

Control: X Audiência X Upload X Consulta X 0825517 X WhatsApp X Caixa de X Tribunal X Sistema X Combine X + 33

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?tid=3149828&ca=d8e5eaca0529d4442d58951aa1cc7ba3eb...

Apps Processo Virtual Na... Administrativo Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0825517-03.2019.8.18.0140
ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

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

02 Jul 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 10583201 - CONTESTAÇÃO
 - 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 SUBTABELAMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

2730836- CS/ 2020-02401/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

PROCESSO: 08255170320198180140

prot + cont.pdf c.pdf prot + proc adm.pdf prot + cont.pdf pa.pdf Exibir todos X

PT 10:10 02/07/2020



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	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, 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, 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 13999567

Pag. 00055/00056 - carta_01 - INVALIDEZ





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 médico-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

00060501



Carta nº 13998168



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: 000000006377-2

Nr. da Autenticação 5103AA355D465056



**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 SUBGALEAL. 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 cranio 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 cranio 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.


Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



PROCURACAO PARTICULAR

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

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

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 pericia medica 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 transito ocorrido no dia 14/03/2016 para a Vitima Alecio Rodrigues Silva Cunha

Timon-MA 21/02/2019

Local e data

Alecio Rodrigues Silva Cunha

- Vitima ou Representante Legal -



Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de Alecio Rodrigues Silva Cunha
 Em Testemunho [Assinatura] da verdade.
 Timon(MA), 21/02/2019
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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/03/2016

Titular do CPF: ACLECIO RODRIGUES
SILVA CUNHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/03/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/03/2016

Titular do CPF: ACLECIO RODRIGUES
SILVA CUNHA

CPF de: Próprio

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Paula Vargens Mendes da Costa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190167133 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACLECIO 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 INVIABILIZOU ESTABELECER 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, DESCRREVENDO 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: ACLECIO 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 cranio-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: ACLECIO 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: ACLECIO 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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

NOME
MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/AF
1457994 SSP PI

CPF
703.754.703-44

DATA DO DOCUMENTO
10/09/1971

FILIAÇÃO
LUIZ PROCEDONIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. 02
B

PRESCRIÇÃO
02851011130

VALIDADE
15/12/2022

HABILITAÇÃO
29/04/2003

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Portador

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
20/12/2017

Assinatura do Registrado

70615801046
PI320021300

PIAUI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190167133 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACLECIO 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 PORÇÃO OSSEA DO
SEPTO NASAL, NAS PAREDES DO SEIO MAXILAR EFEITO TRATAMENTO CONSERVADOR DE
FRATURA DA PORÇÃO OSSEA DO SEPTO
NASAL NAS PAREDES DO SEIO MAXILAR EEF REFERE CEFALÉIA COM DOR EM REGIÃO
DE SEIOS DA FACE E MASTIGAÇÃOTC =FRATURA DA PORÇÃO OSSEA DO
SEPTO NASAL, NAS PAREDES DO SEIO MAXILAR ERELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA CRANIO FACIAL DE 50 %

Teresina 01 de Marco de 2019

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





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Acleas 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

BUC OK
NEURO OK
ORTOPEDIA OK

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

(User: DRA. ILLANA)

(Estação: EMERGENCIAFEI)

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: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SOFREU TRAUMA NA CABEÇA E NO PÉ D. EVOLUIE COM DOR, INFORMA QUE TEVE DESMAIO APÓS O ACIDENTE. APRESENTA CONTUSÃO E EDEMA NA PÉ D. ECG: 15			Profissional Clas. Risco: ILLANA SILVA NASCIMENTO COREN - 184691 Em: 14/03/2016 17:05:59

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 17:05)

Pt retorna após atendimento de urgência sobre o ferido após acidente de moto, referindo queixas de forte dor nos membros inferiores (holocrômico). Refere expelir fezes de sangue após espirro (sangue vermelho vivo) em pequena qtd. Refere que não se lembra de como ocorreu o acidente.

PA _____ X _____ mmHg Pulso: _____ FC: _____ bpm Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito TC de crânio Avaliação neurológica
Solicito TC de torax Avaliação Pulm
Solicito RX de pé Avaliação ORTOPEDIA

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /

HORA: :

Procedimento

CID

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

Assinatura Paciente ou Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02BUC OK
NEURO OK
ORTOPEDIA OK**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 ALEGTIA 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. Tipico: Não
		CID Secundario:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 17:05)

Retorne após atendimento de urgência sentiu
a dor após acidente de moto, referindo episódios
de forte intensidade (holocraniano). Referiu expe-
rto de sangue após espirro (sangue vermelho
vivo) em pequena qtd. Referiu que tinha pto de
uso de bebida alcoólica, não recorda do acidente

PA: X mmHg	Pulso: bpm	FC: bpm	Temp.: °C
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito TC de crânio Avaliar fratura
Solicito TC de face Avaliar fratura
Solicito RX do pé Avaliar fratura

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA: :	Se Internação, Indicar Procedimento e CID
		Procedimento

x *Aclecio Rodrigues Silva*
Paciente ou Responsável

Patrícia Virna Sales Leão
Márcula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 FEB 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coíno de Portugal, 405 Lapa
Centro - Teresina - PI - CEP: 64002-900
Assinatura - *Prof. Dr. ...*





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



Imp: 14/03/2016 17:06:20
(DRA. ILLIANA)

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	Sexo:	Masculino
Profissão:	PEDREIRO	Fone:	86- 9548-1985
G. Instrução:	Não informado	CNS:	898002926538172
End.Local.:	- - -	Documento:	RG: 50178705 - SSP-PI
		E.Civil:	Casado(a)

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	Caso Policial:	Não	Pl.Saúde:	Não
		Trauma:	Não	Maus Tratos:	Não

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	__/__/__:__	ESPECIALISTA:	Ortopedia -
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Corpeção - ALTA N. ORTOPEDIA		
Carimbo/Assinatura Solicitante			

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

HDI: Surtos de origem infecciosa (C)	
Q. O Contato - Voz - Cirurgia	
Q. Alta - BMF	
Dr. José Carlos D. Gomes Filho Cirurgião Bucodentofacial Implantodontia CRO-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 Viana Sales Leão Matrícula: 927499 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL			
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: 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 2443 CRM

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: S U S

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 ETMOIDIAIS 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



Wenderson Alves
Mauricio
Santos
Coutinho



PREScrição Médica

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Dulce Rodrigues Silva		331671	QUANT.			
DATA/HORA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
CÓDIGO		OBSERVAÇÕES				
14		HORÁRIO				
07						
11						
		Furto de Fone novo e carteira				
		1ª Depoimento 1 hora + AS EV história				
		2ª Depoimento 1 hora + AS EV história				
		alta por melhoraria				
		Dr. Cleiton Silva Moura				
		CRM - 31911 PT				
		CRM - 8407 MA				
		CRM - 221105				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
22-FEV-2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosmo de Rezende, 435 Lga C
Centro - N.º 61.002-470
Teresina - PI

Patricia Viana Sales Leão
Matrícula: 027499
SAME - HU
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

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 íntegros.
- 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



**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: 530252
Requisição: 617063 Solicitação: 14/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
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-ETMOIDAIS 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



Wanderley Alves de Sousa
Médico de Radiologia
CRM-PI 10583205





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: 530252
 Requisição: 617063 Solicitação: 14/03/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 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-ETMOIDALIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.

(LUIZ 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: 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:

- EDEMA NA HEMIFACE ESQUERDA, SOBRETUDO EM REGIÃO PERIORBITÁRIA.
- HEMOSSINUS MAXILAR À ESQUERDA.
- ESPESSAMENTO DO REVESTIMENTO MUCOSO DOS SEIOS MAXILARES. ESFENOIDES E DE CÉLULAS ETMOIDIAIS 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
 Matricula: 027499
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

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 2443 CRM

Profissional Responsável

Patricia Virna Sales Leão
Matricula: 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: 14/02/2019 12:33:55

(JANE SIMONE)

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**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.: - - -		

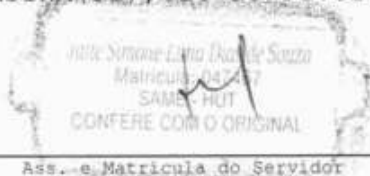
DADOS DO ATENDIMENTO:

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



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



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. 29

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 matoes Soares

RG nº 3.694.786

, data de expedição 30/01/12

Órgão SSP/PI

, portador do CPF nº 067.240.623-30

com domicílio na cidade de Tererina

, no Estado de

Piauí

, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 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

Aelcio Rodrigues Silva Cunha

, cujo o condutor era

Aelcio Rodrigues Silva Cunha

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/POP 100

Ano: 2015

Placa: PIJ-0364

Chassi: 9C2

Data do Acidente: 14/03/16

Local e Data: Timon-MA

21/02/2019

x Kelson matoes soares

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



Cartório do 1º Ofício
TIMON - MA

Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) do:

Kelson Mates Soares

Em Testemunho da verdade.

Timon (MA) 21.02.2019

Ruth Maria de Oliveira
Escrevente Substituta



ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - I.E 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Pçarra - CEP 64037-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 335 / (86) 98124-3199

TC 1.08
28190104111803

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

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDIMIO DA SILVA
RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep:64019330

LOCALIZAÇÃO 002-00019-002030
GRUPO 002
NÚMERO DO HÍDR. /STRO Y185035846

HISTÓRICO DE CONSUMO	TIPO	LIDO	FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
12/2018	Lido	20	20	1 Residencial - Normal
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 LEITURA
ANTERIOR 05/12/2018 53
ATUAL 04/01/2019 69
CONSUMO MÊS M3 16
LIT 12.7410018
PIS/PASES 58,33x1,65% = 0,96
COTRIS 58,33x7,68% = 4,43

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	REF.	VALOR
RESIDENCIAL TARIFA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	DISC. VALOR REFERENTE AGUA - 58,33 > Residencial-Normal	16,0 m3	58,33
8 18 2.8450 65			
10 25 5.3800 65			
25 999999 9.1500 65			

NÃO RESIDENCIAL
TARIFA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
VENCIMENTO 16/01/2019
TOTAL A PAGAR 58,33

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS SÃO SUJEITO A CORTE.
PROCURE A ENTIDADE

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal 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	2707	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
TURBID. Z	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
ESCOLIFORMES COLI	967	967	0	Ausente	Ausente

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

TC 1.08 28190104111803

ÁGUAS DE TERESINA

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

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

82660000003-2 58331535000-4 00201915001-0 13650041-2



Declaração de Quilômetro Anual de Débitos

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 FEB 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Cidade: Norte CEP: 64.002-470
TERESINA-PI



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 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 PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Procudonio da Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 703754.703 / 44 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Aelecio Rodrigues Silva Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.169.993-56
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Aelecio Rodrigues Silva Cunha
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>Tererina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64019-330</u>	Tel. (DDD): <u>86 99982-3093</u>

Local e Data: Tererina - PI 21/02/19

Maria do Carmo Procudonio da Silva
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



equatorial
ENERGIA
cepisa

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

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

1243485-0

Nº da Nota Fiscal

017149190

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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

RAIMUNDO CLEIDIVALDO LIMA ALVES
RS NOVA ALEGRIA S/N QD 3 CASA 03 SANTO ANTONIO

PARCELA DE PAGAMENTO Nº 505360 kWh

CEP: 64.028-427 - TERESINA

Atual:

Anterior: 20982

Constante de Multiplicação: 20580

Consumo Medido: 1,000

Consumo Faturado: 402

Forma de Faturamento: 402

Código de Irregularidade: 402

DATAS DA LEITURA

Atual:

Anterior: 02/02/2019

Próxima Leitura: 02/01/2019

Emissão: 01/03/2019

Apresentação: 01/02/2019

Dias de Consumo: 02/02/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classo/Subclasse: NORMAL Utição: Número Medidor: Poste: Código Est.: 3 Média 12 meses

HISTÓRICO kWh

RESUMO DO CONSUMO

CONSUMO 402 A R\$ 0,95/855 = 385,05

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 30,08

JAN/19 1134

DEZ/18 322

NOV/18 318

OUT/18 298

SET/18 1045

AGO/18 30

JUL/18 192

JUN/18 201

MAI/18 209

ABR/18 30

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 H 402 - 0,620000

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$

01/2019 1.136,20

Unidade consumidora recebe a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 17/02/2019, em função das contas de energia não pagas. O não pagamento pode acarretar a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda que a partir de 15/02/2019, o valor da tarifa de energia elétrica será reajustado para R\$ 0,95/kWh. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição: 0324.8900.13EE.67A2

Energia: 72,35

Transmissão: 139,80

Encargos: 23,66

Tributos: 14,91

INDICADORES DE CONTINUIDADE

13,33

FIC

DMC 24,95 DICRI

Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual

Limites

Atualidade

5,08 10,15 20,30 3,43 6,85 13,70 2,86

Compreensão

0,00 0,00 0,00

12/2018 95,82

TOTAL A PAGAR - R\$

415,13

MÊS FATURADO

02/2019

VENCIMENTO

08/02/2019

Nº da Nota Fiscal: 017149190 FCM

836000000004 9 15130017000 9 00000001243 5 48500219008 3

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

LEITURA: 20982 NORMAL TOTAL: 415,13 CARGA: G17

DT.VENC.: 08/02/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1111

(86) 99982.3093

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 025.169.993-56 Nome completo da vítima: Aelecio Rodrigues Silva Cunha
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Aelecio Rodrigues Silva Cunha CPF: 025.169.993-56
Profissão: Pedreiro Endereço: R. Nova Alegria ad 7 Número: 03 Complemento: _____
Bairro: Santo Antonio Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64.028-427
E-mail: _____ Tel. (DDD) 86/99982-3093

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

REDA 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 ☐ 2
(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 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 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.

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 ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? pais/avós vivos?

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

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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

**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

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: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SOFREU TRAUMA NA CABEÇA E NO PE D. EVOLUI COM DOR, INFORMA QUE TEVE DESMATA APÓS O ACIDENTE. APRESENTA CHINATO E DOR NO PE D. ECG: 15			Profissional Clas. Risco: ILLANA SILVA NASCIMENTO COREN - 184691 Em: 14/03/2016 17:05:59

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 17:05:59)

Paciente no qto atendimento de urgência sofreu o trauma após acidente de moto, de modo a sofrer de forte intensidade (olocromático). Referiu expulção de sangue após espirro (sangue vermelho vivo) em pequena qtd. Refere que tinha qto ao de abuso alcoólico, não recorda do acidente.

PA _____ X _____ mmHg Pulso: _____ FC: _____ bpm Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito TC de crânio Avaliada neuro
Solicito TC de face Avaliada bucal
Solicito RX do pé Avaliada ORTOPEDIA

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /

HORA: :

Procedimento

CID

22 FEV 2019

X Aclécio Rodrigues Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Assinatura - Profissional Médico



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: **025.169.993-56** Nome completo da vítima: **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: **Alecio Rodrigues Silva Cunha** CPF: **025.169.993-56**
Profissão: **Pedreiro** Endereço: **R. Nova Alegria ad 7** Número: **03** Complemento: _____
Bairro: **Santo Antonio** Cidade: **Teresina** Estado: **PI** CEP: **64.028-127**
E-mail: _____ Tel. (DDD): **86** **99982.3093**

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

RENDA 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** ☐ **2**
(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 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 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.

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: _____ Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vitima deixou ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vitima deixou ☐ Sim ☐ Não pais/avós-vivos?

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

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

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alecio Rodrigues Silva Cunha
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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=20070210100990100000010042480

Número do documento: 20070210100990100000010042480





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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO RESID. MARIO COVAS, Nº:

Complemento

Data/Hora

14/03/2016 - 00:20

506881

Bairro

SANTO ANTÔNIO

Ponto de Referência

PARADA FINAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ACLECIO RODRIGUES SILVA CUNHA

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

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP100, PLACA PIJ-0364-PI, COR BRANCA, RENAVAL 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
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Boletim de Ocorrência emitido em: 21/02/2019 10:10 - SisBO@2014-2019 AT

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. 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 PROCEDIMIO 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

00050300



Carta nº 14054985





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 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, 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,

