

Screenshot of a web browser showing a legal document from the PJe system.

The title bar shows "PJe Consulta" and "0811494-52.2019.8.18.0140".

The address bar shows the URL: <https://tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/DetalleProcessoCompletoAdvogado.seam?id=231173&ca=31ef9046c18d1d44162622bda586a11e0...>

The main content area displays a document titled "10905747 - CONTESTAÇÃO (2735352 CONTESTACAO 01)" dated "22 Jul 2020".

The document header includes the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the reference "2735352-C3/2020-02585/ INVALIDEZ".

The body of the document starts with "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI".

The left sidebar lists several attachments under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO":

- 10905492 - CONTESTAÇÃO (2735352 CONTESTACAO 01)
- 10905757 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 10905759 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracão compressed web)
- 10905760 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 10905761 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

At the bottom, there is a toolbar with icons for "PROT+Pç.pdf", "pç.pdf", "prot+pç.pdf", "pç.pdf", and "prot+pç.pdf".

The status bar at the bottom right shows the date "22/07/2020" and time "11:13".



Número: **0811494-52.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/06/2020**

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

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA (AUTOR)	ARTHUR LENNON ALVES MENESSES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10905 757	22/07/2020 11:12	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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, Francisco Rodrigues da Silva,
RG nº 791.613, data de expedição 05/07/17,
Órgão SSP1 PI, portador do CPF nº 536.047.923-04,
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R Lanna, nº 8250,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Edson Edson Cunha do silva, cujo o condutor era
marcos paulo martins.

Veículo: moto Modelo: Honda CG 125 FAN ES Ano: 2011

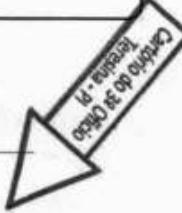
Placa: ODZ-8779 Chassi: 9C2 401 20 R 70 94 35

Data do Acidente: 27/12/18

Local e Data:



Teresina - 02/04/2019



Francisco Rodrigues da Silva

Assinatura do Declarante

marcos paulo martins

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Av. Luís Viana, 1022 - Centro - CEP: 64001-200 - Teresina-PI. Fone: (86) 3211-0189. E-mail: atendimento@teresina.tjpi.jus.br
Fax: www.tjpi.jus.br/contato

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO RODRIGUES
DA SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 02/04/2019. Selos: AAB88163-NE72
www.tjpi.jus.br/portalextra

José Hamilton Alves Cardoso-Escrivente Autorizado
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selos: 0,26 Total: 4,98 - OP: 292
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

Cartório Término - Juiz de Campainha
3º OFÍCIO DE NOTAS
José Hamilton A. Cardoso
Escrivania Autorizada



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Eudson Lumbu da Selva inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.677.953-05, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Francisco Eudson Lumbu da Selva inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.677.953-05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios
DEPARTAMENTOS DE
CONTROLE NÃO VERIFICADO
08 ABR 2019
GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Barros, 405 Log C
Centro - CEP: 64002-470
Teresina - PI

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Res 24 De Janus	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	CEP 64000-235
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6965

Teresina, 05 de Abril de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

01/2017



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Eudson Lumbu da Selva inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.677.953-05, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Francisco Eudson Lumbu da Selva inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.677.953-05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	CEP 64000-235
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6965

Teresina, 05 de Abril de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

01/2017



Par. contato
conosco, informe
esse IMPORTE

SEU CÓDIGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.248/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 019181534

019181534

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2019	25-03-2019	375	326,56

MARIA APARECIDA C CUNHA
R. CANAA 8250 S/C
CPF: 00070590125320
CEP: 64.067-110 - TERESINA

TABAJARAS

CEP: 64.067-110 - TERESINA	ROT: 11.001.42.47.043100
DADOS DA LEITURA	SATRAF DA LEITURA
Atual:	24111
Anterior:	23736
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo Médio:	375
Consumo Pico Unidade:	375
	FCAM
	Assentada: 18-03-2019

Forma de facturación: **NORMAL** Código de cliente: **1234567890** Días de consumo: **30**

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posta	Código Faz.	Média 12 meses
RESID. BX- RENDA	MONO	A596799		1-4-1=1	420
MES/CONSUMO				GAS-CRÍTICA DA CONTA	
Mês/ano consumo					
FEV/19	439	CONSUMO	30 A R\$ 0,313223 =	9,39	
JAN/19	333		70 A R\$ 0,536967 =	37,58	
DEZ/18	363		120 A R\$ 0,805452 =	96,65	
NOV/18	760		155 A R\$ 0,894961 =	138,71	
OUT/18	672	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CÓSIP)		22,77	
SET/18	552	DIFERENCA DE TARIFA		65,52	
AGO/18	485	SUBVENCAO BAIXA RENDA		44,06	
JUL/18	242				
JUN/18	294				
MAI/18	278				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
0 A 39 - 0,216590					
1 A 100 - 0,536967					
101 A 200 - 0,805452					
201 A 300 - 0,894961					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora subjetiva suspensa do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/04/2019, em função das contas revisadas nesta fatura. Várias pagamentos poderão anular temporariamente o bloqueio de consumo. Se houver informações sobre a fatura (anotações, anexos) e/ou as revisadas, no valor de R\$ 11.112,43 (Valor histórico), 1.450 tarefas estudos o pagamento fatura e cancelar o seu uso.

LITGUE 0800 0816 0800 E FACA QPCAP VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO			
COMPOSTO DA CORTE - R\$		INSCRIÇÃO FISCAL AUTOS - R\$	
Distribuição:	67,49	Base de Cálculo:	347,85
Energia:	130,41	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	22,07	Valor do ICMS:	93,99
Encargos:	13,91	Valor do PIS:	3,58
Tributos:	113,97	Valor do COFINS:	6,49%
			16,48

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

ENTE SEGURADORA S.A.
Centro de Resende, 465 Loja C
Bairro Novo CEP: 64.002-470
Teresina-PI

	Monte	Despesa	Amort.	Reserva	Reserv.	Desemb.	Reserva	Movim.
Líquido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Reservado								0,00
Corrente	0,00		0,00				0,00	

ROT: 11.001.42.47.043100



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI

SEU CÓDIGO
SUSPENSÃO

TOTAL A PAGAR - R\$

MES FATURADO

320,

05/2019

• 65-05-201

Nº da Nota Fiscal: 01000000000000000000

SEQ.: 00287 UC: 0350191-4 DT.LEIT.: 18/03/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 24111 NORMAL TOTAL: 326,56 CARGA: 047



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007221125501900000010340446>
Número do documento: 2007221125501900000010340446

Num. 10905757 - Pág. 4



SEU CÓDIGO
Para contato
conosco, informe → **001869-7**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 758 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.758/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imprensa autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 018211785

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	297	314,47

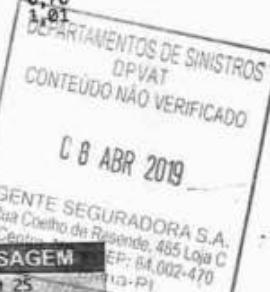
NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	19725	22/02/2019
Anterior:	19428	23/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 26/03/2019
Consumo Médio:	297	Emissão: 21/02/2019
Consumo Faturado:	297	Apresentação: 22/02/2019
Fase de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dia de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta	Código Faz.
COMERCIAL	MONO	A1418740	3.5.3.1	195

HISTÓRICO kWh		DESCRICAÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	297 A R\$ 0,957855 = 284,48
JAN/19	365	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	22,22
DEZ/18	57	MULTA POR ATRASO 01/19-00	6,76
NOV/18	0	JUROS POR ATRASO 01/19-00	1,01
OUT/18	96		
SET/18	299		
AGO/18	232		
JUL/18	184		
JUN/18	208		
MAI/18	211		
ABR/18	159		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 297 - 0,620568			



NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode regularizar suas dívidas de vencimento da sua fatura no dia 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio desse número de telefone.

RESERVADO AO FISCO F2C6.737A.1AE0.8044.7501.5023.0972.4888

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	53,46	Base de Cálculo:	284,48
Energia:	105,28	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	17,48	Valor do ICMS:	76,80
Encargos:	11,02	Valor do PIS:	4,01
Tributos:	99,24	Valor do COFINS:	18,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DNC			EBC			DMIC			DIRE		
	Mensal	Bimestral	Anual									
Último:	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03					
Realizado:	0,00			0,00			0,00					

Período de apuração: 12/2018, taxa: 19,43%

Centro - TERESINA-MACAUBA



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: Francisco Edson Cunha de SIlva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Francisco Edson Cunha de SIlva		CPF:	633.677.953-05
Profissão:	Estudante	Endereço:	R Canaa	Número: 8250 Complemento: Casa
Bairro:	Tanayanas	Cidade:	Teresina	Estado: PI CEP: 64067-110
E-mail:	Tel.(DDD): (86) 99534-6565			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 2004

CONTA: 93440

(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)

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):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário do documento

Local e Data, Teresina - Piauí 05/04/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072211125501900000010340446>

Número do documento: 20072211125501900000010340446



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**SUS SUS**

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA		Prontuário: 175777
Mae: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA		Pai: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
End.Resid.: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
ascimento: 21/10/1996	Idade: 22a2m6d	Sexo: Masculino Fone: - -
esponsável: CARLA		CNS: 200578217090007
Profissão: ESTUDANTE		CPF: * RG: -
Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DOS DO ATENDIMENTO:

Dóculo: 700251	Data: 27/12/2018 20:00:46	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Objetivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S
cid.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
CID Secundário:		

DADOS CLÍNICOS:

A mmHg	Pulso: _____	FC: bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: CID:			
<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p style="text-align: center;">08 ABR 2019</p> <p style="text-align: center;">GENTE SEGURADORA S.A. Rua Celso de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Trominhas, PA</p>			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

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

Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE





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:		
	633.677.953-05	Francisco Edson Lumba de Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	633.677.953-05
Profissão:	Endereco:	R. Canas	Número:	8250
Bairro:	Teresina	Cidade:	CEP:	64067-110
E-mail:	(86) 99534-6565			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 93440 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina - Piauí 05/04/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007221112550190000010340446>

Número do documento: 2007221112550190000010340446

Num. 10905757 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072211125501900000010340446>
Número do documento: 20072211125501900000010340446

Num. 10905757 - Pág. 9



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000291/2019-07

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 02/04/2019 - 12:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora

515446

27/12/2018 - 19:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

PEDRA MOLE

Endereço

AV. VEREADOR JOEL LOUREIRO, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

COMERCIAL CARVALHO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCOS PAULO MARTINS

RG: 2861115 SSP PI

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO MARTINS

Endereço: RUA CANAÃ, Nº 8250

Complemento: CONJUNTO ANITA FERRAZ

Bairro: CONJUNTO ANITA FERRAZ

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9887-5075 86-9494-4513

Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Mãe: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA

Pai: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Endereço: RUA CANAÃ, Nº 8250

Bairro: CONJUNTO ANITA FERRAZ

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante



Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA NA AV. VEREADOR JOEL LOUREIRO, SENTIDO NORTE SUL, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO 2011/2011, COR VERMELHA, PLACA ODZ-8779 TERESINA PI, RENAVAM 00361054173, PROPRIEDADE DE FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA, CONDUZINDO À VÍTIMA ACIMA RELACIONADO, MOMENTO EM QUE UM VEÍCULO, DE MARCA, PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, COLIDIU NA PARTE TRASEIRA DA MOTOCICLETA, PERDEU O CONTROLE E VEIO À CAIR, QUE À VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS E CONDUZIDO PARA HUT "HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº175777. FOI ARROLADO COMO TESTEMUNHA, MARIANO DA CONCEIÇÃO, RUA CANAÃ, 8094, CONJUNTO ANITA FERRAZ, TERESINA PI.

Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150
AGENTE DE POLÍCIA

FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000291/2019-07

Delegado de Polícia





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, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190265848 Vítima: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Data do Acidente: 27/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO EDSON CUNHA 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\$ 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 EDSON CUNHA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000093440-1

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, retorno 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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190265848 Vítima: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Data do Acidente: 27/12/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO EDSON CUNHA 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, contados 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 n° 14164745



B223 00339/00340 - carta 01 - INV/AI IDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007221125501900000010340446>
Número do documento: 2007221125501900000010340446

Num. 10005757 Pág. 13

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: 16/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000093440-1

Nr. da Autenticação E5619DCF1EB4BC1B



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072211125501900000010340446>
Número do documento: 20072211125501900000010340446

Num. 10905757 - Pág. 14

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120154/19

Vítima: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

CPF: 633.677.953-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EDSON
CUNHA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA : 633.677.953-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/04/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072211125501900000010340446>
Número do documento: 20072211125501900000010340446

Num. 10905757 - Pág. 15

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Francisco Edson Cunha da Silva	RG: 3.343.547	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO:
CPF: 633.677.953-05	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Estudante	Nº: 8250
ENDEREÇO: R. Canoa	COMPLEMENTO: Casa	BAIRRO: Tabajara	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64067-110	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Rose Soares Marques	RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.123-91	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Recuso	Nº: 544
ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro	BAIRRO: Centro	CIDADE: Teresina	UF: PI
			CEP: 64000-000

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIU MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFOI PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

Francisco Edson Cunha da Silva

Data do acidente de trânsito: 27/12/2018

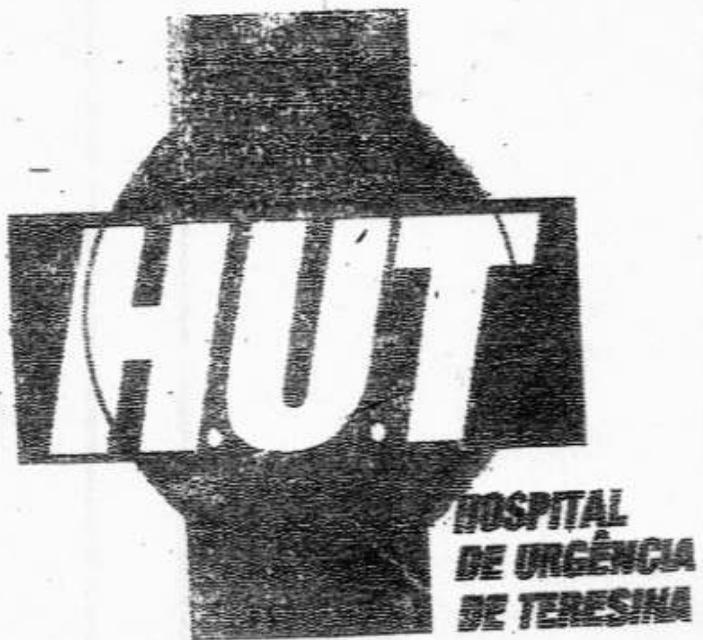
Cobertura da vítima: Imobiliz

LOCAL / DATA: TERESINA 29/03/2019

X Fc Edson Cunha da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Cartório Thermeleices Câmara	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Rua Luís Gonzaga, 520 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3224-0100 - E-mail: teresina@cartoriosjpj.tjpi.jus.br Fax: www.cartoriosjpj.tjpi.jus.br Assinatura: <u>Anastácia Gonçalves de Sampaio Ferreira</u>	CONSULE O SELO DIGITAL
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA. DOU FÉ. EM TEST. <u>F</u> DA VERDADE. Teresina-PI, 29/03/2019.	Selos: AAB80822-SYT <u>lmm</u>	CARÓLIO Thermeleices Sampaio 3º OFÍCIO DE NOTAS José Hamilton A. Cardoso Procurador Autorizado
José Hamilton Alves Cardoso-Escrivão Autorizado Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Salvo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 123		



NOME DO PACIENTE: Francisco Edben Rinha da Silve
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 175 777



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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Imp: 27/12/2018 20:41:33

(User: HERBERT ALENCAR)

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA		Prontuário: 175777
Mae: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA		Pai: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
End. Resid.: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 21/10/1996	Idade: 22a2m6d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: CARLA	CNS: 200578217090007	CPF: * RG: -
Profissão: ESTUDANTE	E.Civil: Solteiro(a)	
Instrução: Fundamental Completo		
Ind. Local.: - - -		

DOS DO ATENDIMENTO:

Código: 700251	Data: 27/12/2018 20:00:46	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S
Cid.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
CID Secundário:		

DADOS CLÍNICOS:

A mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID:	
<p style="text-align: center;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DATA: CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 08 APR 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Log C Centro, Norte CEP: 64002-410 Teresina-PI </p>			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

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

Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Professional - BE





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**SUS**

Imp: 27/12/2018 20:41:33

User: HERBERT ALENCA

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**ADOS DO PACIENTE:**

Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA		Prontuário: 175777
Mãe: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA		Pai: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
End.Resid.: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 21/10/1996	Idade: 22a2m6d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: CARLA		CNS: 200578217090007
Profissão: ESTUDANTE		CPF: * RG: -
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

ADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 700251	Data: 27/12/2018 20:00:46	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S
Acid.Trab.: NÃO	Trajeto?: Não	Tipico: Não
CID Secundário:		

DADOS CLÍNICOS:

A _____ X mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Patrícia Viana Sales Leão
 Matrícula: 027499
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 163018 AIH: 2218102660213
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE 200578217090007 FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA	NASCIMENTO 21/10/1996	SEXO M	PRONTUÁRIO 175777
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 86995214180	NOME DA MÃE MARIA APARECIDA CHAVES DA CUNHA	RESPONSÁVEL CARLA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA CANAA			NUMERO / LOTE 8250
BAIRRO	COMPLEMENTO TABAJARA	MUNICÍPIO TERESINA		UF PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

POS OP TARDIO(06) FRATURA TIBIA DIREITA, EVOLUI COM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTE E SINAIS FLOGÍSTICOS

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSITA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EX CLÍNICO, RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL L989 - AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO NAO ESPECIFICADOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 27/12/2018	
DATA ADMISSÃO 27/12/2018 20:00	DATA ALTA 30/12/2018 09:15	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ERICA PATRICIA CHAVES CPF: #9671341349	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Patrícia Virna Sales Leão Matrícula: CRM 7499 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL
CRM:	DATA ANALISE: 27/12/2018 21:01:12

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 28/12/2018

NOME DO PACIENTE:	Strawus Edson Cysl L. Sil	PRONTUÁRIO N°:	JAT-777
DIAGNÓSTICO:	Infuso Rigo Lordo Riso (D)	CIRURGIA:	Retin. + glauco. profus.
ANESTESIA:	Rapier	Nº DA SALA:	+ Lec (Rumi)
CIRURGIÃO:	Dr. Wiliamido L. Costa CRM-PI 4740/ESP-MA 6663	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESISTA:	Dr. milena	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Conceição	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	04		LUVA Nº 2,0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.			LUVA Nº 3,5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	04		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	0	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		Ostete 02	UNID.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				Electrodos - 05 unid.			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				Ercovas - 03 unid			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				Clipsom - 02 unid			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.				Faixa de surgi - 01			
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0		0,1					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Sangue mortinho			
PROLENE							





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 Edson Crib d Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Infarto agudo total da冠状 artery		
Operação - Tipo	Ressecção da glândula + Linc Penne		
Cirurgião	Dr. Wmild L COSTA	1º Assistente	
2º Assistente	Dr. Willmild L COSTA CRM-PI-0740/CRM-MA-6663 TEC00413063	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Conceição	Dra. milena	Anestesia
Anestésico(a)			Rapaz
Data da Operação	08.12.2018	Inicio OP:30	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
	O mm		

Relatório Imediato do Patologista

P

Acidente Durante a Operação

Nas feridas

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

P Ressecção da冠状 artery

Ligadura + Sutura + Cerrado oráculo

Sectio via d. aorta anterior na peno

Ressecção da glândula da冠状 artery - parafuso

Linfadectomia + parafuso

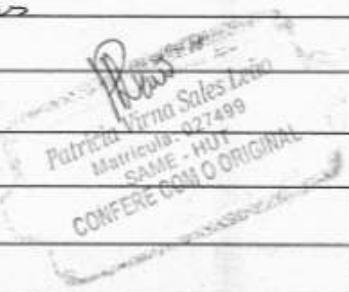
Parafusos

Linfadectomia

Linfadectomia da冠状 artery exaurida

Dimensão da ferida 3,2

Linfadectomia galo + curva



Dr. Willmild L. COSTA
CRM-PI-0740/CRM-MA-6663
TEC00413063

Mod. 76 HUT





FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVICO DE ANESTESIA

Francisco Edson Cunha de SIlva | Sala: | Alergia: | Data: 28.12.2018
procedimento: Ve | Cirurgião: | Observações:
JMC

Acesso Vascular

- o Periférico _____
Cat. Venoso nº __ G
 - o Dificuldade aces. venoso
Gastos __ cateteres
 - o Central

Via Afrca

- Cateter nasal
 IOT n° _____
 LMA n° _____

Monitorização

- Cardioscopia
 - PANI
 - Oxímetro de pulso
 - ETCO₂
 - Outros

Westenholz

- Geral Venosa
 - Geral Balanceada
 - Raquianestesia
 - Peridural
 - Bloqueio Periférico
 - Outros

Descripción:

SPO2 (%)	100	99	100	93	OK	
ETCO2 (mmHg)						
Aces. Venoso						
Aces. Venoso						
Diurese						
Perdas Sanguíneas						

Descrição da Anestesia: Bloqueio Subaracnóide de nocaína 0,5% perada

12mg + morjona Drug. Ucuna cloro.

Dr. Silvana R. Beyerle

31-241

Anestesiologista





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007221112550190000010340446>
Número do documento: 2007221112550190000010340446

Num. 10905757 - Pág. 25



DOMÉ DO PACIENTE	PRONTO-UNIFORME	CLÍNICA	ENF. OU A.F.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES		
28/12/2018					
	Visto. Nutricionista Edilane Nagueria CRN/PI 3716				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA				
3	CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS				
4	RANTIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 h				
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h				
6	UTILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h				
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SFO, 9% 6/8H SN				
8	OCUIDADOS GERAIS				
9					

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007221112550190000010340446>
Número do documento: 2007221112550190000010340446

Num. 10905757 - Pág. 27



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA N°.: 24087 – Em: (27/12/2018)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt.Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
229856	175777 FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA	21/10/1996	POSTO 2	ANEXO	EXTIA 05	LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Evolução:	Horas:	Alergias:			Diagnóstico Comorbidades:	
CSTEOMIELITE TIBIA DIREITA						

Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
1	ORAL Tipo LIVRE, Elixílio Wortmann Nutricionista NUTRICIONISTA PDRK-2600								21/12: Admitida com febre
2	GLICOSE 5%, INJ. 500ML = "SÓRIO GLICOSADO"	1,00	Frisco	EV	12/12h				Infeção em fluxo urinário
3	CEFALOFINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD	21/12/2018 06:00		
4	DIPIRORUA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML,	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD	21/12/2018 06:00	Secret profusão	
5	THIOTOCAM 2000MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h	AD	21/12/2018 06:00	Thioglicolato de sódio	
6	TRAMADOL 1000MG/2ML INJETÁVEL Em 100ML de ÁGUA, 9%	1,00	Ampola	EV	12/12h	SP 0,9%	21/12/2018 06:00	Tramadol, gota c/ 20 c/ ml	
7	PARITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	Ampola	EV	12/12h	20	21/12/2018 06:00	22h, eliminação adequada.	

Observações Gerais:

SINTAS VITais DE 6/6h

CIRURGIA AMANHA DR WILANILO



08 ABR 2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

OK

Diagnóstico e
abrigos. Cirurgia a 9/
Anel (20/12) 06/12/2018
W, tais los. Prendas que
fluxo urinário Caxias
130281

06h DA 09/06. Dado





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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA (Prontuário: 175777)			
Endereço:	RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	21/10/1996	Idade: 15a8m25d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 49932
Requisição:	196250	Solicitação: 16/01/2012	Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	
Controle:	252103	Convênio: S U S	OBSERVAÇÃO	UNICA (TRANSF.) LEITO ÚNICO

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 16/01/2012

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura alinhada em consolidação no terço distal da diáfise da tibia, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(ANTONIO

TERESINA - PI 15/07/2012

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007221112550190000010340446>
 Número do documento: 2007221112550190000010340446

Num. 10905757 - Pág. 30



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA (Prontuário: 175777)		
Endereço:	RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	21/10/1996	Idade:	22a3m20d
Requisição:	905496	Solicitação:	27/12/2018
Controle:	1125935	Convênio:	S U S
RELATÓRIO:			

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 27/12/2018

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na tibia distal.
- Partes moles sem particularidades.

CONCLUSÃO: Fratura na tibia distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072211125501900000010340446>
 Número do documento: 20072211125501900000010340446

Num. 10905757 - Pág. 31



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA (Prontuário: 175777)		
Endereço:	RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	21/10/1996	Idade:	22a3m20d
Requisição:	905496	Solicitação:	27/12/2018
Controle:	1125936	Convênio:	S U S
RELATÓRIO:			

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 27/12/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na tibia distal.
- Partes moles sem particularidades.

CONCLUSÃO: Fratura na tibia distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072211125501900000010340446>
 Número do documento: 20072211125501900000010340446

Num. 10905757 - Pág. 32

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190265848 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA **Data do acidente:** 27/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.7

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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





CÓDIGO DE CONTROLE
7910.2379.2CD7.C777

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Emittido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:12:26 do dia 29/03/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 11:12:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072211125501900000010340446>
 Número do documento: 20072211125501900000010340446



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME			
NELLE ROZE SOARES MARQUES			
FILIAÇÃO			
CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE			
NATURALIDADE			
CRATEUS-CE			
DOC. ORIGEM			
CERT. NASC. 529 L A1/F 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78			
TERESINA - PI			
22/05/1971			
DATA DE NASCIMENTO			
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR 2019

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

