sangue vermelho vivo) em pequena qty. Refere que teve gotas de bebida alcoólica, no recorde do acidente

PA _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			CIBI:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito te de cráneo vestibular neuro
Solicito el de face Advanced Procs
Solicito RX ab pr (E) - Avliação ORTOPEDIA

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		<i>P-102</i> Virna Sales Leão Assistente: 027499 HUT ORIGINAL	<i>Se Internação, lâminas Procedimento e Cia</i> <i>CONTEÚDO DE SINISTROS</i> <i>DPVAT</i> <i>PROBLEMAS NA VERIFICAÇÃO</i>
DATA:	/ /	HORA:	Procedimento

~~Exhibit 10 Rodriguez silk~~

Patrícia Vitoria Sales Leão
Matrícula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Se Internação, Indique o Procedimento e CID PROVIMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
Procedimento 22 FEVEREIRO 2019 GENTE SEGURADA Rua Coimbra de Barros Centro - RJ	

Assinatura - PROFISSIONAL MÉDICO
PROFISSIONAL S.A.
RESUMO DE LOGROS





FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ACLECIO RODRIGUES SILVA		Prontuário: 331621
Mãe:	RAIMUNDA LOPES DA SILVA	Pai: ANTONIO BARRADA DA SILVA
End. Resid.:	RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento:	06/09/1985	Idade: 30a:6m:8d
Responsável:	JOSE CRISTOVAO	
Profissão:	PEDREIRO	
G. Instrução:	Não informado	
End. Local.:	- - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 530406	Data: 14/03/2016 17:02:30	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIRO
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
Trauma: Não		Maus Tratos: Não

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA: Oficina =
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Gengivite - ACD II ONDE MELHORAR
 Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :
 Dr. José Carlos de Gomes Filho
 ORTHODONTICO MAXILAR FACIAL
 IMPLANTODONTIA
 CRM-PI 2200
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA:
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:
 Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :
 Patricia Virna Sales Leão
 Matrícula: 027499
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL
 22 FEV 2019
 DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
 CONTEÚDO NÃO ENCONTRADO
 DPVAT
 GENTE SEGUROADORA S.A.
 Rua Joaquim de Resende, 665 Lograd
 Centro Norte CEP: 64.000-040
 Tel: (86) 3229-4700
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACLECIO RODRIGUES SILVA (Prontuário: 331621)**

Endereço: RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 06/09/1985 Idade: 30a6m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 530406

Requisição: 617285 Solicitação: 14/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 775146 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 14/03/2016

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAR FRONTAL ESQUERDO COM EXTENSÃO PERIORBITÁRIA IPSILATERAL, APRESENTANDO FOCOS DENSOS DE PERMEIO.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(ANTONIO

TERESINA - PI 14/03/2016

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
 Número do documento: 20070210100990100000010042480

Num. 10583205 - Pág. 21



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	ACLECIO RODRIGUES SILVA (Prontuário: 331621)		
Endereço:	RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/09/1985	Idade: 30a6m8d	Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 530406
Requisição:	617284	Solicitação: 14/03/2016	Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle:	775145	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Data Exame: 14/03/2016

Cod. SIA: 0206010044

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- EDEMA NA HEMIFACE ESQUERDA, SOBRETUDO EM REGIÃO PERIORBITÁRIA.
- HEMOSSINUS MAXILAR À ESQUERDA.
- ESPESSAMENTO DO REVESTIMENTO MUCOSO DOS SEIOS MAXILARES, ESFENOIDES E DE CÉLULAS ETMOÍDAIS BILATERAIS.
- FRATURA NA PORÇÃO ÓSSEA DO SEPTO NASAL, NAS PAREDES ANTERIOR E POSTERO-LATERAL DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

TERESINA - PI 14/03/2016

(ANTONIO

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
Número do documento: 20070210100990100000010042480

Num. 10583205 - Pág. 23



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACLECIO RODRIGUES SILVA** (Prontuário: 331621)
Endereço: RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/09/1985 Idade: 30a7m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 530406
Requisição: 617283 Solicitação: 14/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 775144 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 14/03/2016

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/04/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Conferido e Liberado por Senha em: 19/04/2016 19:05:38



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
Número do documento: 20070210100990100000010042480

Num. 10583205 - Pág. 24



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	ACLECIO RODRIGUES SILVA (Prontuário: 331621)		
Endereço:	RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/09/1985	Idade:	30a6m8d
Requisição:	617063	Solicitação:	14/03/2016
Controle:	774900	Convênio:	S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 14/03/2016

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS NO ASSOALHO DA ÓRBITA E PAREDES DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.
- HEMOSSINUS MAXILAR ESQUERDO E ETMOIDAL BILATERAL.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTais E ESFENO-ETMOIDAIas LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/03/2016

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



Wanderlei Alves Coutinho
Assessoria Jurídica
Consultoria e Advocacia



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
 Número do documento: 20070210100990100000010042480

Num. 10583205 - Pág. 25



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	ACLECIO RODRIGUES SILVA	(Prontuário: 331621)
Endereço:	RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010	
Nascimento:	06/09/1985	Idade: 30a6m8d
	Sexo: Masculino	Origem: URGÊNCIA/EMERG
Requisição:	617063	Solicitação: 14/03/2016
Controle:	774900	Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 14/03/2016

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS NO ASSOALHO DA ÓRBITA E PAREDES DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.
- HEMOSSINUS MAXILAR ESQUERDO E ETMOIDAL BILATERAL.
- COMPLEXOS OSTEOOMEATAIS, RECESSOS FRONTais E ESFENO-ETMOIDAIAS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/03/2016

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACLECIO RODRIGUES SILVA** (Prontuário: 331621)
 Endereço: RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/09/1985 Idade: 30a6m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 530406
 Requisição: 617284 Solicitação: 14/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 775145 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 14/03/2016

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- EDEMA NA HEMIFACE ESQUERDA, SOBRETUDO EM REGIÃO PERIORBITÁRIA.
- HEMOSSINUS MAXILAR À ESQUERDA.
- ESPESSAMENTO DO REVESTIMENTO MUCOSO DOS SEIOS MAXILARES, ESFENOIDES E DE CÉLULAS ETMOIDAIAS BILATERAIS.
- FRATURA NA PORÇÃO ÓSSEA DO SEPTO NASAL, NAS PAREDES ANTERIOR E POSTERO-LATERAL DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

(ANTONIO

TERESINA - PI 14/03/2016

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

Patricia Virna Sales Leão
 Matrícula: 027499
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
 Número do documento: 20070210100990100000010042480

Num. 10583205 - Pág. 27



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACLECIO RODRIGUES SILVA** (Prontuário: 331621)
 Endereço: RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/09/1985 Idade: 30a6m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 530406
 Requisição: 617285 Solicitação: 14/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 775146 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 14/03/2016

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL ESQUERDO COM EXTENSÃO PERIROBITÁRIA IPSILATERAL, APRESENTANDO FOCOS DENSOS DE PERMEIO.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(ANTONIO

TERESINA - PI 14/03/2016

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 CRM
 Profissional Responsável

Patricia Virna Sales Leão
 Matrícula: 027499
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
 Número do documento: 20070210100990100000010042480

Num. 10583205 - Pág. 28

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Imp: 14/03/2019 12:33:55
(JANE SIMONE)

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**DADOS DO PACIENTE:**

<u>Nome:</u> ACLECIO RODRIGUES SILVA		<u>Prontuário:</u> 331621
<u>Mãe:</u> RAIMUNDA LOPES DA SILVA		<u>Pai:</u> ANTONIO BARRADA DA SILVA
<u>End. Resid.:</u> RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 06/09/1985	<u>Idade:</u> 30a:6m:8d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86- 9548-1985
<u>Responsável:</u> JOSE CRISTOVAO		<u>CNS:</u> 898002926538172
<u>Profissão:</u> PEDREIRO		<u>Documento:</u> RG: 50178705 - SSP PI
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 530252	<u>Data:</u> 14/03/2016 00:40:06	<u>Clas. Cor:</u> Laranja
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 14/03/2016 de 00:40 às : horas para fim de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 530252///



TERESINA(PI), 14 de Fevereiro de

Jane Simone Lima Dantas Souza
Matrícula: 047237
SAMU HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Ass. e Matrícula do Servidor

Nota: De acordo com a resolução CFM no. 1851/23008, D.O.U. de 18/08/2008, seção I, pag. 256.





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Kelson matos Soares

RG nº 3 694.786, data de expedição 30/10/12

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 067.340.623-30,

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rs João Paulo II Qd E, nº 19,

complemento Angelim, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Alelio Rodrigues Silva Cunha, cujo o condutor era Alelio Rodrigues Silva Cunha.

Veículo: moto Modelo: HONDA/POP 100 Ano: 2015

Placa: PI-J-0364 Chassi: 9C2

Data do Acidente: 14/03/16

Local e Data: Timon-MA

21/02/2019

Kelson matos soares

Assinatura do Declarante

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 FEVEREIRO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Conselheiro Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Reclame(s) como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:

Kelson Mates Soares

Cartório do 1º Ofício
TIMON - MA

Em Testemunho da verdade.

Timon (MA) 21/02/2019

Ruth Maria de Oliveira
Escrevente Substituta



SERVENTIA EXTRAJUDICIAL
Comarca de Timon
Dr. Raimundo Luciano Taveirão

000001582389

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Piçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (66) 98124-3199

MATRÍCULA 13650041-2 FATURA Nº 150048802
TC 1.36 28190104111803 MÊS / ANO 1/2019

NOME / ENDERECO MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep: 64019330		LOCAÇÃO 002-00019-0028030	GRUPO 002	NÚMERO DO HIDRANTE Y185035846
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS / ANO TIPO LIDO SATURAÇÃO		ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal		
12/2018 Lido 29 26 11/2018 Lido 24 24 10/2018 Lido 16 16 09/2018 Lido 16 16 08/2018 Lido 17 17 07/2018 Lido 15 15				
DATA ANTERIOR 05/12/2018	LEITURA 53	CONSUMO MÊS M3 16	LÉI 12.741/02/12 PIS/PASEP 58,33x1,65% = 9,94 COFINS 58,33x1,60% = 4,40	
ATUAL 04/01/2019	69			
TABELA DE TARIFAS RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%) 0 18 2,8450 65 10 25 5,3800 65 25 999999 9,1500 65		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA VALOR REFERENTE ÁGUA - 58,33 > Residencial-Normal 16,0 m3 58,33		
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)				
		VENCIMENTO 16/01/2019	TOTAL A PAGAR 58,33	

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENTAL
NOSSOS ARQUIVOS SÃO DADOS DE CONSULTA - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A TÉCNICO

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura costumará a suspensão dos serviços,
conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	27x7	2688	19	1,43	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2746	2658	88	6,40	Inferior a 15
pH	2752	2673	79	6,75	6,00-9,50
TURBIDEZ	2705	2618	87	1,86	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTais	967	961	6	Ausente	Ausente
ESCHERICHIA COLI	967	967	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 04/01/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:18

TC 1.36 28190104111803

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRÍCULA 13650041-2 FATURA Nº 150048802
MÊS / ANO 1/2019

VENCIMENTO
16/01/2019 VALOR A PAGAR
58,33

82660000003-2 58331535000-4 00201915-L1-0 JN-70100104-2



Declaração de Quinquagésimo Anual de Débitos





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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu maria do carmo Proudomio da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 703 754.703 , 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário.
Alecio Rodrigues Silva unha inscrito (a) no CPF sob o Nº 025 169.993-56,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Alecio Rodrigues Silva unha
inscrito (a) no CPF sob o Nº 025 169.993 , 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Henrique Dias</u>	Número:	<u>790</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Vermelha</u>	Cidade:	<u>TERESINA</u>	Estado:	<u>PI</u>	CEP:	<u>64019-330</u>	
E-mail:							Tel.(DDD):	<u>86/99982-3093</u>

Local e Data: TERESINA - PI 21/10/2019

maria do carmo Proudomio da Silva
Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021010099010000010042480>

Número do documento: 2007021010099010000010042480

Num. 10583205 - Pág. 32



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

Nº da Nota Fiscal
017149190

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	08/02/2019	402	415,13

RAHMUNDO CLEDIVALDO LIMA ALVES
RS NOVA ALEGRIA S/N QD 1 CASA 03 SANTO ANTONIO

DADOS DA CONTA		7505300		kWh	
CEP: 64.028-427 - TERESINA					
Atual:					
Anterior:		20982		Atual:	
Constance de Multiplicação:		20580		Anterior:	
Consumo Médio:		1.000		Próxima Leitura:	
Consumo Faturado:		402		Emissão:	
Forma de Faturamento:		Código de Irregularidade:		Apresentação:	
Fatura:		402		01/02/2019	
Data da Fatura:		PLA:		Dias de Consumo:	
				02/02/2019	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	NORMA	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Est.
			A1341200		3464 Média 12 meses
HISTÓRICO kWh REDONDO					
				DESCRIPÇÃO DA CONTA	
		MONO		1.1.1.1	403
JAN/19	1134		CONSUMO	402 A R\$ 0,95/355 =	365,05
DEZ/18	322		CONTR. ILUMINACAO PUBL. (COSIP)		30,08
NOV/18	318				
OUT/18	298				
SET/18	1045				
AGO/18	30				
JUL/18	192				
JUN/18	201				
MAI/18	209				
ABR/18	30				
TOTAL SOMA TRIBUTOS:					
0 a 402 - 0,62000					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Mídia consumidora mensal e suspeita do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2014, em função das contas divulgadas neste relatório. O valor passível é fixo e suspenso baseado nas informações do consumidor na SERIEM. Informações ainda existentes no consórcio vinculado e já revogadas não são consideradas. O valor de R\$ 13.205,05 é o menor histórico. Caso tenha previsão de pagamento futuro, descontarão este valor.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 13 18 19 20 21

Mais il semble que les années dernières soient favorables avec 19, 10, 18, 20 et 25, toutefois sans certitude pour le deux dernières années, dépendant de l'effacement.

TERRETTA



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Macapáhão 757 - Centro/Sul - Teresina - PI

02/2019 08/02/2019

Nº da Nota Fiscal: 017149190 FCAM

00000000000000000000000000000000

83600000004 9 15130017000 9 00000001243 5 48500219008 3

SEQ.: 00157 UC: 1243485-0 DT.LEIT.: 02/02/2019 T.ENTR.: 01

SEQ.: 00157 UC: 1243485-0 DT.LEIT.: 02/02/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 20982 NORMAL TOTAL: 415,13 CARGA: G1
PT.HOME: 02/02/2019 TRREG: 000 COLETOR: 1111

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
Número do documento: 20070210100990100000010042480



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(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:
	025.169.993-56	Alecio Rodrigues Silva cunha
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		
Profissão:	Enderéco:	CPF: 025.169.993-56
Pedreiro	Rua nova Alagria ad 7	Número: 03 Complemento:
Bairro: Santo Antonio	Cidade: Teresina	Estado: PI CEP: 66.028.027
E-mail:		Tel.(DDD) (86) 99982-3093

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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: 1987 CONTA: 6377

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente 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 contestá-la, 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: _____

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/vôos-vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT, por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e pregiarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Teresina - PI 21.02.19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
2º | Nome: _____
CPF: _____

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Presidente Dutra, 485 Loja C
Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-240

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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021010099010000010042480

Num. 10583205 - Pág. 34

Número do documento: 2007021010099010000010042480



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BUCO OK
NEURO OK
ORTOPEDIA OK

Imp: 14/03/2016 17:06:00

User: ILLANA

(Estação: EMERGENCIAFED)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ACLECIO RODRIGUES SILVA		Prontuário: 331621
Mãe: RAIMUNDA LOPES DA SILVA	Pai: ANTONIO BARRADA DA SILVA	
End. Resid.: RES NOVA ALEGRIA QD J LOTE 03 - VAMOS VER O SOL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 06/09/1985	Idade: 30a:6m:8d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9548-1985
Responsável: JOSE CRISTOVAO		CNS: 898002926538172
Profissão: PEDREIRO		Documento: RG: 50178705 - SSP PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 530406	Data: 14/03/2016 17:02:30	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Dor moderada	CIRURGIÃO GERAL	Amarelo
Breve História: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SOFRU TRAUMA NA CABEÇA E NO PÉ D, EVOLUE COM DOR, INFORMA QUE TEVE DESMAIO APÓS O ACIDENTE, APRESENTA INTACAO E DOR DORSAL PÉ D.		Profissional Clas. Risco: ILLANA SILVA NASCIMENTO COREN - 184691 Em: 14/03/2016 17:05:59	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 17:02:30)			
<p>Pele retrógrada após atendimento de urgência sente dor intenso após acidente de moto, dor intensa espalhada de sorte intensa (hemicrânio). Refere expectoração de sangue após espirro (sangue vermelho vivo) em pequena ftd. Refere que fuma cigarros de tabaco e álcool, não recorda do acidente</p>			
PA X mmHg	P脉:	FC: bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:			
<p>Exame te de cérebro normal p/ neuro Exame de face: Abcesso buco Socorro RK ab pr () avaliação ortopedia</p>			

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT	Se Internação, indique o Procedimento e CID	
DATA: / / . HORA: : :		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Procedimento	CID
		22 FEB 2019		
		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Log C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	Assinatura - Profissional Médico	
<i>X Aclecio Rodrigues Silva</i> Assinatura Paciente ou Responsável				





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(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:

025.169.993-56 Aelcio Rodrigues Silva cunha

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

Nome completo:

Aelcio Rodrigues Silva cunha

CPF: **025.169.993-56**

Profissão:

Pedreiro

Endereço:

Rua nova Alugria ad 7

Número: **03**

Bairro:

Santo Antonio

Cidade:

Teresina

Estado:

PI

CEP:

66.028.427

E-mail:

Tel.(DDD): **(86) 99982-3093**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1987**

CONTA: **6377**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/vôos-vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e preverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura
CPF

Local e Data: **TERESINA - PI 21.02.19**

Nome: _____

CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A.ROGO

Aelcio Rodrigues Silva cunha

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

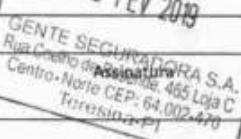
1º | Nome:

CPF:

22 FEB 2019

2º | Nome:

CPF:



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 RODO, 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.

FPS.001 V001/2018





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
Número do documento: 20070210100990100000010042480

Num. 10583205 - Pág. 37



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

164 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000735/2019-11

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 21/02/2019 - 10:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

506881

14/03/2016 - 00:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO RESID. MARIO COVAS, Nº:

Complemento

Bairro

SANTO ANTÔNIO

Ponto de Referência

PARADA FINAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 5017970 PI

Mãe: RAIMUNDA LOPES DA SILVA

Endereço: QUADRA J, LOTE 03, RESID.NOVA ALEGRIA II, Nº

Bairro: SANTO ANTÔNIO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9422-7982

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP100, PLACA PIJ-0364-PI, COR BRANCA, RENAVAM 01053887598, PROP. DE KELSON MATOS SOARES, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO A MOTO FOI FECHADA POR UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, PROVOCANDO A QUEDA DA VITIMA. FOI SOCORRIDO POR KELSON MATOS SOARES, QD-02, CS-03, RESID. MARIO COVAS-ANGELIM, E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 331621). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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

Ocorrência emitida em: 21/02/2019 10:10 - Sist. Cognitivo 2010 ATI

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021010099010000010042480>

Número do documento: 2007021010099010000010042480

Num. 10583205 - Pág. 38



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, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190167133 Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

Data do Acidente: 14/03/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA 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. 00599/00600 - carta_02 - INVALIDEZ



00060300

Carta nº 14054985



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:10:10
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210100990100000010042480>
Número do documento: 20070210100990100000010042480

Num. 10583205 - Pág. 39



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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190167133 Vítima: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

Data do Acidente: 14/03/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

Informamos que o pagamento da indenização

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: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA**

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 000006377-2

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,

