

Controle de x Audiências x Upload x PJ Acesso 1º x PJ Consulta p... x PJ 0830422-51 x Download f... x WhatsApp x Caixa de ent... x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=349999&ca=c8e2214b47a56abeadb699aacdfb3b44f83...

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

PJE ProceComCiv 0830422-51.2019.8.18.0140
FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CON...

13 Jul 2020

10751072 - CONTESTAÇÃO (2733444 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/07/2020 11:05:33

9 de 7

downloadBinario.seam 1 / 10

2733444- CS/ 2020-02537/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

prot + proc adm.pdf prot + cont.pdf pa.pdf c.pdf prot + proc adm.pdf

Exibir todos

PT 11:05 13/07/2020



Número: **0830422-51.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **25/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10751073	13/07/2020 11:05	processo administrativo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



NOME DO PACIENTE: Francisco das Chagas Rodrigues da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 165276

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."





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 Saída do PA	05 Chegada ao local
	293.302	03/09/18	PA004	20.33	23.14
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
	20.00	12.18			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Código IBGE	13 Ponto de referência	
	Avenida Jaleide Riburno	JOÃO PESSOA NORTE	12.18	Complexo do Porto Alegre	
Tipo de Ocorrência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
	FRANCISCO DASILVA RODRIGUES DA SILVA	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	1 - De 0 a 12 meses 2 - 13 a 17 anos 3 - 18 a 29 anos 4 - 30 a 39 anos 5 - 40 a 49 anos 6 - 50 a 59 anos 7 - 60 a 69 anos 8 - 70 a 79 anos 9 - 80 anos ou mais	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Víctima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-PAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐
Exame Físico	23 Glasgow	24 Sinais vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 78 Resp. 12x/18 PA 120x80 TAX. 98 SatO2 98			
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	Radial ☐ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito intensa 5 - Insoportável	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração ☐ Oxigênio ☐ Curetivos ☐ Prancha longa/corta ☐ Colar cervical ☐ Kred ☐ Imobilização de extremidades ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Assistência obstétrica ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐	1 - Igual 2 - Diferente	1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Alterado	1 - Sim 2 - Não	
Observações Interdisciplinar	Observações Interdisciplinar				
	Resumo do atendimento: Paciente com trauma de membro inferior esquerdo, fratura exposta de fêmur, com dor intensa. Realizado atendimento pré-hospitalar com imobilização e transporte para o Hospital de Destino.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Conduto	

Versão: 27.11.2011





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: 03/09/2018 02:22:04
(GUSTAVO SILVA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA	Prontuário:	165276
Mãe:	ANTONIA RODRIGUES DA SILVA	Pai:	ADERSON ALVES DA SILVA
End. Resid.:	AV. ROSANA NERE Nº 1924 - MONTE ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	04/05/1972	Idade:	46a3m30d
Sexo:	Masculino	Fone:	86- 9535-0598
Responsável:	ISABEL GOMES DOS SANTOS	CNS:	
Profissão:	ASTRONOMO	Documento:	RG: 1192331 - SSP-PI
G. Instrução:	Fundamental Completo	E. Civil:	Casado(a)
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	682360	Data:	03/09/2018 02:19:06	Clas. Cor:	Indefinido	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA INMOTO				Convênio:	8 0 5

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	03/09/18 3:14	ESPECIALISTA:	Ortopedia Traumatologia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: em acidente motociclístico no qual sofreu fratura em nível de fêmur da perna esquerda. RX - Fratura exposta lateral do fêmur distal esquerda. Tratamento com placa e parafusos. CD: Solicito TC e avaliação neurológica / caso CC após avaliação neurológica			
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 03/09/18 01:00 NCR			
Acidente ortopédico			
TC em nível de fêmur NCR			
em: Atb de NCR			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	03/09/2018 09:20	ESPECIALISTA:	Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Comunicado pelo supervisor do centro cirúrgico a presença de fratura na parte do CC. Não foi possível o acesso pelo plastronista da noite. Paciente com fratura exposta fíbula da tíbia III-A + lesão no pé contuso e em presença de avaliação, AINE, lidocaina de			
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : CD: Enxerto de osso			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Ottoni Tito 1826 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-92

OK

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA			Prontuário:	165276
Mãe:	ANTONIA RODRIGUES DA SILVA	Pai:	ADERSON ALVES DA SILVA		
End. Resid.:	AV. ROSANA NERE Nº1924 - MONTE ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	04/05/1972	Idade:	46a3m30d	Sexo:	Masculino
Responsável:	ISABEL GOMES DOS SANTOS		CNS:		
Profissão:	AUTONOMO		CPF:	* RG: 1192331 - SSP-PI	
G. Instrução:	Fundamental Completo		E. Civil:	Casado(a)	
End. Local:					

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	682360	Data:	03/09/2018 02:19:06	Condução:	AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Trajetória:	Não	Tipico:	Não
CID Secundário:	V299				

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente em motocicleta há aprox. 1 hora. Alcoolizado.
 Queda sobre as costas. Lesões cervicais e membros inferiores.
 (A) MVA + lesões traumáticas S/PD 52:96.
 (B) Membro superior. Pulso ativo.
 (C) Gostou 14. OMS 14. Alcoolizado. Pulso presentes e latentes.
 (E) Perda direta motricidade e sensibilidade.

HUT DR. ZENON RODRIGUES
 TOMOGRAFIA COMPUTACIONAL
 EXAME: OXIMETRIA 92-96%
 DATA: 03/09/18
 TECNOLÓGICA

PA	X	mmHg	Pulso:	79	bpm	Temp.:	
Diagnóstico Inicial:							CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de coxa, Rx de joelho, Raiox do puno (D)

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

Dr. José Lucas Jales Figueiredo
 MÉDICO
 CRM-PI 696

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE:	Francisco das Chagas R da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	165276
DIAGNÓSTICO:	Fract. exposta tíbio dr.	CIRURGIA:	MMC + fx. externo
ANESTESIA:	Raqui	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Alcirio M. de S. Coutinho	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Acad. Flávio M. de S. Coutinho	CPF Nº:	
ANESTESIA:	gabinete	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Giliane	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 20-11	UNID.	01 - 01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.0 - G. 5	PAR	02 - 01	
AGULHA 40X12	UNID.	-		LUVA Nº 8.0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	15	
ALCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	07	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Crepou		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 11:05:33

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071311053274500000010196552

Número do documento: 20071311053274500000010196552



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco dos Chapas Rodrigues da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Fract. exposta tíbia, 1 ^o dia. Gustilo III-A		
Operação - Tipo	LMC + fix. externa linear		
Cirurgião	1 ^o Assistente		
2 ^o Assistente	3 ^o Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	03/09/2018	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Ragioneo, DPH, gesso, autossorção,
cateter, drenagem, limpeza e fixação
com drenagem, RAFE e fixação linear,
suturas, sutura de pele plástica,
curativos.

Flávio Mactes S. S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3102

Mod. 76 HUT



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 05 / 08 / 18NOME DO PACIENTE: F^o das Chagas Rodrigues da Silva PRONTUÁRIO Nº: 165276DIAGNÓSTICO: Obstet 77367CIRURGIA: Parto 47741ANESTESIA: RaqueNº DA SALA: 06CIRURGIÃO: Dr. Warral

CPF Nº: _____

AUXILIAR: Dr. CESP

CPF Nº: _____

ANESTESISTA: Dr. Marcus Venâncio

CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Joa Loirna

CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 11º24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE 11º26	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	50		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			eletrodos	11	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				escovas	11	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				ceteter p/ olhos	11	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	UND	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>beandra</u>			
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 11:05:33

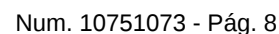
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071311053274500000010196552>

Número do documento: 20071311053274500000010196552

Num. 10751073 - Pág. 7

Marcus Vinicius Monteiro Bertino
 Médico Anestesiologista
 CRM 15665

PKMS $\rightarrow$ $O_2 \rightarrow$ PMS $\rightarrow$ BPG $\rightarrow$ SPD.





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente: EDNAN SOARES COUTINHO

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE TIBIA

Operação - Tipo: PLAQUEIAÇÃO

Cirurgião: Dr. Daniel Pereira Nunes 1º Assistente: Dr. Carlos

2º Assistente: Dr. Daniel Pereira Nunes 3º Assistente: Dr. Carlos

Instrumentador(a): Dr. Daniel Pereira Nunes Anestesista: Dr. Carlos Anestesia: Dr. Carlos

Anestésico(a):

Data da Operação: 25/07/2020 Início: 08h00 Fim: 10h00

Diagnóstico Pós-operatório: FRATURA DE TIBIA

Relatório Imediato do Patologista:

Acidente Durante a Operação: NP

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Realizada sob anestesia geral, com o paciente em decúbito supino, com a perna esquerda elevada e flexionada a 90 graus. Realizada a incisão longitudinal sobre a fratura de tibia, com aproximadamente 15 cm de extensão. Realizada a lavagem da ferida com solução fisiológica. Realizada a redução da fratura com auxílio de tração manual e alinhamento. Realizada a fixação com placa e parafusos. Realizada a lavagem da ferida e fechamento com pontos de sutura.

Mod. 76 HUT



ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.257.940/0001-53 - 15.175.001/0001-53
Av. Prof. Cayetano Filho, 2060, Bolo de Sabão - CEP 64000-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (64) 98124-3199

T0 1,38
2019092809153

MATRICULA

27065251-5

FATURA Nº

1788362

MÊS / ANO

9/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR FRANCISCO DE C R SILVA
PROPRIETÁRIO: FRANCISCO DA C R DA SILVA
RUA ROSANA NERES, 2593-PARQUE BRASIL-TERESINA-PI-cep:64012009

LOCALIZAÇÃO
018-00029-007440

GRUPO

018

NÚMERO DO HORÓMETRO

Y185467198

HISTÓRICO DE CONSUMO		MD	FECHADO
MÊS/ANO	TIPO	MD	FECHADO
08/2019	Normal	02	18
07/2019	Normal	02	18
06/2019	Normal	04	18
05/2019	Normal	20	30
04/2019	Normal	08	08
03/2019	Normal	02	02

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TAREFA

1 Comercial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 27/08/2019 11
ATUAL 25/09/2019 13

CONSUMO MÊS M3

10

RENTABILIDADE

RENTABILIDADE 13,5941, 620 = 1,67

COEFICIENTE 113,57 = 7,501 = 8,33

TABELA DE TÁRIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL	FATURA DE CONSUMO M3/MÊS (R\$)	DESCRIÇÃO	VALOR
		VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,92	62,92
		> Comercial-Normal	14,47
		JUROS DE FINANÇ. PARCELAMENTO 016/040	2,25
		JUROS DE PARCELAMENTO 016/040	8,67
		MUTA DO PARCELAMENTO 016/040	33,26
		PARCELAMENTO	

ANO RESIDENCIAL	ANO DE CONSUMO DE M3/MÊS (R\$)
03	9,4070 03
05	11,1258 05

07/10/2019

TOTAL A PAGAR 113,57

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

NOTAS: ARQUIVOS ACUSAC(M) 3 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasiona a suspensão dos serviços.
conforme Lei Federal nº. 14.466/2007, Art. 10, inciso IV e Lei Estadual nº. 5.067/05, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	2878	2877	1	1,39	0,2-5,0 mg/L
ODORAPARENTE	3197	3178	19	4,51	Inferior a 15
PH	2852	2813	39	6,84	6,00-9,50
TURBIDEZ	3204	3180	24	1,39	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESQUEMATA DOU	1145	1144	1	Ausente	Ausente
	1145	1145	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 25/09/2019 HORA DA EMISSÃO: 09:51

T0 1,38 2019092809153

ÁGUAS DE TERESINA

MATRICULA 27065251-5 FATURA Nº 1788362
MÊS / ANO 9/2019

VALOR A PAGAR 113,57

82650000001-1 13571535000-9 60201900178-9 83620100504-5



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(a) débito(s) abaixo relacionado(s).
Neste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através dos
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listados serão cobrados na próxima fatura.

VALOR (R\$)



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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INAPAZ 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\$1.000,00 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: 3828 CONTA: 00022193

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 (assinale 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-lo, 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 herdeiros (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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1.001 V002/2019

CONTA: 3828-013.00022182-8
NOME: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES
CPF: 04107448320

COD. OPERAÇÃO: 274100302

OPERAÇÃO REALIZADA COM
SUCESSO

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (Informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003748/2019-40

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 30/09/2019 - 11:48

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV; POTY VELHO, Nº:

Complemento

Data/Hora

03/09/2018 - 21:33

Bairro

PARQUE BRASIL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1192331

Mãe: ANTONIA RODRIGUES DA SILVA

Endereço: AV; ROSANA NERE, Nº 1924

Bairro: MONTE ALEGRE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN ANO 2007, PLACA-LWD-3645-PI, DE SUA PROPRIEDADE, RELATA QUE TRAFEGAVA NA VIA ACIMA CITADO QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO BATEU NA MOTO DA VITIMA CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO.165276. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE PO

Francisco das Chagas Rodrigues da Silva
FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacy Kelly Leal Ramalho
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7





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: 3 - CPF da vítima: 041-074-483-20 4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Rodrigues 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: Francisco das Chagas Rodrigues da Silva 6 - CPF: 041-074-483-20
7 - Profissão: Retiro 8 - Endereço: Rua Rosana Henriques 9 - Número: 1593 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Piuma Brasil 12 - Cidade: Piuma 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-009
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8599513-1120

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

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

AGÊNCIA: 3828 CONTA: 00022193 9

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 (assinale 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-lo, 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 herdeiros (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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1.001 V002/2019

CONTA: 3828-013.00022193-6
NOME: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES
CPF: 04107448320

COD. OPERAÇÃO: 274100302

OPERAÇÃO REALIZADA COM
SUCESSO

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (Informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br





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, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190566031

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 03/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **3828**

Conta: **0000022193-9**

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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190566031

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 03/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

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,

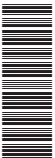
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14843796

Pag. 00211/00212 - carta_01 - INVALIDEZ

00030106



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:	15/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000022193-9

Nr. da Autenticação BF026A1618B0ABBB



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343558/19

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES D/

CPF: 041.074.483-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/09/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS
RODRIGUES DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA : 041.074.483-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA
CPF: 041.074.483-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190566031 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA NA TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA. (P2/3/5/6FC/7/8/9FC)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	
Vítima:	Francisco dos Santos Rodrigues da Silva
Data do Acidente:	03-09-2018
CPF da vítima:	041.074.483-20
Portador da documentação:	Francisco dos Santos Rodrigues da Silva
Qualificação do Portador:	☒ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
Endereço do portador:	Rua Rosana Henri
Número:	2593
Complemento:	Maré Pequena
Bairro:	Pequena Brasília
Cidade:	Parácuta
UF:	PA
CEP:	0442-009
Telefone:	(86) 99613-1120
E-mail:	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO	
DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:	
☒	Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒	Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☒	Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒	CPF da vítima (cópia simples e legível)
☒	Laudo do IML (cópia simples e legível)
☒	Na impossibilidade de apresentar o laudo do IML: Declaração de Ausência de Laudo presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒	Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
☒	Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO	
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:	
☐	Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐	CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
☐	Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai, tutor ou curador)	

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA	
Data:	03.10.2019
Identidade:	1.192.331
Assinatura:	Francisco dos Santos Rodrigues da Silva

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO	
DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:	
☐	Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☐	Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia autenticada e legível)
☐	Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐	CPF da vítima (cópia simples e legível)
☐	Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
☐	Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
☐	Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
☐	Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO	
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:	
☐	Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐	CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
☐	Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
obs: representante legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos, pode ser pai ou mãe.	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
Morte = R\$ 13.500,00	
VALORES DE INDENIZAÇÕES:	Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00
	Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0202-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA	
Data:	03.10.2019
Nome:	Carla Maria Gomes
Assinatura:	



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - PI 9020170550709 Nº 013937169090 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	921898339		2019
NOME FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA S. ILVA			
CPF / CNPJ			
04107448320	PLACA		
	LUD-3645		
CHASSI			
9C2JC30707R165995			
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA/CG 125 FAN		2007 / 2007	
CAP / POT / CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
002P/124CC	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
1ª IPVA		2ª	
3ª PAGO			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	
SEGURO		PAGO	
OBSERVAÇÕES			
A/FID CONSORCIO NAC HONDA LTD			
TERESINA		DATA	
		22/5/2019	
DETRAN - PI 9020170550709 Nº 013937169090 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTÉ 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	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	04107448320	2019	22/5/2019
RENAVAM		PLACA	
921898339		LUD-3645	
ANO FAB.	CIC 1995	Nº CHASSI	
2007	09	9C2JC30707R165995	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
36,04	4,00	40,04	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)	
4,15	0,32	84,58	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO		17/05/2019	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.240.808/0001-04			



