



Número: **0800038-45.2020.8.18.0084**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Barro Duro**

Última distribuição : **10/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.375,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HELDER FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
8999252	06/04/2020 01:27	Despacho	Despacho
8317422	11/02/2020 21:13	Certidão	Certidão
8238100	10/02/2020 09:51	Petição Inicial	Petição Inicial
8238108	10/02/2020 09:51	AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE SEGURO DPVAT helder	Petição
8238115	10/02/2020 09:51	identidade , cpf e comprovante de res	Documentos
8238120	10/02/2020 09:51	procuração e declaração de hipo	Procuração
8238194	10/02/2020 09:51	laudos medicos	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
8238206	10/02/2020 09:51	pagamento de seguro	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
8238218	10/02/2020 09:51	prontuarios	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
8266395	10/02/2020 09:51	Bo , pedido de seguro , declaração de proprietario do veiculo..	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
Vara Única da Comarca de Barro Duro DA COMARCA DE BARRO
DURO

Avenida Coronel Benedito Alves da Luz, s/n, Centro, BARRO DURO - PI - CEP: 64455-000

PROCESSO Nº: 0800038-45.2020.8.18.0084
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S): [Seguro]
AUTOR: HELDER FERREIRA DA SILVA

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Defiro a gratuidade de justiça.

Cite-se.

Diante da suspensão pelo TJPI da realização de audiências em casos não urgentes (art. 8º, *caput* da Portaria Nº 1020/2020 - PJPI/TJPI/SECPRE, de 20 de março de 2020) e considerando que a autocomposição poderá ser realizada a qualquer tempo (CPC, art. 139, V) deixo de designar a audiência de conciliação podendo o réu, em querendo, apresentar desde logo proposta de autocomposição.

BARRO DURO-PI, 06 de abril de 2020.

MARCOS AUGUSTO CAVALCANTI DIAS
Juiz de Direito da Vara Única da Comarca de Barro Duro



PROCESSO Nº: 0800038-45.2020.8.18.0084
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S): [Seguro]
AUTOR: HELDER FERREIRA DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Certidão de Triagem

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação, motivo pelo qual faço sua conclusão para despacho inicial.

BARRO DURO-PI, 11 de fevereiro de 2020.

ANTONIO VILARINHO DE MACEDO
Secretaria da Vara Única da Comarca de Barro Duro



petição inicial





ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

**MM. JUÍZO VARA ÚNICA CÍVEL DA COMARCA DE BARRO
DURO-PI**

HELDER FERREIRA DA SILVA, brasileiro, casado, Lavrador, RG nº 2.702.404, CPF. nº 030.843.663-65, sem endereço eletrônico, residente e domiciliado na localidade malhada dos bois, rua nova, sem numero, Barro Duro-PI, CEP 64455-400, por seu advogado constituído nos termos do incluso instrumento de mandato (doc. 01) e ao final assinado, com escritório profissional na Rua Eliseu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI, CEP: 64000-120, vem respeitosamente à honrosa presença de Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE SEGURO DPVAT

em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, CNPJ. 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, 75, 5º andar, Centro Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que abaixo expõe:



Rua Eliseu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreronadadvocacia@hotmail.com



1 – PRELIMINARMENTE

1.1 - Benefícios da justiça gratuita (CPC, art. 98, caput)

A parte requerente é pobre e não tem condições de arcar com as despesas do processo, uma vez que são insuficientes seus recursos financeiros para pagar todas as despesas processuais, conforme declaração em anexo.

Destarte, o Demandante ora formula pleito de gratuidade da justiça, o que faz por seu patrono, sob a égide do art. 99, § 4º c/c 105, in fine, ambos do CPC.

1.2 - Quanto à audiência de conciliação (CPC, art. 319, inc. VII)

A parte Requerente opta pela não realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII), razão qual requer de imediato a designação de perícia médica a fim de se provar a quantificação das lesões do requerente.

2 – DOS FATOS

No dia 24 de março de 2019, por volta das 16:00 horas, o requerente conduzia uma motocicleta Honda NXR 150/BROS ES, PLACA NIT-8992, quando se envolveu em acidente automobilístico, provocando a perda do controle do veículo conduzido, lesionando-se e recebendo os primeiros socorros no hospital municipal da cidade de Barro Duro-PI, em decorrência da gravidade do acidente foi transferido pro HUT em Teresina permanecendo internado e em coma por 59 dias.

Em decorrência do mencionado acidente, teve vários traumas físicos que são facilmente comprovados pelos documentos acostados aos autos, estando permanentemente inválido.

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreronadadvocacia@hotmail.com



O requerente optou pela via administrativa e pleiteou o pagamento do seguro pela seguradora requerida, mas esta somente pagou o valor R\$ R\$ 10.125,00(dez mil cento e vinte e cinco reais), uma vez que o laudo do HUT atesta que houve sequela permanente, razão pela qual vem a este juízo pleitear o pagamento valores que lhe são devidos.

Haja vista que o Laudo do HUT atesta:

a) Traumatismo craniano

Assim, estando o requerente inválido, o pagamento do seguro é medida que se impõe.

3 – DO DIREITO

3.1 – Da Legislação

Na legislação, temos os seguintes artigos que amparam o direito do Requerente:

"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120

telefones: (86) 994643330/ 994523253

E-mail: alexandreronadadvocacia@hotmail.com



Art. 5º, da lei 6.194/74:

"O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia da responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida nesse artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de quinze dias da entrega dos seguintes documentos:

b. prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.

§ 2º Os documentos referidos no § 1º serão entregues à sociedade seguradora, mediante recibo, que os especificará".

Na jurisprudência, o sentido não é diferente:

"Acidente de trânsito - DPVAT - Veículo não identificado - Responsabilidade Ação de cobrança - Seguro obrigatório - DPVAT - Pagamento do prêmio - Comprovação - Desnecessidade - Documentos necessários - Seguro obrigatório. Veículo não identificado. Acidente anterior à modificação da Lei nº 6.194/74 pela Lei nº 8.441/92. Responsabilidade de qualquer seguradora - Fixação em salário mínimo - Possibilidade - Não revogação do art 3º da Lei nº 6.194/74, recepcionada pela Carta da República - Sentença que condena seguradora a pagar a indenização - Validade - Cobrança procedente - Recurso não provido. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização em virtude do seguro obrigatório, pouco importando que o veículo esteja a descoberto, eis que a responsabilidade em tal caso decorre do próprio sistema legal de proteção, ainda que esteja o



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina - PI - CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253

E-mail: alexandreronadvocacia@hotmail.com





ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

veículo identificado tanto que a lei comanda que a seguradora que comprovar o pagamento da indenização pode haver do responsável o que efetivamente pagou. Norma que visa proteger o segurado ou beneficiário hipossuficiente na relação contratual, o valor devido é aquele previsto no art. 3º, da Lei nº 6.194/74, que não foi revogada pela Lei nº 6.205/75 e Lei nº 6.243/77, sendo a lei ordinária primitiva recepcionada pela Constituição Federal de 1988. A fixação da indenização em salários mínimos não constitui violação à norma constitucional, haja vista que não pode ser interpretado como fator de correção e sim base do quantum a ser indenizado. A indenização devida à pessoa vitimada decorrente do chamado Seguro Obrigatório de Danos Pessoais por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), se não identificado o veículo pode ser cobrado de qualquer seguradora que opere no complexo, mesmo tendo ocorrido a modificação da Lei nº 6.194/74 pela Lei nº 8.441/92 e antes da formação do consórcio de seguradoras". (1ª Turma Recursal de Divinópolis - Rec. nº 223.04.140706-3 - Juiz José Maria dos Reis)."

Assim, em face o valor irrisório pago pela seguradora requerida, é que se requer a complementação do valor devido por ser medida de Justiça.

4 – DO PEDIDO

Por todo o exposto, tendo o Requerente demonstrado o dano, tem seu direito respaldado na legislação vigente, bem como na doutrina e na jurisprudência de nossos Egrégios Tribunais.

Assim, requer **a citação da Requerida** na pessoa do seu representante legal, no endereço declinado na inicial, para que se quiser, apresente defesa, sob pena de revelia.

A parte Requerente opta pela **não** realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII), razão qual requer de

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreronadadvocacia@hotmail.com



imediatamente a designação de perícia médica a fim de se provar a quantificação das lesões do requerente.

Requer que a presente demanda seja julgada **PROCEDENTE**, com a condenação da Requerida no pagamento do valor devido, ou seja, R\$ 1.375,00 (mil trezentos e setenta e cinco reais), atualizadas, com juros legais, mais custas judiciais e honorários de advogado na base de 20% sobre a condenação.

Requer provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidas, especialmente pelo depoimento pessoal do Requerido, juntada de documentos, oitiva de testemunhas, realização de perícia e demais provas necessárias.

Requer os benefícios da justiça gratuita, por ser o requerente pobre na forma da Lei e não ter condições de arcar com as custas e demais despesas processuais.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 1.375,00 (mil trezentos e setenta e cinco reais)**

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Teresina, 04 DE FEVEREIRO DE 2020.

Alexandre Ramon de Freitas Melo

OAB/PI 5.795

Breno Matheus dos Anjos Menezes Marques

Estagiário

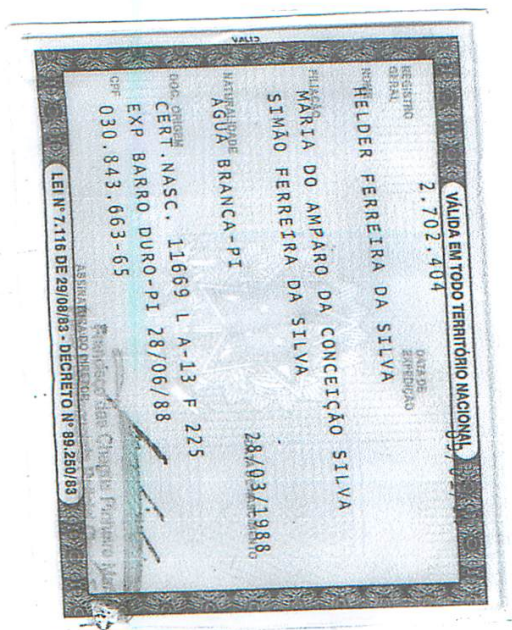
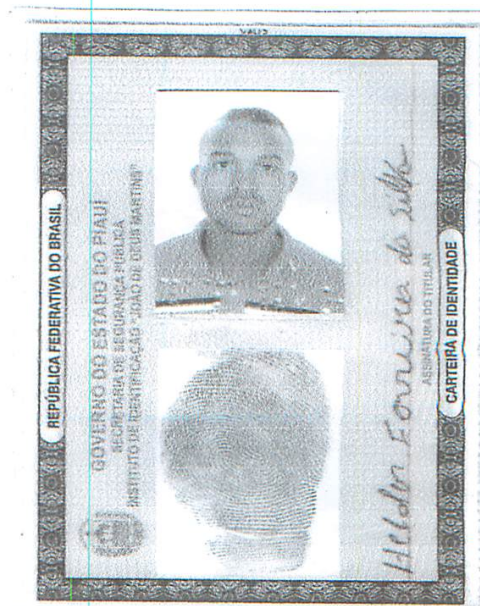


Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120

telefones: (86) 994643330/ 994523253

E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com





Recebido em:

01 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-91 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Se: e-B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0747020-7

Nº da Nota Fiscal 023345110

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	25-06-2019	186	141,76

MARIA DO AMPARO DA CONCEICAO
LC MALHADA DOS BOIS S/N RUA NOVA B-RURAL
CPF: 00070974880387
CEP: 64.455-000 - BARRO DURO

ROT: 197.085.13.81.109700

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	2594	Atual:	18/06/2019
Anterior:	2408	Anterior:	20-05-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima leitura:	18-07-2019
Consumo Medido:	186	Emissão:	17-06-2019
Consumo Faturado:	186	Apresentação:	18-06-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto
RESID. B.X. RENDA	MUNO	A1930978	
			Código Pat. Média 12 meses
			1.1.1.106

HISTÓRICO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
MAI/19 160	CONSUMO	30 A R\$ 0,288407 = 8,65
ABR/19 116		70 A R\$ 0,494410 = 34,60
MAR/19 95		86 A R\$ 0,741602 = 63,77
FEV/19 110	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CCSIP)	19,22
JAN/19 167	DIFERENÇA DE TARIFA	46,24
DEZ/18 16	SUBVENCAO BAIXA RENDA	33,23
NOV/18 116	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	0,24
OUT/18 120	MULTA POR ATRASO 05/19-00	2,01
SET/18 165	JUROS POR ATRASO 05/19-00	0,26
AGO/18 161	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,46

TARIFA SEM TRIBUTOS
0 A 100 - 0,288407
01 A 100 - 0,288407
101 A 100 - 0,288407

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
05/2010 19,56
Informe o(s) de(s) debito(s) vencido(s) no valor de R\$
XXXXXX,00 (sem acrescimos legais) ate esta data. Caso o(s)
debito(s) ja tenha(m) sido pago(s), apresentar uma foto de
atendimento da Eletrobras Distribuicao Piau com o(s) compro-
vante(s) de pagamento.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 11 15 20 25

Você pode optar pelas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio de nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCAL		IMPOSTOS E TAXAS - R\$	
COMPLICAÇÃO DA CONTA - R\$	5478.485B FODC.2971.A8C6.61EC.9.5A.E73F		
Distribuição:	32,22	Base de Cálculo:	153,26 119,54
Energia:	62,23	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,52	Valor do ICMS:	33,71
Encargos:	5,15	Valor do PIS:	1,68
Tributos:	43,14	Valor do COFINS:	7,75

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	MIC			FIC			CMC		DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal
Limite	8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,48		
Reservado	0,00			0,00			0,00		
Conjunto	SAO PEDRO DO PIAU					Período de instalação	04/2019	EUSD:	21,86

ROT: 197.085.13.81.109700
SEU CÓDIGO 0747020-7
MÊS FATURADO 06/2019
TOTAL A PAGAR - R\$ 141,76
VENCIMENTO 25-06-2019
Nº da Nota Fiscal 023345110 FCAM

3362000001 3 41760017000 1 00000000747 6 02670619008 7



Recebido em:
01 AGO 2019
MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



Helder





PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: HELDER FERREIRA DA SILVA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO (a)	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: LAVRADOR	RG: 2.702.404
CPF: 030.843.663-65	ENDEREÇO: Localidade Malhada dos Bois, Rua Nova, s/n, Barro Duro - PI
Telefone:	

OUTORGADOS: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PI nº 5795, com escritório profissional situado na Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro - Teresina - PI, CEP 64.000-120.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado devidamente qualificado acima, com a cláusula "**AD JUDICIA ET EXTRA**", para, agindo, representá-lo (a) perante repartições públicas e qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-la nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, transigir, variar, desistir, **fazer acordos**, receber e dar quitações, requerer o que convier, firmar compromissos, assinar termos, receber citações, notificações, intimações e alvará judicial, declarar situação de pobreza e requerer os benefícios da justiça gratuita, representar o (a) outorgante em audiências, perante os juízos deprecante e deprecado e em qualquer instância, podendo substabelecer o presente mandato com ou sem reservas de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do (a) outorgante e ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina, PI, 14 de janeiro de 2020.

OUTORGANTE:

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina - PI - CEP 64000-120
telefones: 994643330/(what Zap: 994523253)
E-mail: / www.alexandreramon.jur.adv.br





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: HELDER FERREIRA DA SILVA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO (a)	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: LAVRADOR	RG: 2.702.404
CPF: 030.843.663-65	ENDEREÇO: Localidade Malhada dos
Bois, Rua Nova, s/n, Barro Duro - PI	

Eu, acima qualificado, declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da Lei, não tendo condições de arcar com despesas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, que por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Teresina, PI, 14 de JUNHO de 2020.


DECLARANTE





Rua: Dr. Manoel de Sá, 15 - Fátima - Teresina - PI
Teresina - PI - CEP: 640-000
Fone: (86) 3229-1111 - Fax: (86) 3229-1112



Fundação Municipal de Saúde

LAUDO MÉDICO

HELDER FERREIRA DA SILVA, 31 anos, DN: 28/03/1988, CARTÃO SUS: 705 0042 3071 3458, CPF: 030.843.663-65, esteve internado no HUT (*prontuário: 506534*) do dia 24/03/19 a 23/05/2019. *Paciente vítima de traumatismo cranioencefálico grave, evoluindo com sequelas neurológica.* Encontra-se no momento, acamado, restrito ao leito, pouco contactuante. Dependente de cuidados para alimentação, higiene pessoal, curativos. Portanto, apresenta-se incapacitado de exercer suas atividades laborais e totalmente dependente de cuidados de terceiros.

CID: S 06.9 / T 90

Dr. Hermanno Pinheiro
Cardiologia e Clínica Médica
CRM-PI: 4202

Dr. Hermanno Pinheiro
CRM PI 4202

Recebido em:

01 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Teresina-PI
27/05/2019



**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: **HELDER FERREIRA DA SILVA** (Prontuário: 506534)
Endereço: POV MALHADA DOS BOIS - ZONA RURAL - BARRO DURO - PI CEP: 64455-000
Nascimento: 28/03/1988 Idade: 31a0m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 235605
Requisição: 937483 Solicitação: 30/03/2019 Solicitante: ANTONIO JOAQUIM CAVALCANTE DIAS DE OLIVEIRA
Controle: 1183657 Convênio: S U S CLINICA MEDICA - P06 ENFERMARIA 207 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 30/03/2019

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:

- HIPOATENUAÇÃO PROJETADA NO CORPO COLOSO.
- 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.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

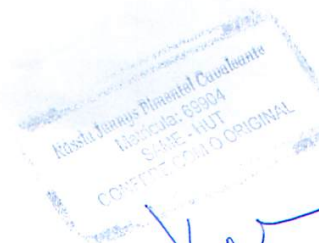
(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 30/03/2019

JÓRIO NEIVA DE MOURA SANTOS

CPF: 867.604.833-91 4146

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: **HELDER FERREIRA DA SILVA (Prontuário: 506534)**
Endereço: **POV MALHADA DOS BOIS - ZONA RURAL - BARRO DURO - PI CEP: 64455-000**
Nascimento: **28/03/1988** Idade: **31a0m7d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **235605**
Requisição: **939170** Solicitação: **04/04/2019** Solicitante: **ALEXANDRE FERRO GOMES LINARD**
Controle: **1187023** Convênio: **S U S** CLINICA MEDICA - P06 ENFERMARIA 207 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 04/04/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- ÁREA HIPODENSE INTRA-AXIAL, MAL DEFINIDA, LOCALIZADA EM TRONCO E ESPLÊNIO DO CORPO CALOSO, DEVENDO CORRESPONDER A LESÃO AXONAL DIFUSA (LAD).
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

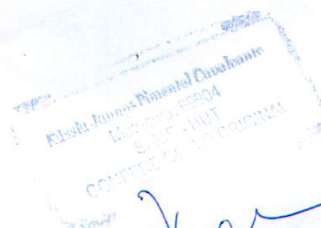
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 04/04/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

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: **HELDER FERREIRA DA SILVA** (Prontuário: 506534)
Endereço: POV MALHADA DOS BOIS - ZONA RURAL - BARRO DURO - PI CEP: 64455-000
Nascimento: 28/03/1988 Idade: 30a11m30d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 235605
Requisição: 936594 Solicitação: 27/03/2019 Solicitante: RICARDO DE OLIVEIRA CARVALHO
Controle: 1181830 Convênio: S U S CLINICA MEDICA - P06 ENFERMARIA 207 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 27/03/2019

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:

- FRATURA NA PORÇÃO ESCAMOSA DO OSSO TEMPORAL ESQUERDO.
- HIPODENSIDADE DO CORPO CALOSO, SUGERINDO CONTUSÃO.
- PEQUENA HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 27/03/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável

Rússia Jansen Pinheiro Cavalcante
Médico de Plantão
Sala 111
CONTEC-PI



**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: **HELDER FERREIRA DA SILVA** (Prontuário: 506534)
Endereço: POV MALHADA DOS BOIS - ZONA RURAL - BARRO DURO - PI CEP: 64455-000
Nascimento: 28/03/1988 Idade: 30a11m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 235605
Requisição: 936070 Solicitação: 26/03/2019 Solicitante: JOSE CICERO GONCALVES RIBEIRO
Controle: 1180930 Convênio: S U S CLINICA MEDICA - P06 ENFERMARIA 207 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/03/2019

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:

- MATERIAL HEMATICO PERICOLOSO, NA FISSURA INTERHEMISFÉRICA E DELINEANDO OS SULCOS E FISSURAS CORTICAIS TEMPORO-PARIETAIS, SEGMENTO HEMORRAGICO SUBARACNOIDEA.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

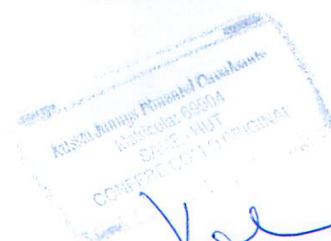
(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 26/03/2019

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável





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, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190503892

Vítima: HELDER FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 24/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELDER FERREIRA DA SILVA

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\$ 10.125,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%

Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 = R\$ 10.125,00

Recebedor: **HELDER FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 10.125,00**

Banco: **237**

Agência: **000000405-7**

Conta: **00000104769-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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: 24/03/2019 20:12:05
(ELIENE SILVA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

NYCO 15.05-19

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	HELDER FERREIRA DA SILVA	Prontuário:	506534
Mãe:	MARIA DO AMPARO DA CONCEICAO SILVA	Pai:	SIMAO FERREIRA DA SILVA
End.Resid.:	POV MALHADA DOS BOIS - ZONA RURAL - BARRO DURO - PI - CEP: 64455-000		
Nascimento:	28/03/1988	Idade:	30a11m27d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-9 -
Responsável:	JOAO BATISTA	CNS:	705004230713458
Profissão:	LAVRADOR	Documento:	RG: 2702404 - PI
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E.Civil:	Solteiro(a)
nd.Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	713855	Data:	24/03/2019 19:55:23	Clas. Cor:	Indefinido	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	21/03/19 20:20	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Acidente com motocicleta em JOT + Uru TC usua: p lona nua u: Alh da NUC		
Carimbo/Assinatura Solicitante			

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

Recebido em:
01 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	24/03/19 20:53	ESPECIALISTA:	On Onl
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Paciente vítima de trauma motorizado, com abdome em altura, TC de tórax com pneumotórax em borda esquerda. Devido ao fato de estar em ventilação mecânica, indicio de lesão de tórax		
Carimbo/Assinatura Solicitante			

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DN: 28/03/1988 Idade: 31 anos Nega alergias

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

NOME DO PACIENTE
HELDER FERREIRA DA SILVA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA/HORA
23/05/19

Traumatismo cranioencefálico grave

1. Dieta oral espessada assistida conforme aceitação

2. Módulo proteico 4,4 g/medida - 03 med + AF 150 mL, VO, 12/12 h

3. Hepatina não fracionada 5000 UI/0,25 mL - 01 amp SC 12/12 h

4. Baclofeno 10 mg - 01 cp, VO, 8/8 h

5. Clonazepam 2 mg - 01 cp, VO, 24/24 h (às 21 h)

6. Anlodipino 5 mg - 01 cp, VO, 24/24 h

7. Dipirona 500 mg/mL - 40 gts, VO, 4/4 h SN (dor ou Tax > 37,2°)

8. Paracetamol 200 mg/mL - 50 gts, VO, 4/4 h SN (dor ou Tax > 37,2°)

9. Metoclopramida 10 mg/2 mL - 01 amp IM 8/8 h SN (vômitos)

10. Clorexidina 0,12% - 30 mL higiene oral 12/12 h

11. Dextrano 70 / hipromelose (1+3) mg/mL - 01 gl em ambos os olhos 4/4 h

12. NBZ 6/6 h - fenotetrol 5 mg/mL - 10 gts + SF 0,9% 4 mL

13. Atropina 1% - 02 gotas, SL, 8/8 h

14. Alta Hospitalar.

Dr. Hernando Pinheiro
Cardiologia / Clínica Médica
CRM-PB: 4202



Med. Assistente de Saúde
Hospital de Urgência de Teresina
Elisabeth C. de Oliveira
CRM-PB: 223415

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

QUANT.

ENF. OU APT.
207

LEITO
09

MÉDICO ASSISTENTE



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

FICHA DE ADMISSÃO - U.T.I

NOME: HELDER FERREIRA DA SILVA			PRONTUÁRIO: 506634
IDADE: 30 A	PROCEDÊNCIA: SALA LARANJA	DN: 28/03/1988	DATA: 27/03/2019 21:30H

H.D.A

Paciente procedente da sala laranja. Vítima de acidente motociclístico com TCE e trauma torácico. Admitido inicialmente na sala de trauma em RNC/ glasgow 5, com relato de pupilas midriáticas, encaminhado a estabilização e realizado IOT/VM, após levado para TC de crânio que segundo parecer Neurocirurgia - Tce grave, sem lesões neurocirurgicas, ainda realizou TC de torax que evidenciou pneumotorax E - drenado pela cirurgia geral.

Sem historico de adoecimento anterior, sem relato de alergias ou outras comorbidades.

Admito paciente procedente da sala laranja em IOT/VM + SDA mista 10ml/h, Pupilas mióticas / FTR. Estavel hemodinamicamente sem DVA, PAM 100mmHg. Com dreno toracico em HTX E, não funcionante.

Solicito realizar TC de crânio e TC de torax para reavaliação.

CO-MORBIDADES: sem relatos

EXAME FÍSICO

GERAL

EG grave, acianótico, anicterico, hipocorado +/++++, sem edemas.

NEUROLÓGICO

RASS - 5, Pupilas iso- mióticas. Em uso de sedoanalgesia mista> solicito iniciar SDA com midazolam e fentanil separadas.

RESPIRATÓRIO

Intubado, em VMI, PCV, bem adaptado. SpO2 98%.

CARDIOVASCULAR

Normotenso, PA M 101mmHg, sem DVA, taquicárdico 107bpm. TEC<2s

AP. DIGESTÓRIO

Abdome flácido, depressível, sem sinais de peritonite, não palpei VMG. Com SNG com dieta 800ml/18h bem aceita, sem débito.

AP. RENAL

Diurese concentrada por SVD, presente - laboratorio previo com função renal normal.

SIST. MÚSCULO-ESQUELÉTICO



Escoriações leves em membros.

EXAMES JÁ REALIZADOS

TC DE CRÂNIO E TORAX/ LABORATORIO.

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

POLITRAUMA / TCE+ TRAUMA TORÁCICO

PO DRENAGEM TORACICA A ESQUERDA [24.03]

EXAMES SOLICITADOS: tc cranio/ ecg/ laboratório triagem dc do colágeno

RX T / LABORATÓRIO /

TC DE CRANIO/ TORAX CONTROLE.

CONDUTA:

- SUPORTE INTENSIVO
- EXAMES ADMISSIONAIS
- BALANÇO EQUILIBRADO
- FISIOTERAPIA INTENSIVA
- AGUARDAR PARECER NCR> TC DE CRANIO CONTROLE
- AVALIAÇÃO TC DE TORAX/ PNEUMOTORAX.

DATA: 27/03/2019

Dra. Erica Patricia S. R. Meneses
Médica
CRM 6432
Erica Patricia Sousa Reis Meneses
CRM 6432 PI



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - GERAL**

- Relatório de Alta da UTI -

HDA

Paciente **Helder Ferreira da Silva**, 31 anos (DN 28/03/1988), prontuário 5065534, deu entrada neste hospital em 24/03/2019, sendo admitido inicialmente na sala de trauma com quadro de traumatismo craniano grave secundário à acidente motociclistico ocorrido na mesma data e associado a múltiplas escoriações, abrasões em face e RNC/ glasgow 5 e pupilas midriáticas.

Posteriormente encaminhado para a sala de estabilização e realizado IOT/VM, e em seguida submetido avaliação clínica e neurocirúrgica, sendo submetido à investigação complementar. A TC de crânio evidenciou, com parecer de neurocirurgia – TCE grave, sem lesões neurocirúrgicas. A TC de tórax realizada evidenciou contusão pulmonar e pneumotorax à esquerda, drenado pela cirurgia geral. Em sequência, foi admitido na sala laranja.

Admitido na UTI (geral) em 27/03/2019 em IOT/VM + SDA mista 10ml/h, pupilas mióticas/FTR.; estável hemodinamicamente sem DVA, PAM 100mmHg. Com dreno torácico em hemitórax esquerdo, não funcionante.

EVOLUÇÃO ATUAL (11/04/2019):

Paciente segue estável. Sem sedoanalgesia contínua e sem DVA. Comatoso, apresentando resposta ao estímulo algico. Glasgow = 6; pupilas isocóricas e fotorreagentes. Ventilando com aporte de O₂ a 3l/min, via TQT, com SatO₂=99%; taquipnéico (FR=30 irpm). AC: RCR, em 2T, BNF, sem sopros. Pulso radial forte, tempo de enchimento capilar < 2s, extremidades quentes e leve tendência hipertensiva. Abdome: plano, flácido, depressível, RHA presentes e mais audíveis em QSE. Alimentando-se via SNG, VC=28,15kcal/kg/dia. Diurese por SVD, urina de cor amarelada. Evacuações ausentes. Apresentou pico febril, sem disglucemias.

EXAMES:

• LABORATORIAIS:

Hb: 11,4 g/dL / Ht: 35,8 % / Leucócitos: 13500 mm³ / Plaquetas: 840000 mm³ / Cr: 0,8mg/dl / Ur:65 mg/dl / K: 5,13 mmol/L / Na: 140,2 mmol/L / Ca ionizado: 1,196 mmol/L / Mg: 2,7 / Cl: 98,8 / pH: 7,442; HCO₃: 26,7 mmol/L ; pO₂: 85,9 mmHg ; pCO₂: 43,4 mmHg ; Lactato: 1,6 mmol/L.

• IMAGEM:

TC crânio (27/03/19): fratura em porção escamosa de osso temporal E; Aparente contusão em corpo caloso; pequena hemorragia subaracnóidea.

TC tórax (27/03/19): drenotorácico à esquerda, com pneumotórax mínimo associado; condensações alveolares em lobos inferiores pulmonares ateletasias discretas em lobos superiores; discreto derrame pleural esquerdo.

TC abdome superior (24/03/19): exame normal.

Eletroencefalograma (06/04/19): EEG evidenciando atividade elétrica desorganizada e difusamente alentecida, reativa, sem paroxismos epileptiformes.

CULTURAS:

- HEMOCULTURAS (28/03/2019): negativas
- HEMOCULTURAS (06/04/2019): negativas
- UROCULTURAS (28/03/2019 e 06/04/19): Negativas
- SECREÇÃO TRAQUEAL (28/03/2019): Negativa

*Rafaela J. Almeida - Enfermeira Especialista
Mestrado em Enfermagem
Sociedade Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva
CONFERE COM O CROQUIAL*



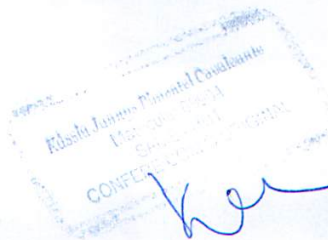
- **SECREÇÃO TRAQUEAL (06/04/2019):** em andamento.

ANTIMICROBIANOS UTILIZADOS (UTI GERAL): Ceftriaxona (D7/D7); Piperacilina+tazobactam (D7/D7).

CONDUTA: Alta da UTI Geral.


José Rodrigues Monção Neto
CRM-PI 1.452

Médico Plantonista
Teresina, 11/04/2019





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Barro Duro
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
Rua do Cajueiro, S/N, Centro, CEP. 64455/000
CNPJ. 01.864.999/0001 - 80
E-mail: saudebarroduro@bol.com.br

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO

DATA: 24/03/2019 HORA: 18:00 N.º TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: Barro Duro
MÉDICO: Francisca Luzia L. Nascimento
MUNICÍPIO: Barro Duro
N.º: 3047

ESPECIFICIDADE DA SOLICITAÇÃO:

☒ Obstetrícia ☐ Trauma ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediatria

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Helder Ferreira da Silva () Outros _____

Data de Nascimento: 28/03/1988 Idade: _____ anos Sexo: _____

CPF: 030.843.663-65 Cartão SUS: 70500423071 () M ()

Local de Procedência: _____

Exatidão: Paciente vítima de acidente

com TCE, não sofreu nenhuma lesão

no estômago

TCE





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

TERESINA

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 24/03/2019 20:12:05

(User: ELIENE SILVA)
(Estação: RECEPCAO02)

Nome:	HELDER FERREIRA DA SILVA	Prontuário:	506534
Mãe:	MARIA DO AMPARO DA CONCEICAO SILVA	Pai:	SIMAO FERREIRA DA SILVA
End.Resid.:	POV MALHADA DOS BOIS - ZONA RURAL - BARRO DURO - PI - CEP: 64455-000		
Nascimento:	28/03/1988	Idade:	30a11m27d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-9 -
Responsável:	JOAO BATISTA	CNS:	705004230713458
Profissão:	LAVRADOR	CPF:	* RG: 2702404 - PI
Instrução:	Fundamental Incompleto	Civil:	Solteiro(a)
End.Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	713855	Data:	24/03/2019 19:55:23	Condução:	AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR		
ativo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
id.Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Tipico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

Recebido em:

01 AGO 2019

MEDEIA CORRETORA DE SEGUROS

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: TC Tórax / Abd (u)
DATA: 24/03/19
20:22h

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

ONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ALTA:	() Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
DESTINO:	() Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs	() Família () IML () Anat. Patol.	DATA SAÍDA: / / HORA:
ÓBITO:			() Internação na Unidade Proced. Solicitado:
		CID Compatível:	Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



CTBMF 24103119 21:36

Paciente vítima de acidente motociclístico,
TCE grave, Glasgow 5, ao exame clínico não
apresentou abrasões ou lacerações em face.

Na TC de face, não apresentou sinais
de fratura.

Conduta: Alto do Bucomaxilo

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRC-PI 779

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRC-PI 779

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRC-PI 779





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 172/2019

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI Resp. pelo Registro: MARCO SUEL DA SILVA
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR Data/ Hora: 12/06/2019-09:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI Data/ Hora: 24/03/2019-16:00
Município: PASSAGEM FRANCA-PI Bairro: ZONA RURAL
Endereço: VIA NA PAVIMENTADA
Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: HELDER FERREIRA DA SILVA
Documentos: RG: 2.702.404 SSP-PI; CPF: 030.843.663-65
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade: AGUA BRANCA-PI
Estado civil: solteiro(a)
Profissão: GESSEIRO
Nascimento: 28/06/1988
Filiação: MARIA DO AMPARA DA CONCEIÇÃO SILVA/SIMÃO FERREIRA DA SILVA
Endereço: MALHADA DOS BOIS
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL
Município: PASSAGEM FRANCA-PI
Telefone(s):

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

Dados do Veículo:
- Tipo: motocicleta
- Marca/ Modelo: HONDA NXR 150/BROS ES
- Ano/Modelo: 2010/2011
- Cor: VERMELHA
- Placa: NIT 8992
- Chassi: 9C2KD0550BR515373
- Renavam: 00316374946
- Proprietário: JOÃO BATISTA DE LIMA

Narrativa:
QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO ,PROVOCADO POR A PERDA DE CONTROLE DO VEICULO CONDUZIDO;
QUE RECEBENDO OS PRIMEIROS SOCORROS NO HOSPITAL MUNICIPAL DA CIDADE DE BARRO DURO-PI ,SEND O TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE URGENCIA DA CIDADE DE TERESINA DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE, PERMANECENDO INTERNADO E ESTADO DE COMA POR 59 DIAS NO HUT ,CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANEXA

MARCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

HEIDER FERREIRA DA SILVA
Resp. pela Informação

Bel Sérgio Sousa Alencar
Delegado de Polícia Civil


Recebido em:

01 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

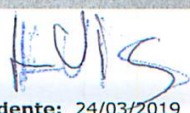
ASL-0262593/19

Vítima: HELDER FERREIRA DA SILVA

CPF: 030.843.663-65

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio


Data do acidente: 24/03/2019

Titular do CPF: HELDER FERREIRA DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

3190459328

HELDER FERREIRA DA SILVA : 030.843.663-65

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: 01/08/2019
Nome: HELDER FERREIRA DA SILVA
CPF: 030.843.663-65

HELDER FERREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/08/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



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: 3190503892 3 - CPF da vítima: 03084366365 4 - Nome completo da vítima: HELDER FERREIRA DA SILVA

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

- Nome completo: HELDER FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 03084366365
- Profissão: RECUSO 8 - Endereço: LC MALHADA DOS SOIS RUA NOVA, 511 9 - Número: SIN 10 - Complemento:
1 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: BARRO DUKO 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64455000
5 - E-mail: 86.499611234 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

7 - Nome completo do Representante Legal:
8 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0405 7 CONTA: 104769 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0405 7 CONTA: 104769 8
(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: JOÃO BATISTA FERNANDES DE OLIVEIRA
797543503-10
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: João Batista Fernandes de Oliveira
38 - 1ª | Nome: SIMONE FERREIRA FERNANDES
CPF: 04665068389
Simone Ferreira Fernandes
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: FRANCISCO SOBRINHO DA SILVA
CPF: 90903951304
Francisco Sobrinho da Silva
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barro Duko, 28/08/2019

o Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Rua David Caldas, 167-Centro/Norte
Teresina-Piauí, (86) 3029 - 8205
Belª. Maria Ilda Silva Feitosa
Ilia Interina

5º Ofício de Notas e Protesto
RUA DAVID CALDAS, CENTRO - Nº 167, TERESINA - PIAUÍ

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOAO BATISTA FERNADES DE
OLIEVRIA NO DOCUMENTO PEDIDO DO SEGURO DPVAT. EM TEST.
DA VERDADE. DOU FE. TERESINA, 15/08/2019 12:42:17
SELO AAE69459 - L3G3 Consulte em www.tjpi.jus.br/portalextra

DENISE DE LIMA VERAS - ESCRIVENTE AUTORIZADO
Emol. R\$ 3,85 TJ: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98

CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Denise de Lima Veras
Escrivente Autorizada
Teresina-Piauí





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190459328 3 - CPF da vítima: 030.84366365 4 - Nome completo da vítima: HELDER FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: HELDER FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 030.84366365
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: LEMALHADA DOS BOIS KVA NOVA SIN 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: BARRO DURO 13 - Estado: 14 - CEP: 64455000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86.99961-1234

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3827 CONTA: 246571 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

34 - Imprescindível a assinatura de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: JOÃO BATISTA FERNANDES DE OLIVEIRA
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 597543503-10
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: João Batista Fernandes de Oliveira
38 - 1ª Nome: FRANCISCO SOBRINHO DA SILVA
CPF: 909039513-04
Assinatura da testemunha: Francisco Sobrinho da Silva
39 - 2ª Nome: SIMONE FERREIRA FERNANDES
CPF: 046.650.683-89
Assinatura da testemunha: Simone Ferreira Fernandes

40 - Local e Data, FERNESIA 01/08/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

02/2019

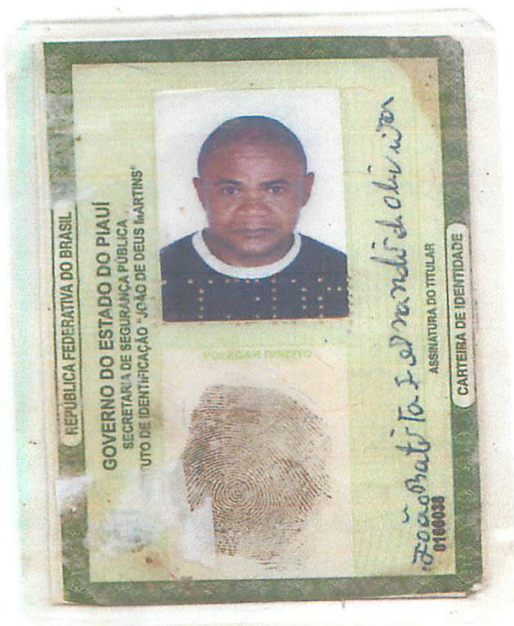
PEDIDO DO PÓLO

CARTÓRIO 1 OFÍCIO DE NOTAS
AVENIDA JOÃO FERREIRA, CENTRO - Nº 580, ÁGUA BRANCA - PIAUÍ
COMEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO BATISTA FERNANDES OLIVEIRA, EM TESTE DA VERDADE, DOU FE ÁGUA BRANCA, 07/2019 15:43:26

Alana Grécia Dinheiro Santos Leal - ESCRIVENTE COMPROMISSADA
p. R\$ 3,85 T.J.: R\$ 0,77 N.P.: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,90
Alana Grécia Dinheiro Santos Leal
Escrivente Compromissada

CNEJ: 32.736.201/0001-48
SERVENTIA DO 1º OFÍCIO
DE ÁGUA BRANCA - PI
LAB. SON BAPTISTA
TABELA
Selo de Fiscalização
(Autenticidade)
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Escritório de Notas
Alana Grécia Dinheiro Santos Leal
RECONHECIMENTO
DE FIRMA
ABQ 53215
Sala A
32.80-2338





Recebido em:

01/05/2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

(1208)



Recebido em:
01 AGO 2019
MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 013227382201	
VIA 1	COD. RENAVAM 00316314946
R.N.T.R.C. 2019	
NOME: JOAO BATISTA DE LIMA	
CPF / CNPJ: 01684509335	
PLACA: NIT-8992	
CHASSI: 9C2KD0550BR515373	
ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/SENHUA	COMBUSTIVEL: ALCOOL/GAS
MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES	ANO FAB: 2010 ANO MOD: 2011
CAP / POT / CIL: 02P/0149CC	CATEGORIA: PARTICU
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA
1º IPVA	2º PAGO
3º PAGO	
PRÊMIO TOTAL (R\$): 000,00	
DATA DE PAGAMENTO: 22/03/2019	
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NÃO VALE PARA TRANSFERENCIA	
AGUA BRANCA LOCAL: 22/03/2019	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
PI Nº 013227382201 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
VIA 1	CPF / CNPJ: 01684509335
PLACA: NIT-8992	
RENAVAM: 00316314946	MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES
ANO FAB: 2010	ANO MOD: 2011
CHASSI: 9C2KD0550BR515373	
PRÊMIO TARIFARIO	
000,00 (R\$)	000,00 (R\$)
000,00 (R\$)	000,00 (R\$)
000,00 (R\$)	000,00 (R\$)
PAGAMENTO: COTA UNICA	DATA DE QUITACAO: 20/02/2019
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.348.868/0001-04	





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 322 81 89 | SAC (para deficientes auditivos - de falha): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 321 91 35

Eu, João Batista de Lima
RG nº 2.624.023, data de expedição 18/11/2003
Órgão SSP PI, portador do CPF nº 016.845.093.35
com domicílio na cidade de BARRO DURO, no Estado de PIAUÍ
LC MALHADA DOS BOIS, nº 5/N
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Nelder Ferreira da Silva, cujo o condutor era
Nelder Ferreira da Silva
Veículo: moto Modelo: Hondalnx2 150 BROS 68 Ano: 2010/2011
Placa: MIT-8992 Chassi: 9C2K D0550 BR 515373
Data do Acidente: 24/03/2019

Recebido em:

Local e Data: TERESINA 01/08/2019

01 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Antia do
ício de
anca-PI

JOÃO BATISTA DE LIMA

Assinatura do Declarante

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

