

ProceComCiv 0800576-60.2019.8.18.0084

RAIMUNDA MENDES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

10766121 - CONTESTAÇÃO (2734407 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/07/2020 17:29:56

13 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10766119 - CONTESTAÇÃO
 - 10766121 - CONTESTAÇÃO (2734407 CONTESTACAO 01)
 - 10766122 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10766125 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 10766127 - procuração
 - 10766128 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

2734407- C3/ 2020-02557/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRO DURO/PI

Ativar o Windows

proct + proc adm.pdf

proct + cont.pdf

pa.pdf

c.pdf

proct + cont.pdf

Exibir todos

17:30 13/07/2020



Número: **0800576-60.2019.8.18.0084**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **23/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAIMUNDA MENDES DA SILVA (AUTOR)		FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10766122	13/07/2020 17:29	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190426932 **Cidade:** São Félix do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 18/09/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 7/14_CIRURGIA

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
E VEÍCULOS - DNVT - DEPARTAMENTO

PI

Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

CPF: 848.354.433-53

DATA DE NASCIMENTO: 20/07/1977

PLACA: JOSE MISTIAS DA SILVA

MARKETPLACE: MARIA CARMELO DA SOUSA

PERMISSÃO: PERMISSÃO

DATA DE EMISSÃO: 03/01/2019

DATA DE VALIDADE: 04/01/2019

IDENTIFICADOR: 06563294635

1554703040

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1554703040

FECHADO PLÁSTICO

PIAUI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA
DR. DE BOM DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGISTRO E REGISTRO - RUCRA

SOLICITAÇÃO DE VIGIÂNCIA

DATA: 18/09/16 HORA: 19:00 Nº DO REGISTRO: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: União Brasileira Município: São Félix

MÉDICO: Raimundo Nonato Monteiro CRM: 6489

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

☐ Obstétrica ☒ Trauma ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Psiquiátrico ☐ Outros

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Raimundo Mendes da Silva

Idade: 63 anos Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino

História: Paciente vítima de acidente de motocicleta às 16:30h, com lesão profunda e região parietal D, referindo dor e náuseas. Contusões D, e polegar exposta do hálux D.

ESCALA DE GLASSOW: 15

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - Espontânea	5 - Orientado	6 - Obedece a comandos
3 - Comandos	4 - Confusa	5 - Localiza dor
2 - A dor	3 - Palavras inapropriadas	4 - Movimento de retirada
1 - Nenhuma	2 - Palavras incompreensíveis	3 - Flexão anormal
	1 - Nenhuma	2 - Extensão anormal
		1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS: Tax. _____ °C P: 160 bpm R: 20 mmHg PA: 130/80 mmHg SAT: _____ Saturação: 97 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Colagem ☒ Higiene Vascular
☐ Aspiração ☐ Medicação
☒ Curativo ☐ Outros: Sutura

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópias)

Anamnese e exame físico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUIT

Clinica/Posto: Ortopedia

Símbolo: 901609180080

Dr. Rdo Nonato Monteiro

MÉDICO

CRM PI 6489

Assinatura e carimbo do médico

PJ CORRETORA DE SEGUROS

12 JUL 2019

PRVAT





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Raimunda Mendes da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 420289

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 1828 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017 770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

COPIA FETIDA EM
TERESINA, PI 12/07/2020

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 18/09/2016 22:47:56

DADOS DO PACIENTE:

User: MARIA NRIC

(Betação: ACCRA)

Nome: RAIMUNDA MENDES DA SILVA		Prontuário: 420289
Mãe: MARIA FERREIRA DA SILVA	Pai: URSULINO MENDES DA SILVA	
End. Resid.: FAZENDA BOA VISTA - ZONA RURAL - SÃO FELIX DO PIAUI - PI - CEP: 64375-000		
Nascimento: 26/11/1952	Idade: 63a:10m:23d	Sexo: Feminino Fone: 89-99937-0761
Responsável: CECILIA MENDES DA SILVA		CNS: 704301513889693
Profissão: LAVRADORA	Documento: 12109116	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -	End. Local: - - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 570125	Data: 18/09/2016 22:35:47	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
CID Secundário: V299		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Evento Principal: DOR moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE 6 HORAS, SEM CAPACETE, APRESENTA CORTE EM COURO CABBELUDO NA REGIÃO DE 6 HORAS, SEM CAPACETE, APRESENTA CORTE EM COURO CABBELUDO, REFERE DOR TORÁCICA QUE PIORA COM A RESPIRAÇÃO PROFUNDA, ESCORIAÇÕES EM MEMBROS.			Profissional Clas. Risco: MARIA DAS GRACAS DE MELO SOUSA COREN - 377893 Em: 18/09/2016 22:47:57

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 23:00)

Acidente automobilístico (sic) - corte em couro cabeludo fe notório
em membro superior esquerdo, com mais lesões menores, superficiais.
Hematomas locais nos membros superiores, sem feridas abertas. Regue
infestação alveolar. Regue, tes tipo hipertímico. pouco tempo após o
acidente. DR. a palpção profunda de hipocôndrio direito
CP: TC GAMA / PR 10K, com 1 perf / 10K.

PA _____ X _____ mmHg

Pulso: _____ bpm

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: 1 / 1 /

HORA: : :

Procedimento

CID

Assinatura - Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317295559100000010210719>

Número do documento: 20071317295559100000010210719

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 18/09/2016 22:44:30

(MARIA MELO)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDA MENDES DA SILVA		Prontuário: 420289
Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA		Pai: URSULINO MENDES DA SILVA
End. Resid.: FAZENDA BOA VISTA - ZONA RURAL - SÃO FELIX DO PIAUI - PI - CEP: 64375-000		
Nascimento: 26/11/1952	Idade: 63a:10m:23d	Sexo: Feminino Fone: 89-99937-0761
Responsável: CTCERA MENDES DA SILVA		CNS: 704301513889693
Profissão: LAVRADORA		Documento:
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Casado(a)
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 570125	Data: 18/09/2016 22:35:47	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U R

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 20/09/16 00:00h ESPECIALISTA: NCR

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

TCE

TC crônico. Sem lesões que indiquem conduta NCR
e 20: Sem conduta NCR

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

Dr. Elton Bezerra
CRM: 010.354.833-70
NEUROLOGIA
CARIMBO
CORRETORES
DE SEGUROS

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 19/09/16 02:15 ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Dr. med (D) e (E) e (C) e (A) e (B) e (F) e (G) e (H) e (I) e (J) e (K) e (L) e (M) e (N) e (O) e (P) e (Q) e (R) e (S) e (T) e (U) e (V) e (W) e (X) e (Y) e (Z) e (AA) e (AB) e (AC) e (AD) e (AE) e (AF) e (AG) e (AH) e (AI) e (AJ) e (AK) e (AL) e (AM) e (AN) e (AO) e (AP) e (AQ) e (AR) e (AS) e (AT) e (AU) e (AV) e (AW) e (AX) e (AY) e (AZ) e (BA) e (BB) e (BC) e (BD) e (BE) e (BF) e (BG) e (BH) e (BI) e (BJ) e (BK) e (BL) e (BM) e (BN) e (BO) e (BP) e (BQ) e (BR) e (BS) e (BT) e (BU) e (BV) e (BW) e (BX) e (BY) e (BZ) e (CA) e (CB) e (CC) e (CD) e (CE) e (CF) e (CG) e (CH) e (CI) e (CJ) e (CK) e (CL) e (CM) e (CN) e (CO) e (CP) e (CQ) e (CR) e (CS) e (CT) e (CU) e (CV) e (CW) e (CX) e (CY) e (CZ) e (DA) e (DB) e (DC) e (DD) e (DE) e (DF) e (DG) e (DH) e (DI) e (DJ) e (DK) e (DL) e (DM) e (DN) e (DO) e (DP) e (DQ) e (DR) e (DS) e (DT) e (DU) e (DV) e (DW) e (DX) e (DY) e (DZ) e (EA) e (EB) e (EC) e (ED) e (EE) e (EF) e (EG) e (EH) e (EI) e (EJ) e (EK) e (EL) e (EM) e (EN) e (EO) e (EP) e (EQ) e (ER) e (ES) e (ET) e (EU) e (EV) e (EW) e (EX) e (EY) e (EZ) e (FA) e (FB) e (FC) e (FD) e (FE) e (FF) e (FG) e (FH) e (FI) e (FJ) e (FK) e (FL) e (FM) e (FN) e (FO) e (FP) e (FQ) e (FR) e (FS) e (FT) e (FU) e (FV) e (FW) e (FX) e (FY) e (FZ) e (GA) e (GB) e (GC) e (GD) e (GE) e (GF) e (GG) e (GH) e (GI) e (GJ) e (GK) e (GL) e (GM) e (GN) e (GO) e (GP) e (GQ) e (GR) e (GS) e (GT) e (GU) e (GV) e (GW) e (GX) e (GY) e (GZ) e (HA) e (HB) e (HC) e (HD) e (HE) e (HF) e (HG) e (HH) e (HI) e (HJ) e (HK) e (HL) e (HM) e (HN) e (HO) e (HP) e (HQ) e (HR) e (HS) e (HT) e (HU) e (HV) e (HW) e (HX) e (HY) e (HZ) e (IA) e (IB) e (IC) e (ID) e (IE) e (IF) e (IG) e (IH) e (II) e (IJ) e (IK) e (IL) e (IM) e (IN) e (IO) e (IP) e (IQ) e (IR) e (IS) e (IT) e (IU) e (IV) e (IW) e (IX) e (IY) e (IZ) e (JA) e (JB) e (JC) e (JD) e (JE) e (JF) e (JG) e (JH) e (JI) e (JJ) e (JK) e (JL) e (JM) e (JN) e (JO) e (JP) e (JQ) e (JR) e (JS) e (JT) e (JU) e (JV) e (JW) e (JX) e (JY) e (JZ) e (KA) e (KB) e (KC) e (KD) e (KE) e (KF) e (KG) e (KH) e (KI) e (KJ) e (KK) e (KL) e (KM) e (KN) e (KO) e (KP) e (KQ) e (KR) e (KS) e (KT) e (KU) e (KV) e (KW) e (KX) e (KY) e (KZ) e (LA) e (LB) e (LC) e (LD) e (LE) e (LF) e (LG) e (LH) e (LI) e (LJ) e (LK) e (LL) e (LM) e (LN) e (LO) e (LP) e (LQ) e (LR) e (LS) e (LT) e (LU) e (LV) e (LW) e (LX) e (LY) e (LZ) e (MA) e (MB) e (MC) e (MD) e (ME) e (MF) e (MG) e (MH) e (MI) e (MJ) e (MK) e (ML) e (MM) e (MN) e (MO) e (MP) e (MQ) e (MR) e (MS) e (MT) e (MU) e (MV) e (MW) e (MX) e (MY) e (MZ) e (NA) e (NB) e (NC) e (ND) e (NE) e (NF) e (NG) e (NH) e (NI) e (NJ) e (NK) e (NL) e (NM) e (NN) e (NO) e (NP) e (NQ) e (NR) e (NS) e (NT) e (NU) e (NV) e (NW) e (NX) e (NY) e (NZ) e (OA) e (OB) e (OC) e (OD) e (OE) e (OF) e (OG) e (OH) e (OI) e (OJ) e (OK) e (OL) e (OM) e (ON) e (OO) e (OP) e (OQ) e (OR) e (OS) e (OT) e (OU) e (OV) e (OW) e (OX) e (OY) e (OZ) e (PA) e (PB) e (PC) e (PD) e (PE) e (PF) e (PG) e (PH) e (PI) e (PJ) e (PK) e (PL) e (PM) e (PN) e (PO) e (PP) e (PQ) e (PR) e (PS) e (PT) e (PU) e (PV) e (PW) e (PX) e (PY) e (PZ) e (QA) e (QB) e (QC) e (QD) e (QE) e (QF) e (QG) e (QH) e (QI) e (QJ) e (QK) e (QL) e (QM) e (QN) e (QO) e (QP) e (QQ) e (QR) e (QS) e (QT) e (QU) e (QV) e (QW) e (QX) e (QY) e (QZ) e (RA) e (RB) e (RC) e (RD) e (RE) e (RF) e (RG) e (RH) e (RI) e (RJ) e (RK) e (RL) e (RM) e (RN) e (RO) e (RP) e (RQ) e (RR) e (RS) e (RT) e (RU) e (RV) e (RW) e (RX) e (RY) e (RZ) e (SA) e (SB) e (SC) e (SD) e (SE) e (SF) e (SG) e (SH) e (SI) e (SJ) e (SK) e (SL) e (SM) e (SN) e (SO) e (SP) e (SQ) e (SR) e (SS) e (ST) e (SU) e (SV) e (SW) e (SX) e (SY) e (SZ) e (TA) e (TB) e (TC) e (TD) e (TE) e (TF) e (TG) e (TH) e (TI) e (TJ) e (TK) e (TL) e (TM) e (TN) e (TO) e (TP) e (TQ) e (TR) e (TS) e (TT) e (TU) e (TV) e (TW) e (TX) e (TY) e (TZ) e (UA) e (UB) e (UC) e (UD) e (UE) e (UF) e (UG) e (UH) e (UI) e (UJ) e (UK) e (UL) e (UM) e (UN) e (UO) e (UP) e (UQ) e (UR) e (US) e (UT) e (UU) e (UV) e (UW) e (UX) e (UY) e (UZ) e (VA) e (VB) e (VC) e (VD) e (VE) e (VF) e (VG) e (VH) e (VI) e (VJ) e (VK) e (VL) e (VM) e (VN) e (VO) e (VP) e (VQ) e (VR) e (VS) e (VT) e (VU) e (VV) e (VW) e (VX) e (VY) e (VZ) e (WA) e (WB) e (WC) e (WD) e (WE) e (WF) e (WG) e (WH) e (WI) e (WJ) e (WK) e (WL) e (WM) e (WN) e (WO) e (WP) e (WQ) e (WR) e (WS) e (WT) e (WU) e (WV) e (WW) e (WX) e (WY) e (WZ) e (XA) e (XB) e (XC) e (XD) e (XE) e (XF) e (XG) e (XH) e (XI) e (XJ) e (XK) e (XL) e (XM) e (XN) e (XO) e (XP) e (XQ) e (XR) e (XS) e (XT) e (XU) e (XV) e (XW) e (XX) e (XY) e (XZ) e (YA) e (YB) e (YC) e (YD) e (YE) e (YF) e (YG) e (YH) e (YI) e (YJ) e (YK) e (YL) e (YM) e (YN) e (YO) e (YP) e (YQ) e (YR) e (YS) e (YT) e (YU) e (YV) e (YW) e (YX) e (YY) e (YZ) e (ZA) e (ZB) e (ZC) e (ZD) e (ZE) e (ZF) e (ZG) e (ZH) e (ZI) e (ZJ) e (ZK) e (ZL) e (ZM) e (ZN) e (ZO) e (ZP) e (ZQ) e (ZR) e (ZS) e (ZT) e (ZU) e (ZV) e (ZW) e (ZX) e (ZY) e (ZZ)

Dr. Hugo José Soares da Silva
Ortopedia e Traumatologia
da Coluna Vertebral
Carimbo/Assinatura Solicitante

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



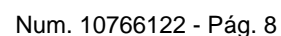


57946 24155071 8221300901

2011/1992

CNASS, MEDICAL RESEARCH

Consueta SUS:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº 173118

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 19/09/2016

NOME DO PACIENTE: Raimunda Mendes de Sousa	IDENTIFICADOR Nº: 420289
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Alcantina	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 6.5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	40		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	60	
ÁGUA OXIGENADA	ML	60		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01		Curpom			
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	3.0	02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							
				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE: Laidiasilva			





FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente			Raimundo Mendes da Silva		
Diagnóstico pré-operatório			Fratura Exposta de 1º Metacarpo		
Operação - Tipo			Lac + Fixação com fio R.		
Cirurgião		1º Assinante			
2º Assinante		3º Assinante			
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					
Fratura Exposta de 1º Metacarpo					

Relatório Imediato do Patologista

0408050970 - 5929

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Deu bits dorsal
Anestesia + Antiespasmódico
Anestesia local com hidrocolóide de 200

Voz

Anestesia + Antiespasmódico
Posicionamento do campo cirúrgico
Limpeza com 5% de Iodine
Posicionamento do fio de Kirschner no 1º Metacarpo

Sutura

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

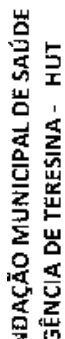
12 JUL 2019

DPVAT

Dr. Hugo José Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3038

MOD. 76 - HUT





PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

12 JUL 2018
DPVAT
CORRECTOR DE SEGUROS



<http://tpi.pje.jus.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317295559100000010210719>

Número do documento: 20071317295559100000010210719

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Raimundo Mendes da Silva	[Assinatura]	Ortopédica			2351EXY
DATA/TIPO CÓDIGO	PREScrição Médica		HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
19/09/16					
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO				EVALUAÇÃO MÉDICA : QUADRO CLÍNICO
2	SG5% 1000 ML EV 14 GTTS/MIN				MANTIDO ESTÁVEL; PROCEDIMENTO SEM
3	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H				INTERCORRÊNCIA; RAIOS X CONTROLE
4	GENTAMICINA 80 - 240 MG + 100 ML SF0,9% EV 1X DIA				SOLICITADO; CD: VIDE PRESCRIÇÃO.
5	RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H				05h20 PA = 173/92 mmHg
6	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H				06h00 PA = 173/92 mmHg
7	TILATIL 40 - 1 AMP + AD EV 1X DIA				PAULO PM 1897h
8	TRAMAL 100 1 AMP + 100 ML SF0,9% EV SOS				06:00 PA = 113 x 75 mmHg
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS				P = 74 bpm. --- Sucrose
10	MEMBRO OPERADO ELEVADO				
11	Reforço de Teto e Captação de Soro e Envelopado (Sugestão)				
	Solicitação de Contato				



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO - SRPA

NOME Priscilla de M. da Silva IDADE anos DATA / / 2016
 HORÁRIO DE ADMISSÃO h min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL
 CIRURGIA REALIZADA Fúnd. total @ LMC CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)			<u>140/82</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)			<u>73</u>
SATURÇÃO DE O ₂ (%)			<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (ppm)			
NOME MATRÍCULA			<u>Olivera</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROLIK		ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2
	Movimenta dois membros	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1
	Tem apnéia	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1
	Não responde	0	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL	SAÍDA
		<u>10</u>

ESCALA DE DOR ALTA	ASS.	

DISPOSITIVOS () SONDA VESICAL () SONDA NASO / ORO () DRENO DE SUÇÃO () COLÓSTOMIA () DRENO TORÁCICO () DVE () OUTROS
 OBSERVAÇÃO: VOLUME / ASPECTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

07:30 Paciente não admitida pl. equipe da noite. Consciente, orientada, póster, respirando a 20 l/min, em PO + de LMC + jato de náusea.

08:35 Encaminhada a enfermaria.

09:00 Alta SRPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()
 POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ART () NEU () CIR () MED

Sem Rx

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-07

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDA MENDES DA SILVA** (Prontuário: 420289)
 Endereço: **FAZENDA BOA VISTA J - ZONA RURAL - SAO FELIX DO PIAUI - PI CEP: 64375-000**
 Nascimento: 26/11/1952 Idade: 63a10m10d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 173118
 Requisição: 677222 Solicitação: 19/09/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 846399 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 19/09/2016

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Controle pós-operatório de fratura no hálux distal.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Controle pós-operatório de fratura no hálux distal.

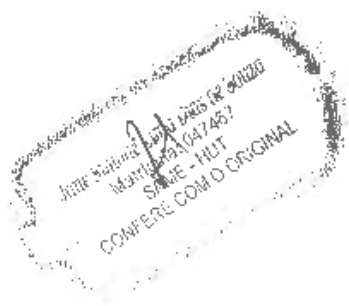
(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/10/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito : 823 Redenção Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDA MENDES DA SILVA** (Prontuário: 420289)
Endereço: FAZENDA BOA VISTA] - ZONA RURAL - SAO FELIX DO PIAUI - PI CEP: 64375-000
Nascimento: 26/11/1952 Idade: 63a10m3d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 570125
Requisição: 677165 Solicitação: 19/09/2016 Solicitante: RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA
Controle: 846311 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 19/09/2016

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura completa recente na falange distal do hallux.
- Aumento de volume de partes moles.

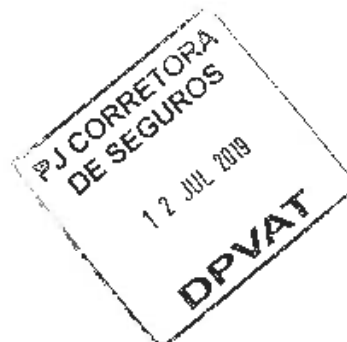
(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/09/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Contendo e Liberado por Senha em: 29/09/2016 14:31:28





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HIT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 35 3213 4145
TERESINA-PI CEP: 64017-370 CNPJ: 03.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDA MENDES DA SILVA** (Frontizários: 426286)
Endereço: FAZENDA BOA VISTA J - ZONA RURAL - SÃO FELIX DO PIAUI - PI CEP: 64375-000
Nascimento: 25/11/1962 Idade: 53a10m3d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 570125
Registração: 677166 Solicitação: 13/07/2016 Solicitante: RAFAELLEVA LOURDANO SILVA DA GUNHA
Controle: 646311 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204880150

Data Exame: 18/09/2016

PE OU PODOLOGIA DO DIREITO

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

- Fratura completa recente na falange distal do hallux.
- Aumento de volume de partes moles.

(Luis Gazar)

TERESINA - PI 29/09/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CRM: 133.943.173-08 URM PI 1341

Conferido e Liberado por Sente em: 29/09/2016 14:31:28

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DE TERESINA - HET
 Rua Dr. Otto Tito 1229 - RADIOLÓGICA - Fone: 36 3716 3445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.372.917/0021-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDA MENDES DA SILVA** (Prontuário: 428280)
 Endereço: **FAZENDA BOA VISTA - ZONA RURAL - SÃO FELIX DO PIAUI - PI CEP: 64375-000**
 Nascimento: 25/11/1962 Idade: 53/10m10d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 173118
 Requisição: 677222 Solicitação: 19/09/2016 Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: 845368 Contrato: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 229 EXTRA 222

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080150

Data Exame: 18/09/2016

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Controle pós-operatório de fratura no hálux distal.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Controle pós-operatório de fratura no hálux distal.

Quadrante:

TERESINA - PI 08/10/2016

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 995.035.043-20 CRM-PI 2227
 Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



POLEGAR DIREITO



Paímunda Mendonça Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



COPIA CORRETORA
DE SEGUROS

12 de 2000

PRIVAT

REGISTRO
GERAL
NOME
VALDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1.933.513
DATA DE
EXPIRAÇÃO
12/06/1997
MUNDA MEDES DA SILVA

SILVIA MARIA PEREIRA DA SILVA

26/11/1952
DATA DE NASCIMENTO

ARCAZES-PI
NATURALIDADE

CUBANTE 479 LIV.B-3 PIS.204 e Vº EXE
DOC ORIGEM
em 18/08/1987

Francisco Soares Chagas Pinheiro Martins
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63



10/07/2019



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Josue Alves da Costa
RG nº 1.276.828, data de expedição 26/09/18,
Órgão SSP-Pi, portador do CPF nº 545.223.653-20,
com domicílio na cidade de São Félix do Piauí, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua de Pontalícia, nº 511,
complemento Ponteiro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Raimunda Mendes da Silva, cujo o condutor era
Raimunda Mendes da Silva.
Veículo: motocicleta Modelo: Honda/CG 425 FAN ES Ano: 2010/2010
Placa: NIF-6734 Chassi: 9C2JC4120AR083239
Data do Acidente: 18/09/16

Local e Data: São Félix do Piauí - Pi 26.06.2019

Josue Alves da Costa

Assinatura do Declarante

Raimunda Mendes da Silva

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro)

Assinatura do sinistrado)

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

Reconheço ser verdadeira a assinatura
de: JOSE ALVES DA COSTA
E RAIMUNDA MENDES DA SILVA

São Félix (PI), 26/06/2019

Ednan Soares Coutinho
Oficial (Servidor Designado)



PODER JUDICIÁRIO DO PIAUÍ
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO PIAUÍ
SÃO FÉLIX DO PIAUÍ-PI



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?FIPO=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 COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Raimundo Mendes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 535.149.633 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Raimundo Mendes da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 535.149.633 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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>Rua Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>centro</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Colêbas Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carlaadrianasousa@gmail.com.br</u>	CEP: <u>64.325.000</u>	Tel.(DDD): <u>186/999816008</u>

Local e Data: Colêbas Veloso - PI - 09.07.2019

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-4
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

1131812-0

Nº da Nota Fiscal **024239990**

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

CONTA MÊS
JULHO/2019

VENCIMENTO
17-07-2019

CONSUMO (kWh)
85

TOTAL A PAGAR (R\$)
51,91

RAIMUNDA MENDES DA SILVA
LC BOA VISTA S/N FAZ. SAO SEBASTIAO B-RURAL
CPF: 00053514963304

CEP: 0641378-000 - SAO FELIX DO PIAUI

Atual:

Anterior: **9742**

Constante de Multiplicação: **9657**

Consumo Medido: **1,000**

Consumo Faturado: **85**

Forma de Faturamento: **Código de Irregularidade: FICAM**

DATAS DA LEITURA

Atual:

Anterior: **10/07/2019**

Próxima Leitura: **10-06-2019**

Emissão: **08-08-2019**

Apresentação: **09-07-2019**

Dias de Consumo: **10-07-2019**

Classe/Subclasse

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Ligação

Número Medidor

Posto

Código Pat.

Média 12 meses

RURAL ORICO kWh
Mês/ano consumo

MONO

A1083828 ESCRITAÇÃO DA CONTA 4.1.2.1

89

JUN/19	81	CONSUMO	85 A R\$ 0,606471 =	51,55
MAI/19	94	BÔNUS ITAIPU - ART. 21 LEI N.		0,88-
ABR/19	73	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00		0,12
MAR/19	79	MULTA POR ATRASO 06/19-00		0,99
FEV/19	71	JUROS POR ATRASO 06/19-00		0,13
JAN/19	89	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0		
DEZ/18	81			
NOV/18	101			
OUT/18	96			
SET/18	111			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 85 - 0,435710



NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09-07-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

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

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$



TIM BLACK

45A
Rua Leonardo Nogueira, 1914
CENTRO - TERESINA - PI
Nº: 02.421.421/0024-08 - I.E.: 194445895
Nº: 02.421.421/0001-11

Página 1 de 1

R\$ 215,71

VENCIMENTO

25/04/2019

EMIÇÃO: 07/04/2019

POSTAGEM: 16/04/2019

FATURA: 375919025

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.67423179

CPF/CNPJ: 849.894.115-4

ACESSO: 86.99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Prezado cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 28/04/2019, sem cobrança de juros e multa.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 199,99
<input checked="" type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,39
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,46
<input checked="" type="checkbox"/> COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 8,87

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

SENSALIDADES

Benefícios que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 199,99
10 GB de Internet	10GB	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 5,39
Minutos locais e DDD com 41	limitada	109m54s	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 1,46
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 8,87
TIM Music	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00
TIM Banca Virtual	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00
TIM Backup 30GB	-	-	1	31	07/03 a 06/04	R\$ 0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

POSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 1,01	PLANTTEL: R\$ 0,30
INSS	30%	R\$ 150,00	R\$ 45,00		
ISCOFINS - Serviços Telecom	3,65%				
ISCOFINS - Serviços Não Telecom	4,65%				
ISCOFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

In atendimento a Lei 12.741/2012
As contribuições de FUST (1%) e PLANTTEL (0,3%) não são repassadas ao titular

Informações Complementares - Planos e
Inclusões (Móvel) Planos (S)

Franquia(s)	R\$ 145,48
SVA	R\$ 54,50
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ 0,30
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00

**PU CORRETORA
DE SEGUROS**

12 JUL 2019

DPVAT

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e pagar suas faturas de forma segura, com segurança de todos os dados. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento: 1056

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
ABR/2019

DATA DE EMISSÃO
07/04/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/04/2019

VALOR
R\$ 215,71

8461000002 - 1 15710109011 - 4 00375919025 - 3 40121536776 - 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317295559100000010210719>

Número do documento: 20071317295559100000010210719



GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENDIMENTO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO - DICA

SOLICITAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DATA: 18/09/16 HORA: 19:00 Nº DO REGISTRO: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: Antônio Batista ENDEREÇO: São Félix

MÉDICO: Raimundo Nonato Monteiro CRM: 6489

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:

() Obterido (x) Trauma () Clínica () Crônico () Polipático () Outros

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Raimundo Mendes da Silva

Idade: 63 anos Sexo: () Masculino (x) Feminino

HISTÓRIA: Paciente vítima de acidente de motocicleta às 18:30h com lesão profunda e fratura da perna esquerda, referida dos membros superiores, e fratura exposta do fêmur D.

ESCALA DE GLASSOW: 15

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - Espontânea	5 - Orientado	6 - Obedece a comandos
3 - Comandos	4 - Confusa	5 - Localiza dor
2 - Ao dor	3 - Palavras inapropriadas	4 - Movimento de retirada
1 - Nenhuma	2 - Palavras incompreensíveis	3 - Movimento anormal
	1 - Nenhuma	2 - Esquema anormal
		1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS: Tax: 70 bpm P: 100 mmHg FC: 120/80 mmHg Sato: 97 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: () Coágulo (x) Fibratização Venosa () Aspiração () Medicação (x) Curativo () Outros: Sutura

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia): Anamnese e exame físico

HOSPITAL DE DESTINO: Hospital: HPT Clínica/Ponto: Ortopedia

Dr. Rdo Nonato Monteiro MÉDICO CRM: 6489

PJ CORRETORA DE SEGUROS

12 JUL 2016

8076122



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:
	535.149.633-04	Raimunda Mendes da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012		
Nome completo: Raimunda Mendes da Silva		
Profissão: Aposentada	Endereço: localidade: Boa Vista	CPF: 535.149.633-04
Bairro: zona rural	Cidade: São Felix do Piauí	Número: 317
E-mail: Recusou-se.	Estado: Piauí	Complemento: zona rural
	CEP: 64.375-000	
	Telefone (DDD): (86) 99981-6008	

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1606 ☐ CONTA: 76.126 ☐ 21

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos: _____ 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 ressarcimento recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Felix do Piauí - PI 09.07.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

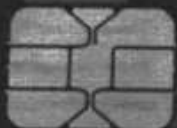
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

01/2018

CAIXA
POUPANÇA



6277 8017 5738 0609

6277

VALIDO ATÉ

10/24

RAIMUNDA MENDES DA SILVA

1606 013 00076126-4

elo

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT





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 184/2019

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI Resp. pelo Registro: MARCO SUEL DA SILVA
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR Data/ Hora: 26/06/2019-10:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI Data/ Hora: 18/09/2016-17:00
Município: SÃO FELIX DO PIAUÍ-PI Bairro: ZONA RURAL
Endereço: PI-225
Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: RAIMUNDA MENDES DA SILVA
Documentos: RG: 1.933.513 SSP-PI; CPF: 5351 Filiação: MARIA PEREIRA DA SILVA/URSULINO MENDES DA SILVA
499633-04
Nacionalidade: BRASILEIRA Endereço: POVOADO BOA VISTA
Naturalidade: AROAZES -PI Complemento:
Estado civil: casado(a) Bairro: ZONA RURAL
Profissão: TRABALHADORA RURAL Município: SÃO FELIX DO PIAUÍ-PI
Nascimento: 26/11/1952 Telefone(s):

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

Dados do Veículo:

- Tipo: motocicleta - Placa: NIF 6734
- Marca/ Modelo: HONDA CG 125 /FAN ES - Chassi: 9C2JC41200AR083239
- Ano/Modelo: 2010/2010 - Renavam: 00205831052
- Cor: PRETA - Proprietário: JOSUE ALVES DA COSTA

Narrativa:

QUE se envolveu em acidente automobilístico provocado por abarroamento em vacaque se encontrava deitado na via;

QUE recebeu os primeiros socorro no hospital municipal da Cidade De São Felix do Piauí; sendo transferido para o Hospital De Urgência da Cidade De Teresina-PI devido a gravidade das lesões, onde foi submetido a procedimento cirurgico.

MARCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

RAIMUNDA MENDES DA SILVA
Resp. pela Informação

BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR
Delegado de Polícia Civil



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: 535.149.633-04 Nome completo da vítima: Raimunda Mendes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

Nome completo: Raimunda Mendes da Silva CPF: 535.149.633-04

Profissão: Aposentada Endereço: localidade: Boa Vista Número: 317 Complemento: zona rural

Bairro: zona rural Cidade: São Felix do Piauí Estado: Piauí CEP: 64.375-000

E-mail: Recusou-se Tel.(DDD): (86) 99981-6008

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 76126 21

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos: _____ 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 ressarcimento recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Felix do Piauí - PI 09.07.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

01/2018

CAIXA
POUPANÇA



6277 8017 5738 0609

6277

VALIDO ATÉ

10/24

RAIMUNDA MENDES DA SILVA

1606 013 00076126-4

elo

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT





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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190426932

Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDA MENDES 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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 000000076126-4

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317295559100000010210719>

Número do documento: 20071317295559100000010210719

Num. 10766122 - Pág. 32



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, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190426932

Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDA MENDES 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 14573349

Pag. 01941/01942 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190426932

Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAIMUNDA MENDES DA SILVA

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00839/00840 - carta_03 - INVALIDEZ

00060420



Carta nº 14573348



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: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000076126-4

Nr. da Autenticação 9020F70D6FCE612F



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317295559100000010210719>

Número do documento: 20071317295559100000010210719

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237251/19

Número do Sinistro: 3190426932

Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

CPF: 535.149.633-04

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2016

Titular do CPF: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

RAIMUNDA MENDES DA SILVA : 535.149.633-04

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: 19/07/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/07/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Raimunda Mendes da Silva
 RG: 1.933.513 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 535.149.633-04
 NACIONALIDADE: Brasileira EST. CIVIL: Solteira PROFISSÃO: operadora
 ENDEREÇO: Localidade: Boa Vista Nº: 511
 BAIRRO: Zona Rural CEP: 64.375-000 CIDADE/UF: São Félix do Piauí, PI
 TELEFONE: () - - - - - () - - - - - () - - - - -

OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
 RG: 1.551.371 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 849.394.433-53
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMO
 ENDEREÇO: RUA SETE DE SETEMBRO Nº: 244
 BAIRRO: CENTRO CEP: 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUI
 TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99473-5001 (86) 99402-2764

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR O OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE CONFIO PODERES ESPECÍFICOS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR E SOLICITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO REFERENTE AO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO ÀS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA E SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDOS PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE A:

ATENA: Raimunda Mendes da Silva
 CPF: 535.149.633-04 DATA DO ACIDENTE: 18 / 09 / 2016
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () D.A.M.S () MORTE

São Félix do Piauí - PI 26.05.2019
 local e data

Raimunda Mendes da Silva

Assinatura da Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço ser verdadeira a assinatura
 de: RAIMUNDA MENDES DA SILVA
 14 - - - - -

(So. Esc. 141), 26 / 06 / 2019
Maria Valmir de Deus Silva
 Oficial (Servidor Designado)
 Maria Valmir de O. Soares
 Oficial Judicial
 Matrícula nº 213554

Selo de Fiscalização e Autenticidade
 Poder Judiciário
 Estado do Piauí
 Juízo de Paz
 Juízo de Família e Juízo de Menores e Infância
 JUIZADO DE FAMILIA DO PIAUI
 COMARCA DE BARRO DURO - PI
 C/RT-UNID. DE SÃO FELIX DO PIAUI-PI

PJ CORRETORA DE SEGUROS
 12 JUL 2019
 DPVAT

