

Conte: x | Conte: x | Uploa: x | Uploa: x | Consu: x | PJ 0808: x | PJ 0830: x | PJ 0800: x | PJ 0804: x | PJ 0803: x | Portal x | Baixar: x | +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=494079&ca=ffb18a6949ebba8b3c2d0215b8f8958075...

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

PJE ProceComCiv 0808412-76.2020.8.18.0140
FABIO MARTINS ROCHA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO D...

10632591 - CONTESTAÇÃO (2731399 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/07/2020 11:59:36

06 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10632582 - CONTESTAÇÃO
 - 10632591 - CONTESTAÇÃO (2731399 CONTESTACAO 01)
 - 10632696 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10632698 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10632700 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10632701 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS

JOÃO BARBOSA
—ADVOGADOS ASSOCIADOS—

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROCESSO: 08084127620208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao

contestação baixada.pdf

Exibir todos

PT 11:59 06/07/2020



Número: **0808412-76.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2º Cartório Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **19/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO MARTINS ROCHA (AUTOR)		IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10632696	06/07/2020 11:59	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ANTÔNIA CLÁUDIA ARAÚJO FERREIRA

FOTO

DOC. IDENTIFICADOR / OUT. IDENTIFICADORA
1066292 SEP PI

CPF
296.411.498-65

DATA DE NASCIMENTO
15/11/1980

PLACADO
RAIMUNDO FRANCISCO
FERREIRA
ANTÔNIA MARIA ARAÚJO
FERREIRA

PROFISSÃO
CONDOMÍNIO

SEX
F

ESTADO CIVIL
CAS

INSCRIÇÃO
04967069513

VALIDADE
29/07/2019

PRIMEIRA EMISSÃO
22/01/2010

PROFISSÃO
A

Assinatura: *Antônia Cláudia B. Ferreira*

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
01/08/2014

15040603819
P3314364854

DETRAN PI (PIAUI)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

976665003

PROFISSÃO PLACADISTA

976665003

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
08 MAR 2019
DPVAT





NOME DO PACIENTE: Fabio Martins Rocha

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 455066



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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

NEUROS
ORTO

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FABIO MARTINS ROCHA		Prontuário: 455066	
Mãe: ALDA MARIA MARTINS ROCHA	Pai:		
End. Resid.: QD C4 CS 12 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 17/06/1982	Idade: 36a0m13d	Sexo: Masculino	Fone: 86-93830-7173
Responsável: FABIO MARTINS	CNS: 702802127513960		
Profissão: AUTONOMO	CPF: 984.865.513-15 * RG: -		
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 672149	Data: 30/06/2018 05:19:40	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S 1 6	
Acid. Trab.: Não	Trajetória?: Não	Tipico: Não
CID Secundário: V235		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico, não lembra detalhes há quanto tempo, c/ consciência, ingeriu bebidas alcoólicas. A + v. cerebrais presentes, c/ olhos corneal. B + MV presente, s/ ruídos adventivos. C + RR em 27. h. h. normopneumonia, edema pulmonar a palpção, pele intacta. D + Glomér. 15, pupilas isocóricas e ptéricas. E + edema em tornozelo, dig. dor em tornozelo D.

HUT DR. ZENON ROCHA
TOCLOGRAFIA COMPUTADORIZADA

FA ☒ X mmHg

Eul. 90: -

EC: -

Diagnóstico Inicial:

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado RX de tórax, RX de tornozelo D, RX de perna D, TC de crânio e de olhos cerebrais

RAIO X REALIZADO DATA: 30/06/2018 TÉCNICO: [Assinatura] DATA SAÍDA: [Assinatura] HORA: [Assinatura]	
ALTA: <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	RAIO X REALIZADO DATA: 30/06/2018 TÉCNICO: [Assinatura] DATA SAÍDA: [Assinatura] HORA: [Assinatura]
DESTINO: <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs	PROCED. SOLICITADO: 04080.50528 CID Compatível: 5835
OBITO: <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs	PROD. SOLICITANTE: [Assinatura] INTERNAÇÃO: [Assinatura]

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Rm. das Chagas B. Souza
Cirurgião e Traumatologista
CRM PI 3824

Assinatura Profissional - BE



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 30/06/2018 05:21:23

(FLAVIA MENDES)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FABIO MARTINS ROCHA	Prontuário:	455066
Mãe:	ALDA MARIA MARTINS ROCHA	Pai:	
End. Resid.:	QD 04 CS 12 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	17/06/1982	Idade:	36a0m13d
Responsável:	FABIO MARTINS	Sexo:	Masculino
Profissão:	ACIONOMO	Fone:	86-38230-7173
C. Instrução:	Não informado	CNS:	702802127513960
End. Local:		Documento:	CPF: 984.865.513-13
		E. Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	672149	Data:	30/06/2018 05:19:40	Clas. Cor:	Indefinido
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	30/6/18 07:00	ESPECIALISTA:	NCR
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	TCE Blesagem 15 TC Crânio: Sem lesões que indiquem conduta NCR TC Cervical: Sem conduta NCR C2: Sem conduta		
DADOS DO PARECER:	Data/Hora:		
Carimbo/Assinatura Solicitante			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	/ /	ESPECIALISTA:	01/06/2018
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	Acidente com lesão em região de pescoço. Análise de lesões. Qual a aptidão do paciente para o trabalho?		
DADOS DO PARECER:	Data/Hora:		
Carimbo/Assinatura Solicitante			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Felipe Martins Rodrigues

Diagnóstico pré-operatório

Lesão Molecula Maligna (D)

Operação - Tipo

Stomato

Cirurgião

Dr. Calo Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Augusta

Anestesiista

Diego

Anestesia

Raque

Anestésico(a)

Data da Operação

03/07/18

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O mmo

Relatório Imediato do Patologista

Ø

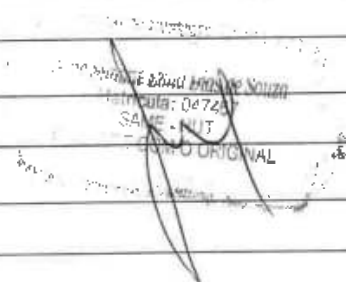
Acidente Durante a Operação

Ø

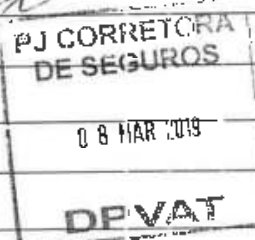
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente sob anestesia - Ampulha, Ampulha
de Anestesia Molecula - Realizada e
fases e 2 parafusos Moleculas
PuroX - Sutura. Curativo



Dr. Calo Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054



Mod. 76 HUT





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2- CNES 5828356	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento excludente: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4- CNES 5828056	217509

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FABIO MARTINS ROCHA			6 - Fronteiriço: 455066
7-CNS: 702802127513960	8-Nascimento: 17/06/1982	9-Sexo: Masculino	CPF: 984.865.513-15
11-Mãe: ALDA MARIA MARTINS ROCHA	12-Fone: 86-98830-7173		
13-Resp: FABIO MARTINS	14-Fone: 86-98830-7173		
15-Ende: QD 04 CS 12 - CONJ. RENASCENÇA - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Cod.Proced.Princip.	33 - Procedimento Principal / Descrição:		
0408050578	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR		
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- cidada:
0702030740	PARAFUSO MALEOLAR		2
Fornecedor da OPM: SPINE			

30- Profissional Responsável: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA	40- Tp. Documento: CPF	Dr. Cely Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista (CRM-PI: 2034) 41- Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
39- Data Solicitação: 03/07/2018	40- No. Doc. Med. Sol.: 877.154.063-68	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Processo de fratura do
Moleto medial*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47- Data Autorização: 03/08/2018	DE SEGUROS 08 MAR 2018 49- Ass. Carimbo TRG. Conselho)
51- Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51- Data Autorização: 03/08/18	52- CNS/CPF: Dr. Cely Vaz de Oliveira Neto 41- Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

CONFERE COM O ORIGINAL



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Fabio Martins Rocha</u>				Nº DE REGISTRO <u>455066</u>																															
DATA: <u>06/07/2020</u>	P. ARTERIAL <u>148/91</u>	PULSO <u>45</u>	RESPIRAÇÃO <u>12</u>	TEMPERATURA <u>36,5</u>	PESO	ALTURA																													
EXAMES DE SANGUE <u>Sua</u>	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DO3. URÉIA																													
EXAMES DE URINA																																			
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u># Nega sintomas de insuficiência respiratória</u>																																			
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u># Tensão arterial normal (148/91)</u>				ELETROCARDIOGRAMA																															
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE																													
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO																															
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		OUTROS																													
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Tumor de múltiplo nódulo</u>				FÍSICOS <u>NSA P.O.E</u>																															
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <u>Não</u>				APLICAÇÕES		EFEITOS																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>OXIGÊNIO</th> <th>LIQUIDOS</th> <th>TEMPERATURA T</th> <th>P. ARTERIAL V O PULSO</th> <th>INÍCIO E FIM ANESTESIA X</th> <th>INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</th> <th>RESPIRAÇÃO O</th> <th>TOTAL DE DOSES</th> <th>SEQUÊNCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>38</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="9"> <p><u>Suprimento de O2 por máscara 5L</u></p> <p><u>Fentanyl, 25µg</u></p> <p><u>Propofol, 20µg</u></p> <p><u>Atropina, 1mg</u></p> <p><u>13. Propofol 20µg</u></p> <p><u>14. Propofol 20µg</u></p> <p><u>15. Propofol 20µg</u></p> </td> </tr> </tbody> </table>							AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	LIQUIDOS	TEMPERATURA T	P. ARTERIAL V O PULSO	INÍCIO E FIM ANESTESIA X	INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	RESPIRAÇÃO O	TOTAL DE DOSES	SEQUÊNCIA	1	2	3	38	1	2	3	4	5	6	<p><u>Suprimento de O2 por máscara 5L</u></p> <p><u>Fentanyl, 25µg</u></p> <p><u>Propofol, 20µg</u></p> <p><u>Atropina, 1mg</u></p> <p><u>13. Propofol 20µg</u></p> <p><u>14. Propofol 20µg</u></p> <p><u>15. Propofol 20µg</u></p>								
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	LIQUIDOS	TEMPERATURA T	P. ARTERIAL V O PULSO	INÍCIO E FIM ANESTESIA X	INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	RESPIRAÇÃO O	TOTAL DE DOSES	SEQUÊNCIA																										
1	2	3	38	1	2	3	4	5	6																										
<p><u>Suprimento de O2 por máscara 5L</u></p> <p><u>Fentanyl, 25µg</u></p> <p><u>Propofol, 20µg</u></p> <p><u>Atropina, 1mg</u></p> <p><u>13. Propofol 20µg</u></p> <p><u>14. Propofol 20µg</u></p> <p><u>15. Propofol 20µg</u></p>																																			
SÍMBOLOS							DURAÇÃO																												
TÉCNICAS <u>Regime misto</u>							INCIDENTE - ACIDENTE																												
OPERAÇÕES <u>Tumor de múltiplo nódulo</u>																																			
CIRURGIÕES <u>Caio</u>																																			
ANESTESISTAS <u>Dr. Diego Nunes de Oliveira</u>																																			
<p><u>Desviciado do tracheostomia. Bileta suada, monitorizada. Artrite, artrite;</u></p> <p><u>Pronto após 14-15 (12-13) min; 14-15 min; 276; 100% O2 e 100% O2;</u></p> <p><u>14-15 min; 276; 100% O2 e 100% O2;</u></p> <p><u>Nível em; Monitorado e controlado (12-13 min).</u></p>																																			
PARTICULARIDADES							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS																												

MOD 76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 11:59:35

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070611593497000000010088457

Número do documento: 20070611593497000000010088457



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-700 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FABIO MARTINS ROCHA** (Prontuário: 455066)
Endereço: QD 04 CS 12 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP. 64000-010
Nascimento: 17/06/1982 Idade: 36a0m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672149
Requisição: 851070 Solicitação: 30/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1052874 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 30/06/2018

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.

- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DIFUSA DO PARÊNQUIMA ENCEFÁLICO.
- ACENTUAÇÃO DIFUSA DA HIPODENSIDADE DA SUBSTÂNCIA BRANCA PERIVENTRICULAR (LEUCOPATIA MICROANGIOPÁTICA).
- DILATAÇÃO "EX-VACUO" DO SISTEMA VENTRICULAR SUPRA E INFRATENTORIAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO:

- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DIFUSA DO PARÊNQUIMA ENCEFÁLICO.
- LEUCOPATIA MICROANGIOPÁTICA

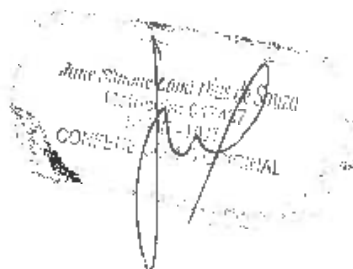
(IRAND: SILVA)

TERESINA - PI 30/06/2018

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-FI 2591

Profissional Responsável:





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito L323 - Vadenção - Fone: 35 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FABIO MARTINS ROCHA** (Prontuário: 455088)
Endereço: QD 04 CS 12 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/06/1982 Idade: 36a1m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672149
Requisição: 851092 Solicitação: 30/06/2018 Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA
Controle: 1052907 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 30/06/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Traço de fratura no maléolo medial da tibia.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles do tornozelo.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 17/07/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otho Nito 1620 - Redenção - Fone: 86 3213 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FABIO MARTINS ROCHA** (Prontuário: 455066)
Endereço: QD 04 CS 12 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/06/1982 Idade: 36a1m23d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 217509
Requisição: 852022 Solicitação: 03/07/2018 Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA
Controle: 1054063 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA P:1 ENFERMARIA 229 LEITO 218

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 03/07/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Fratura recente alinhada no maléolo medial, fixada com parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

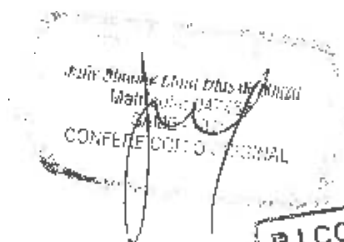
Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 10/08/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI: 1341
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. João Tito 1800 - Sadeaço - Fone: 35 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNPJ: 05.522.813/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FABIO MARTINS ROCHA** (Prontuário: 453688)
 Endereço: **QE 04 QS 12 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 nascimento: 17/06/1962 Idade: 36/06/2018 Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 672149
 Regulação: 551079 Solicitação: 30/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1052874 Convenio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010979

Data Exame: 30/06/2018

T.C. DE CRÂNIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 a 10mm de espessura de base a convexidade do crânio no plano bico-meial.

- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DIFUSA DO PARÊNQUIMA ENCEFÁLICO.
- ACENTUAÇÃO DIFUSA DA HIPODENSIDADE DA SUBSTÂNCIA BRANCA PERIVENTRICULAR (LEUCOPATIA MICROANGIOPÁTICA).
- DILATAÇÃO "EX-VACUO" DO SISTEMA VENTRICULAR SUPRA E INFRATENTORIAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO:

- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DIFUSA DO PARÊNQUIMA ENCEFÁLICO.
- LEUCOPATIA MICROANGIOPÁTICA

(BRANCA)

TERESINA - PI 30/06/2018

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CNPJ: 06.272.253-91 CRM-PI 2591
 Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUUT
 Rua Dr. Otto Tito 1470 - Sadeagosa - Fone: 3312 3443
 TERESINA-PI CEP: 64017-710 CNPJ: 03.322.817/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FABIO MARTINS ROCHA** (Fronteiras 455008)
 Endereço: **QD 04 WS 12 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **17/06/1982** Idade: **35/11/2018** Sexo: **Masculino** Origem: **URGENCIA/EMERG** Atendimento: **572149**
 Requisição: **851092** Solicitação: **30/06/2018** Solicitante: **FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA**
 Contrato: **1062607** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0294060007

Data Exame: 30/06/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Traço de fratura no maléolo medial da tibia.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles do tornozelo.

11/8/2018

TERESINA - PI 17/07/2018

YENA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 20722023-34 CRM-1727
 Profissional Responsável







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 Ombudsman: 0800 021 91 35

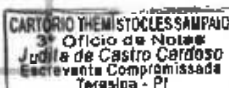
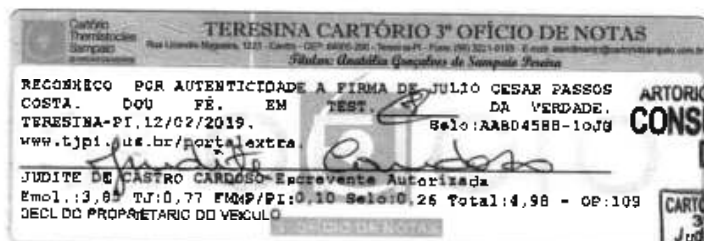
Eu, Julio Cesar Passos Costa,
RG nº 1.952.116, data de expedição 28/09/2016
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 666.117.923-68,
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rd. 6, Casa: 04; Res. Todos os Santos, São Sebastião
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Fábio Martins Rocha, cujo o condutor era
Julio Cesar Passos Costa.
Veículo: Motocicleta Modelo: Yamaha/XTZ 125E Ano: 2012.
Placa: ODX 4034 Chassi: 9C6KE1250C0028217
Data do Acidente 30/06/2018

Local e Data: Teresina 12 de Fevereiro 2018

x Julio Cesar Passos Costa
Assinatura do Declarante

x Julio Cesar Passos Costa
Assinatura do Condutor

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 11:59:35

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070611593497000000010088457>

Número do documento: 20070611593497000000010088457

Num. 10632696 - Pág. 14



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 121 51 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/DODDORIGINAL.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 E ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

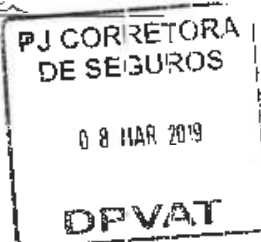
Pelo exposto, eu Antônia Claudine Araújo Ferreira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 246.411.448 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Fábio Martins Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 984864513 / 15
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Fábio Martins Rocha
inscrito (a) no CPF sob o Nº 984864513 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recusar-me Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso Informar

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

Endereço: <u>Av. Marechal Lott</u>	Número: <u>5859</u>	Complemento: <u>lata</u>
Bairro: <u>Vila São Francisco</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64</u>	Tel.(DDD): <u>86-99865-4205</u>

Local e Data: Teresina - PI 25 / 02 / 2019

x Antônia Claudine Araújo Ferreira
Assinatura do Declarante



DLRL.001 V001/2017



ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.574.740/000106 - INSC 195365574
Av. Odilon Araújo, 1035, Pícaro - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: (0800) 223 2000 ou 115 / (86) 99124-3199

MATRICULA 26849356-1 FATURA Nº 153873535
Mês/ANO 12/2018

NOME / ENDEREÇO
MORADOR ANTONIA MARIA A FERREIRA
RUA MAL LOT, 5859A-SAO FRANCISCO-TERESINA-PI-cep: 64009720

IDENTIFICADOR 016-00038-000135 GRUPO 016 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y10N306307

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECORRÊNCIAS - CATEGORIAS / TIPO ABERR.	
MÊS / ANO	TUPO	UNID.	NATURABO		
11-2018	Lido	99	18	1 Residencial - Normal	
12-2018	Lido	10	18		
01-2019	Lido	25	18		
02-2019	Lido	03	18		
03-2019	Lido	02	10		
04-2019	Lido	01	18		
05-2019	Lido	01	18		

DATA 24/11/2018 615 10
ANUAL 22/12/2018 623
FAT. PREV. 26,72+1,65K= 28,37
CORRIG. 26,72+7,61K= 34,33

TABELA DE VALORES		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL		REF.	VALOR
VALOR DE CONSUMO (M³/MÊS) (N)		VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,72	
0 10 2.8490 55		> Residencial-Normal	10,0 m3 26,72
10 25 6.3000 55			
25 50 9.1000 55			

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (M³/MÊS) (N)
VENCIMENTO 03/01/2019
TOTAL A PAGAR 26,72

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

MENSAGEM
A ÁGUAS DE TERESINA DESEJA UM FELIZ NATAL E UM PROSPERO ANO NOVO!

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento dispõe a abertura de processo de suspensão dos serviços conforme Lei Federal nº. 11.445/2007 Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95 Art. 6º, §3º, inciso II

PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES EM CONFORMIDADE	ANÁLISES EM DESCONFORMIDADE	ÁGUA / MÊS	VALOR POR M³
CLORO LÍQUIDO	3,122	3,100	22	1,33	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2,107	2,000	2	2,10	Inférieur a 15

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
08 MAR 2019
DPVAT



AGUAS DE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - LE 195965574
Av. Odlon Araújo, 1095, Páris - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 335 / 361 98124-3199

TC 1.36
281.901.15118435

MATRICULA 27262480-2 FATURA Nº 158161586
MÊS/ANO 1/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR EDNALVA PEREIRA DOS SANTOS
PROPRIETÁRIO: EVALDO BARBOSA DA SILVA
COM RENASCENÇA III Q-003 A Q-025 Q-004-CASA-12A-SAO
SEBASTIAO-TERESINA-PI-cnpj:64084818

LOCALIZAÇÃO 009-00023-004235 GELADO 009 NÚMERO DO INDI-CATETO Y111492419

MÊS/ANO	TÍPO	LIDO	PAGUANDO
12/2018	Lido	11	11
11/2018	Lido	11	11
10/2018	Lido	12	12
09/2018	Lido	12	12
08/2018	Lido	10	10
07/2018	Lido	09	09

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TANTA
1 Residencial - Normal

DATA 13/12/2018 LETURA 562 CONTADOR MÊSES 13
ATUAL 15/01/2019 575

10127410019
PM, 148,33, 68% = 3,72
COMISSÃO, 68% = 3,32

TABELA DE TARIFFAS	DESCRIÇÃO	VALOR
RESIDENCIAL TAXA DE CONSUMO MÍNIMO 10 10 2,5000 05 25 3,2500 05 35 999999 5	DESCRIÇÃO VALOR REFERENTE ÁGUA - 43,80 > Residencial-Normal	VALOR 13,0 m3 43,80

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO MÍNIMO 10 (R\$)
VENCIMENTO 27/01/2019 TOTAL A PAGAR 43,80

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERÁ SER MODIFICADA
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADRÕES.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento poderá fazer com que a ligação seja desligada
conforme Lei Federal nº 9.427/2007 Art. 40, inciso V e nº 8.887/96, Art. 6º, §3º inciso I.

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REPRESENTATIVAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉD	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2707	2688	19	1,43	0,2-5,0 mg/L
CON. AMARELO	2746	2658	88	6,40	Inferior a 15
PH	2752	2673	79	6,75	6,00-9,50
TURBIDEZ	2705	2618	87	1,86	Inferior a 5

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REPRESENTATIVAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉD	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	967	961	6	Ausente	Ausente
COLIFORMES BA COLI	967	967	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 15/01/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:04

TC 1.36 281.901.15118435
AGUAS DE
TERESINA
MATRICULA 27262480-2 FATURA Nº 158161586
MÊS/ANO 1/2019
VENCIMENTO 27/01/2019 VALOR A PAGAR 43,80

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
08 MAR 2019
DPVAT

8269000000-9 43801535000-4 00201915016-4 15860100104-9





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saldo do PA	05 Chegada ao local
	06 Saldo do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saldo do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	13 Ponto de referência			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
Tipo de Ocorrência	19 Víctima				
	20 Meio de locomoção				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow =				
	24 Sinais Vitais				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Hospital de Destino	27 Pulso Radial				
	28 Sangramento				
Observações Interdisciplinar	29 Escala de Dor de 0 a 10				
	30 Fratura				
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
35 Observações Interdisciplinar					
36 Responsável pela recepção					
37 Socorristas					
38 Enfermeiro					
39 Condutor					

Versão: 27.11.2011



AVERBAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 100203.002265/2018-48

MARIA DA GLORIA PASSOS COSTA, NOTICIANTE/AVERBANTE, VEM AVERBAR NESSE B.O. QUE: A DATA DO ACIDENTE FOI 30/06/2018; QUE JULIO CESAR PASSOS COSTA, CONDUZIA COMO PASSAGEIRO FÁBIO MARTINS ROCHA, NASCIDO EM 17/06/1982, FILHO DE : ALDA MARIA MARTINS ROCHA, RESIDENTE NA QD-04, CS-12/01, CONJ. RENASCENÇA III, TERESINA PI; INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO AVERBANTE.. É O REGISTRO.

TERESINA/ PI, 25/02/2019

Maria da Glória Passos Costa

MARIA DA GLORIA PASSOS COSTA

AVERBANTE
Haroldo Bonfim de Oliveira
HAROLDO BONFIM DE OLIVEIRA

MAT.0095150





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002265/2018-48

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 04/07/2018 - 08:50

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MIRTES MELÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

01/07/2018 - 04:30

Bairro

ALTO DA RESSURREIÇÃO

Ponto de Referência

COMERCIAL CARVALHO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JULIO CESAR PASSOS COSTA (38 ANOS)

RG: 1952116 SSP PI

Mãe: MARIA DO AMPARO PASSOS COSTA

Endereço: QD G CASA 4 RES. TODOS OS SANTOS, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA

Nome: MARIA DA GLORIA PASSOS COSTA

RG: 2163634 SSP PI

Endereço: QD G CASA 4 RES. TODOS OS SANTOS, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA


Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RELATA QUE SEU IRMÃO TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO YAMAHA XTZ 125E, COR VERMELHA, PLACA ODX-4034-PI, DE PROPRIEDADE DE JULIO CESAR PASSOS COSTA, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM AUTOMÓVEL, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO PRONTOMED (ATENDIMENTO 1904916). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.


Haroldo Benício De Oliveira - Mat. 0095150
AGENTE DE POLÍCIA


MARIA DA GLORIA PASSOS COSTA - Notificante
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
		Fábio Martins Rocha
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SL SEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Fábio Martins Rocha	984.865.513-15	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recurso-me	Quadra: 04	1213
Bairro:	Cidade:	Complemento:
Renascença III	Teócsima	Longinto
E-mail:	Estado:	CEP:
	Piauí	64084-010
		Tel. (DDD):
		86-99866-4205

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

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 3389	CONTA: 54051
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autoriza 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 período.

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento por parte do beneficiário, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Teócsima - PI 08.03.19	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A RGO	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura
	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A RGO, 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





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, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190186575

Vítima: FABIO MARTINS ROCHA

Data do Acidente: 30/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO MARTINS ROCHA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FABIO MARTINS ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000054051-6

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





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, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190186575

Vítima: FABIO MARTINS ROCHA

Data do Acidente: 30/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO MARTINS ROCHA

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,

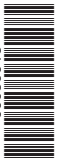
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14036682

Pag. 00085/00086 - carta_01 - INVALIDEZ

00030043



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:	21/03/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO MARTINS ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000054051-6

Nr. da Autenticação 0E18B2388EE0A655



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080065/19
Vítima: FABIO MARTINS ROCHA
CPF: 984.865.513-15
CPF de: Próprio
Data do acidente: 30/06/2018
Titular do CPF: FABIO MARTINS ROCHA
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA : 296.411.498-65

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

FABIO MARTINS ROCHA : 984.865.513-15

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: 08/03/2019
Nome: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA
CPF: 296.411.498-65

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: <u>Fábio Martins Rocha</u>			
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	
RG: <u>2007933793</u>	Org. emissor: <u>SSP-CE</u>	D. Expedição: <u>22/07/11</u>	CPF: <u>984.865.513-15</u>
Endereço: <u>Quadra: 04, Casa: 12/1</u>		Nº: <u>12/1</u>	Bairro: <u>Cam. Renascença</u>
Cidade: <u>Teresina</u>		Estado: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64084-010</u>

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: <u>Antônia Claudia Araújo Serra</u>			
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>Autônoma</u>	
RG: <u>1.866.292</u>	Org. emissor: <u>SSP-PE</u>	D. Expedição: <u>/ /</u>	CPF: <u>296.411.498-65</u>
Endereço: <u>Rua: Marechal Lott</u>		Nº: <u>5859</u>	Bairro: <u>Vila São Francisco</u>
Cidade: <u>Teresina</u>		Estado: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64009-610</u>

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, HOSPITAL DE URGENCIAS DE TERESINA HUT, HGV, HPM, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima Fábio Martins Rocha

Acidente ocorrido em: 30/06/2018. Colostoma Solicitante
CPF: 984.865.513-15.

Local / data: Timon-MA 21/08/2018

FABIO MARTINS ROCHA

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

Cartório do 1º Ofício
TIMON-MA
Reconheço com a verdadeira(s) e(s) firmada(s) de:
Fábio Martins Rocha
Em Testemunho [Assinatura] em verdade.
Timon-MA, 21/08/2018
Vandaine Jansen Carneiro de Sousa
Vandaine Jansen Carneiro de Sousa



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 Ouvicória: 0800 021 91 35

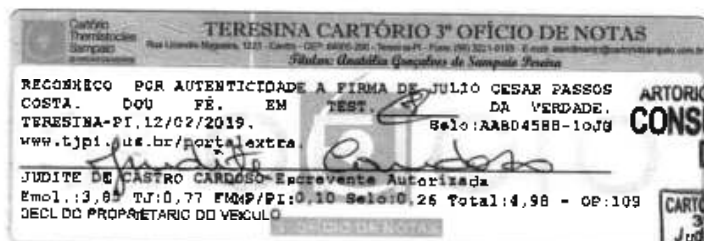
Eu, Julio Cesar Passos Costa,
RG nº 1.952.116, data de expedição 28/09/2016
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 666.117.923-68,
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rd. 6, Casa: 04; Res. Todos os Santos, São Sebastião
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Fábio Martins Rocha, cujo o condutor era
Julio Cesar Passos Costa.
Veículo: Motocicleta Modelo: Yamaha/XTZ 125E Ano: 2012.
Placa: ODX 4034 Chassi: 9C6KE1250C0028217
Data do Acidente: 30/06/2018

Local e Data: Teresina 12 de Fevereiro 2018

x Julio Cesar Passos Costa
Assinatura do Declarante

x Julio Cesar Passos Costa
Assinatura do Condutor

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



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Autorizada
Teresina - PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190186575 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO MARTINS ROCHA **Data do acidente:** 30/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

