

Browser tabs: Email - Alana Lima - Outlook, Controle de documentos, Audiências, PJR Consulta processos - Processo, PJR 0800832-51.2019.8.18.0068 - PJR

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=271471&ca=c9871f8b248ef858dd605cf8a5948a98e401db668cfa...

Apps: SITES DE TRABALHO

PJe ProceComCiv 0800832-51.2019.8.18.0068
NELSON DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT ...

11675101 - CONTESTAÇÃO (2747130 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 02/09/2020 09:46:35

02 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11675095 - CONTESTAÇÃO
 - 11675101 - CONTESTAÇÃO (2747130 CONTESTACAO 01)
 - 11675105 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
 - 11675108 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11675110 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11675112 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

09:48

downloadBinario.seam 1 / 9

2747130- CS/ 2020-05218/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOCADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08008325120198180068

Taskbar: 10:07 02/09/2020



Número: **0800832-51.2019.8.18.0068**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Porto**

Última distribuição : **22/07/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NELSON DA SILVA (AUTOR)		CARLA YOHANNA MOREIRA GONCALVES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11675105	02/09/2020 09:46	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2016

Carta nº: 9897462

A/C: NELSON DA SILVA

Sinistro: 3160626332 ASL-1112043/16
Vitima: NELSON DA SILVA
Data Acidente: 01/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO DE CARVALHO FREITAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00517/00518 - carta_01



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2016

Carta nº: 9899036

A/C: NELSON DA SILVA

Sinistro: 3160626332 ASL-1112043/16
Vítima: NELSON DA SILVA
Data Acidente: 01/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO DE CARVALHO FREITAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01185/01186 - carta_03





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10375285

A/C: NELSON DA SILVA

Sinistro: 3160626332 ASL-1112043/16
Vítima: NELSON DA SILVA
Data Acidente: 01/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO DE CARVALHO FREITAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01931/01932 - carta_02



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10451146

A/C: NELSON DA SILVA

Sinistro: 3160626332 ASL-1112043/16
Vitima: NELSON DA SILVA
Data Acidente: 01/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO DE CARVALHO FREITAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: NELSON DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003436

Conta: 00000026134-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00689/00690 - carta_15R



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160626332 - 1
Nome do(a) Examinado(a): NELSON DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA LUIZ JOSE nº 595 - CENTRO - PORTO/PI
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 128269919996 - SSP
Data local do exame: 25/01/2017 TERESINA/PI

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DA CLAVICULA DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRURGICO DA LESÃO COM OSTEOSINTESE.EVOLUIU COM SEQUELA FUNCIONAL NO MEMBRO;

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO COMPLETA DO OMBRO E FORÇA DE CARGA NO MEMBRO. DISCRETA DEFORMIDADE LOCAL.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)).

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSÃO NO MESMO -

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - TERESINA, 25/01/2017

Médico Perito: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM:52.53331-5 /RJ


Dr. Armando Sousa de Araújo
Médico Perito
CRM-RJ 52.5333-15
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EL. NELSON DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 128.28991999-6 EXPEDIDO POR SSP/MA EM 03/12/99 E
CPF 030604963-58 / CNPJ 00000000-000000-00, PROFISSÃO LAURADOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA NELSON DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

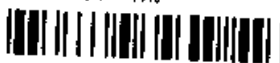
(*) A Circular Susep nº 415/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lo.ética com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

DOCUMENTO 1 *T196*



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3436 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013-0026134-4

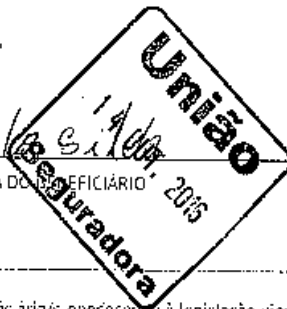
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

PORTO-AL 13 de SETEMBRO de 2016

LOCAL E DATA

Nelson da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que varia de acordo com o tempo de benefício) e de acordo com a legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvat.org, atendimento@dpvat.org ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE PORTO



BOLETIM DE OCORRENCIA

DADOS DA OCORRENCIA:

Ocorrência nº 199/2016	Data do Registro: 23/08/2016
Natureza: LESÃO CORPORAL ACIDENTAL DE TRANSITO.	Horário: 11:40 horas

NOTICIANTE:

NELSON DA SILVA, Brasileiro, natural de Brejo/MA, solteiro, lavrador, nascido em 26/06/1983, filho de Maria do Socorro Silva, portador da RG 12826991999-6 SSP-MA e CPF nº 030.604.963-58, residente na Rua Luz José nº 595, Bairro Mutirão, Porto - PI.

HISTORICO:

O noticiante informa a Autoridade que por volta das 17:30 horas do dia 1ª de agosto de 2016, trafegava no sentido sul/norte pela rodovia estadual - PI que liga Porto a Nossa Senhora dos Remédios, conduzindo a motocicleta de marca Honda CG 125 FAN KS, ano-modelo-210/2010, cor - preta, placa - NIR - 9267, chassi 9C2JC4110AR670223, licenciado em nome de Maria da Cruz Viana da Silva; QUE na localidade Maricá, zona rural de Porto-PI, colidiu em um animal (porco) que se deslocava pela rodovia; QUE em decorrência dessa colisão o condutor foi arremessado de cima da moto a uma distancia de mais ou menos cinco metros distancia, tendo sofrido fratura da clavícula direita; QUE o condutor da moto após acidente foi conduzindo em veículo particular para o Hospital Municipal Dr. Roosevelt Bastos de Porto e em 02.08.2016 foi encaminhado para o Hospital de Urgência de Teresina - HUT em Teresina-PI, onde recebeu atendimento medico como prontuário de atendimento do referido hospital que apresenta copia nesta Delegacia; **QUE o condutor do moto não usava equipamentos de segurança e nem possui Carteira Nacional de Habilitação - CNH.**

DADA e LAVRADA, nesta Delegacia de Polícia da cidade de Porto, Estado do Piauí. Aos **vinte e três dias do mês de agosto de 2016**. Eu, Francisco das Chagas Sousa e Silva, Escrivão de Polícia Civil, que o digitei.

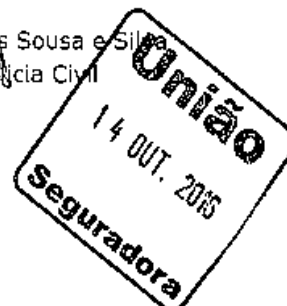
DOCUMENTO 1 "T1%"



NOTICIANTE: Nelson da Silva

Witalo Rodrigo de Lemos Vasconcelos
Delegado de Polícia Civil

Francisco das Chagas Sousa e Silva
Escrivão de Polícia Civil



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, NELSON DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 12826991999-6 e inscrito no CPF/MF sob o nº 030.604.963-58, residente e domiciliado na RUA LUIZ JOSE 595 595 8 - URBANO, Cidade PORTO, Estado PARÁ, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 "T396"



Nelson da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PORTO-PA 13/09/16

Local e data





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO
HOSPITAL DR. ROOSEVELT BASTOS
AV. DIRCEU MENDES ARCOVERDE 360 - CENTRO PORTO-PI
CNPJ: 06.554.414/0001-49
CEP: 64143-000 FONE: 3243-1260



REGISTRO

SUS 705002294116756

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME

neilson da Silva

DATA DE NASCIMENTO

26/06/83

PROFISSÃO

condutor

COR

pe

SEXO:

MAS. ☒

FEM. ☐

NATUR:

Bras - MA

TELEFONE

98883-428

RG:

12.926.991/999

PAI

FILIAÇÃO:

MÃE Maria do Socorro da Silva

ENDEREÇO:

rua multissã R. Luiz José

MUNICÍPIO

Porto

ESTADO

PI

CEP:

64145000

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ATENDIMENTO

01/08/16

HORA:

18

PROFISSIONAL:

Dr

MOTIVO DO ATENDIMENTO

br clonista de auto

Acidente de Trânsito

DIAGNOSTICO

Pratica clonista D.

DOCUMENTO 2 *T2%



EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTOS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONSULTA BASICA _____ ☐
AEROSSOL _____ ☐
DRENAGEM DE ABCESSO _____ ☐
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO _____ ☐
PEQUENA CIRURGIA _____ ☐
SUTURA SIMPLES _____ ☐
TERAPIA MEDICAMENTOSA _____ ☐
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO _____ ☐
RETIRADA DE PONTOS _____ ☐
RETIRADA DE GESSO _____ ☐
CURATIVO _____ ☐

DATA:

07/09/16

ASSINATURA DO MEDICO

Francisco de Carvalho Miranda
MÉDICO - CRM - PI 2876
CPF: 709.783.873.88

NOME:

Maria do Socorro da Silva

União
14 OUT. 2016
Seguradora



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: 27/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NELSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000026134-4

Nr. da Autenticação 0BC32035E53E364C



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, NELSON DA SILVA

RG nº 1282699/999-6 data de expedição 01/12/99 Órgão SSP/MA

CPF nº 030.604.963-58, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA LUZZ JOSÉ</u>
Número	<u>595</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>URBANO</u>
Cidade	<u>PORTO</u>
Estado	<u>PELOU</u>
CEP	<u>64.145-000</u>
Telefone de Contato	<u>186 / 99584-4922</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data. PORTO-PE 13/09/16

Assinatura do Declarante: x Nelson da Silva



SEU CÓDIGO
789155-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
Fone: 06 3477-7400(031-39)1 Insc. Estadual: 12.201.345-5
Insc. Fiscal e Contrib. de Energia Elétrica - Sefre 08-7
Pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ nº 07.974.061/94

000304693

A família Social da Energia Urbana = ESU foi criada em 2002, com o intuito de promover o desenvolvimento sustentável.

[illegible]

MARIA DO SOCORRO DA SILVA
R. LUIZ JOSE 595 595 B-URBANO
CPF: 00093423497300
CEP: 64.145-000 - PORTO

ROD: 129.324.07.32.53700%

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	6779	Atual:	12/07/2016
Anterior:	6689	Anterior:	13/06/2016
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	11/08/2016
Consumo Mensal:	90	Emissão:	12/07/2016
Consumo Faturado:	90	Assinatura:	12/07/2016

CLASSIFICAÇÃO		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classificação	Subclassificação	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código de Fila	Módulo 12 meses
RESID. BA. RENDA	MONO		A1036027		1.4.1.1	72

HISTÓRICO LUB	DESCRIÇÃO DA COTA	
JUN/16 188	CONSUNO	30 A R\$ 0,203706 = 6,11
MAI/16 76		60 A R\$ 0,349197 = 20,95
ABR/16 70	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTP)	5,05
MAR/16 66	DIFERENÇA DE TARIFA	25,90
FEV/16 55	SUBVENCAO BAIXA RENOA	19,37
JAN/16 76		
DEZ/15 69		
NOV/15 75		
OUT/15 62		
SET/15 71		
TARIFA DE TRÂNSITO:		
CPA - R\$ 1.570,00		
CPA - R\$ 2.607,90		

MENSAGENS IMPORTANTES / PRAZO DE VENCIMENTO
 Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/06/2016, em função das contas reguladas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar em corte e inclusão do nome do consumidor na SUZEL - Informação: cidade existente(s) com(s) vencido(s) em 26/06/2016. O valor do R\$ 199,65 (valor mínimo). Caso tenha efetuado o pagamento favor reconsiderar este aviso.

A COBRANCA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS- LIGUE 0800 086 8800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO 1189.C1CC.ED9F.1B3E.5BC1.0AF2.78B3.CA0A

RESERVADO AO FISCO		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			52,96
Distribuição:	13,54	Base de Cálculo:	
Energia:	19,93	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	1,83	Valor em ICMS:	10,59
Encargos:	4,30	Valor do PIS:	0,49
Tributos:	13,36	Valor do COFINS:	2,28

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
7,66	15,32	30,65	3,73	7,47	14,95	4,31	
0,00			0,00			0,00	

MATIAS OLIMPIO

0572016

8,90

MATIAS OLIMPIO

REF: 129.324.07.32.537000

 Eletrobras
Distribuição Paulista

COMPANHIA LINGUETICA DO BRASIL
Av. Marginal 759 - Centro 550 - Telefone + 51
Cidade 06.423.22/0001-89/Bras. Estabelec. 10.301.343-0

SEU CÓDIGO

789155-5

MEŠTARUINO

07/2016

Nº da Ficha

TOTAL A PAGAR - R\$

33.64

VENDIMENTO

19/07/2016

24603 Field

04622 T.C.M.

05 3437 22/0001-69] 1996 Estructura 10 3071 365-9





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LEONARDO DE CARVALHO FREITAS, portador(a) do

RG nº 2.502 073, expedido por SSP, em

25/07/2002 CPF/CNPJ nº 007 044 833-78

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) NELSON

DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima NELSON DA SILVA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AGENTE DE SAÚDE Renda Mensal: R\$ 1.014,00

Documentos comprobatórios: RG e CPF/Comp. Residência

Leonardo de Carvalho Freitas
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DA CRUZ VIANA DA SILVA

RG nº 1237-174, data de expedição 16/11/87

Órgão SSP, portador do CPF nº 057.195.003-80 com

domicílio na cidade de PORTO, no Estado de

PIAUÍ, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

AV MADRILIO LEITE, nº 619,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima NELSON DA SILVA, cujo o condutor era

NELSON DA SILVA

Veículo: PAS/ MOTOCICLETO

Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

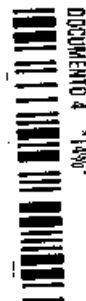
Ano: 2010

Placa: NIR-9267

Chassi: 902304110ARG70223

Data do Acidente: 01/08/2016

Local e Data: PORTO-PI, 25 AGOSTO 2016



Maria da Cruz Viana da Silva
Assinatura do Declarante

[Handwritten signature/initials]

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

RECONHECER FIRMA

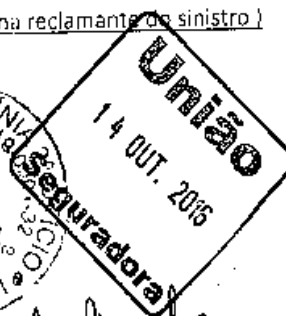
Reconheço por ☐ Semelhança, ☐ Por abreviação ou

☒ Autenticidade ass. Firmada

peço que firme a presente. Dou fe

Porto (PI) Em 25.08.2016

Virginia Castelo Branco Sales Andrade
Virginia Castelo Branco S. Andrade
Escritor Substituta
CPF/MF nº 769.036.893-68





ALTA

**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DOCUMENTO 5 "75%"



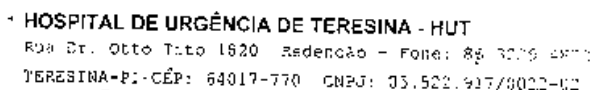
NOME DO PACIENTE: NELSON DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 414 389



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





att

DADOS DO PACIENTE:

NHEΘ 05/08/66
25 08:30

Nome: NELSON DSA SILVA		Prontuário: 414389	
Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA		Pai:	
End.Resid.: RUA DR. MARIA CARVALHO SANTOS, 1204 - PORTO FLORESTAL - TERESINA - PI - CEP: 64060-080			
Nascimento: 26/06/1983	Idade: 33a:2m:7c	Sexo: Masculino	Fone: 86-98383-4285
Responsável: MARIA DO SOCORRO DA SILVA		CNS: 705004294116756	
Profissão: LAVRADOR		Documento: RG: 1380499199965 - SSPPI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(A)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	560363	Data: 02/08/2016 19:29:32	Condução: 1 - 1ª condução
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: W289

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Anál/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação:</u>
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento recente	OPTOMETRISTA	Verde
<u>Breve História:</u>		<u>Profissional Clás. Risco:</u>	
vítima de acidente automobilístico há 1 dia, atingindo o lado direito do corpo. da qual teve lesões medicamentosas		Profissional Clás. Risco: ROMAN REZENDAS HOLANDA COREM 022664 PI Em: 02/07/2016 18:37:24	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ;)

Paruta ps acutula de
hab opuntia de in orb
⑤ - ps uetue pectus a
mille uile ⑤

PA _____ X _____ (reading)	Pulse: _____	ECG _____	SpO2 _____	Temp: _____
Diagnosis: _____				
<i>Mr. Wilson, Dept. 10</i>				

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

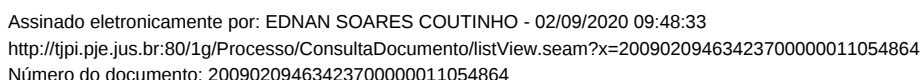
[illegible]

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: 1 / 1 HORA: 1

Maria do Socorro da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

7 Ver to B
 14 OUT. 2015
 União
 1902-15788
 CRIM 15788
 Médico
 Genêdo Neto
 04000150 541.2
 Procedimento CTD
 Albeito de Jesus
 CRIM 15788
 Médico
 Genêdo Neto
 04000150 541.2
 Procedimento CTD





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente		
MELISSA DA SILVA		
Diagnóstico pré-operatório		
fratura do ombro		
Operação - Tipo		
RMH de placa e parafusos		
Cirurgião	1º Assinante	
Urmelino	GERARDO (122)	
2º Assinante	3º Assinante	
Amelo (B31)		
Instrumentador(a)	Anestesiista	Anestesia
	Dr. Leonardo Raulino	Genl: EV Amelo
Anestésico(a)	Dr. Leonardo Raulino	
	Médico Anestesiologista	
Data da Operação	Início	Fim
04/08/16	11:00	13:00 (2:00)
Diagnóstico Pós-operatório		

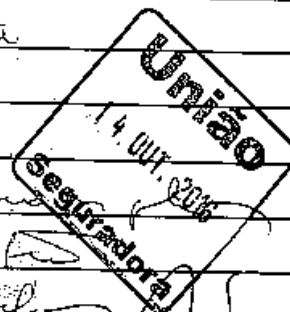
Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Ponto de acesso da pele
Anestesia e atropina
Ligadura da artéria
Ligadura da veia
Ligadura da artéria
Ligadura da veia
Parafusos de placa e parafusos
Suturas por chumbo
Centuro



Dr. Leonardo Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 2608

MOD. 76 - HUT





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	PRONTUÁRIO CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
			QUANTL.	DIÁRIO	OBSERVAÇÕES	
02		Prescrição de Contracepção				
03		Visto Nutricionista Juliana Lima CRN/PI 5008				
04		Prescrição de Contracepção				
05		Prescrição de Contracepção				
06		Prescrição de Contracepção				
07		Prescrição de Contracepção				
08		Prescrição de Contracepção				
09		Prescrição de Contracepção				
10		Prescrição de Contracepção				
11		Prescrição de Contracepção				
12		Prescrição de Contracepção				
13		Prescrição de Contracepção				
14		Prescrição de Contracepção				
15		Prescrição de Contracepção				
16		Prescrição de Contracepção				
17		Prescrição de Contracepção				
18		Prescrição de Contracepção				
19		Prescrição de Contracepção				
20		Prescrição de Contracepção				
21		Prescrição de Contracepção				
22		Prescrição de Contracepção				
23		Prescrição de Contracepção				
24		Prescrição de Contracepção				
25		Prescrição de Contracepção				
26		Prescrição de Contracepção				
27		Prescrição de Contracepção				
28		Prescrição de Contracepção				
29		Prescrição de Contracepção				
30		Prescrição de Contracepção				
31		Prescrição de Contracepção				
32		Prescrição de Contracepção				
33		Prescrição de Contracepção				
34		Prescrição de Contracepção				
35		Prescrição de Contracepção				
36		Prescrição de Contracepção				
37		Prescrição de Contracepção				
38		Prescrição de Contracepção				
39		Prescrição de Contracepção				
40		Prescrição de Contracepção				
41		Prescrição de Contracepção				
42		Prescrição de Contracepção				
43		Prescrição de Contracepção				
44		Prescrição de Contracepção				
45		Prescrição de Contracepção				
46		Prescrição de Contracepção				
47		Prescrição de Contracepção				
48		Prescrição de Contracepção				
49		Prescrição de Contracepção				
50		Prescrição de Contracepção				
51		Prescrição de Contracepção				
52		Prescrição de Contracepção				
53		Prescrição de Contracepção				
54		Prescrição de Contracepção				
55		Prescrição de Contracepção				
56		Prescrição de Contracepção				
57		Prescrição de Contracepção				
58		Prescrição de Contracepção				
59		Prescrição de Contracepção				
60		Prescrição de Contracepção				
61		Prescrição de Contracepção				
62		Prescrição de Contracepção				
63		Prescrição de Contracepção				
64		Prescrição de Contracepção				
65		Prescrição de Contracepção				
66		Prescrição de Contracepção				
67		Prescrição de Contracepção				
68		Prescrição de Contracepção				
69		Prescrição de Contracepção				
70		Prescrição de Contracepção				
71		Prescrição de Contracepção				
72		Prescrição de Contracepção				
73		Prescrição de Contracepção				
74		Prescrição de Contracepção				
75		Prescrição de Contracepção				
76		Prescrição de Contracepção				
77		Prescrição de Contracepção				
78		Prescrição de Contracepção				
79		Prescrição de Contracepção				
80		Prescrição de Contracepção				
81		Prescrição de Contracepção				
82		Prescrição de Contracepção				
83		Prescrição de Contracepção				
84		Prescrição de Contracepção				
85		Prescrição de Contracepção				
86		Prescrição de Contracepção				
87		Prescrição de Contracepção				
88		Prescrição de Contracepção				
89		Prescrição de Contracepção				
90		Prescrição de Contracepção				
91		Prescrição de Contracepção				
92		Prescrição de Contracepção				
93		Prescrição de Contracepção				
94		Prescrição de Contracepção				
95		Prescrição de Contracepção				
96		Prescrição de Contracepção				
97		Prescrição de Contracepção				
98		Prescrição de Contracepção				
99		Prescrição de Contracepção				
100		Prescrição de Contracepção				

Dr. Gedão M.
Médico
CRM 15788
União
14 OUT 2020
Seguradora

MOD 007 - HUT

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICODATA 01/08/16

NOME DO PACIENTE: <u>Nelson da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>2134389</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Leandro</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Leandro</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Julcilene</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 6,5.7.10 e 7,5	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 8.0 e 8,5	PAR	04	
AGULHA RAQ'JE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	15	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	50	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	01		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	01		<u>Respon</u>	<u>10</u>	<u>04</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO				
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	3-0	03					
FITA UMBILICAL							
VICRYL	2-0	01					
PROLENE							
				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE: <u>Enocleto</u>			





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO
HOSPITAL DR. ROOSEVELT BASTOS
AV. GORGES MENDES ARCOVERDE 369 - CENTRO PORTO-PI
CNPJ: 06.534.414/0001-49
CEP: 64145-000 FONE: 3243-1260



REGISTRO

SUS: 70500294116256

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Nelson da Silva

DATA DE NASCIMENTO

14/06/83

PROFISSÃO

condutor

COR

br

SEXO

MAS

FEM

☒

NATUR

Bras - n. a

TELEFONE

8883-928

RG

1292699/000

FILIAÇÃO

PAI

MÃE

maria do Socorro da Silva

ENDEREÇO

rua multissid R. Luiz

MUNICÍPIO

Porto

ESTADO

PI

CEP

64145000

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ATENDIMENTO

01/02/16

HORA

18

PROFISSIONAL

12

MOTIVO DO ATENDIMENTO

br - sub-aviso

Atestado de 7/2/16

DIAGNOSTICO

permanência da sub-aviso

DOCUMENTO 1 *T1%



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE
HOSPITAL MUNICIPAL - R. L. SOARES COUTINHO, 100
S. Adm. - Edifício - 3º andar - N.º 30000-000
Fone: (33) 3333-3333 - Fax: (33) 3333-3333
E-mail: hospital@portopi.pi.gov.br

PSF 05

Nelson da Silva

Maria do Socorro da Silva
Rua Luis José, Bairro Multirão

M 55 kg, altura 26/06/1983 Brejo-MA (abrilado)

ANAMNESE E EXAME

Relato do paciente de que, atualmente, o braço direito
paciente de 33 anos, que sofreu acidente de trânsito
e fratura da clavícula direita, após se queixar de dor no
ombro direito.

Exame físico: não se aplica.

Exame de saúde

Exame de saúde atualizado

Exame de saúde

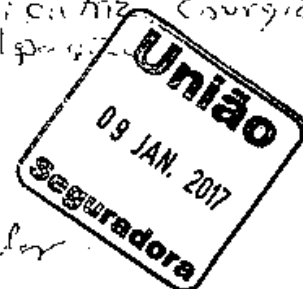
Exame de saúde baixo nível econômico

Paciente aparentemente magro, peso: 55 kg, A: 166 cm,
IMC: 20,3. PA: 140/100 mmHg. Observo cicatriz cirúrgica
na região da clavícula, dolorosa à palpação.

HAS para estudo

seguida da fratura da clavícula

solicitado estudo para auxiliar HAS.



Osmel Chacon Rodriguez
RMS-PI 2208265



EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTOS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONSULTA BASICA _____ ☐

AEROSOL _____ ☐

DRENAGEM DE ABCESSO _____ ☐

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO _____ ☐

PEQUENA CIRURGIA _____ ☐

SUTURA SIMPLES _____ ☐

TERAPIA MEDICAMENTOSA _____ ☐

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO _____ ☐

RETIRADA DE PONTOS _____ ☐

RETIRADA DE GESSO _____ ☐

CURATIVO _____ ☐

DATA:

07/01/16

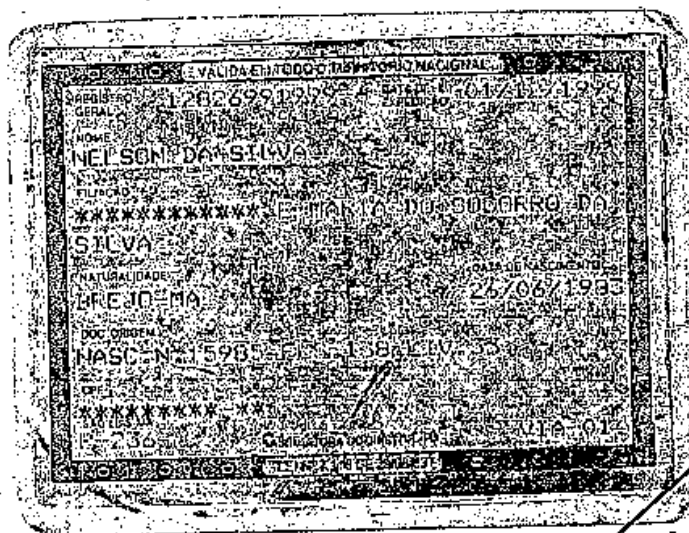
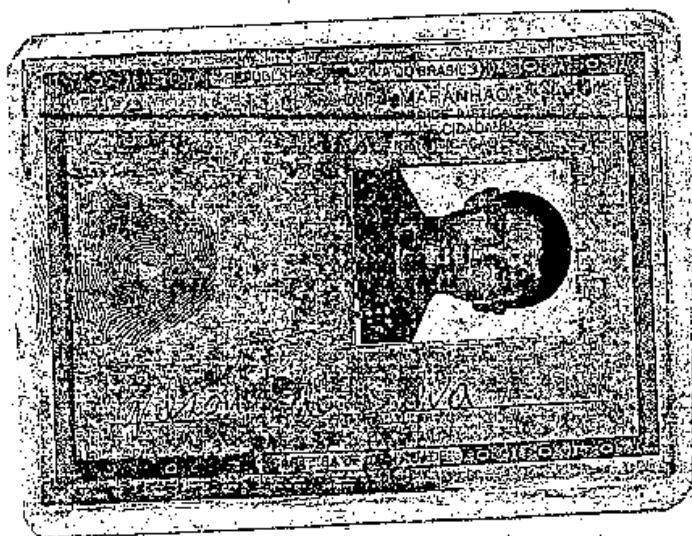
ASSINATURA DO MEDICO

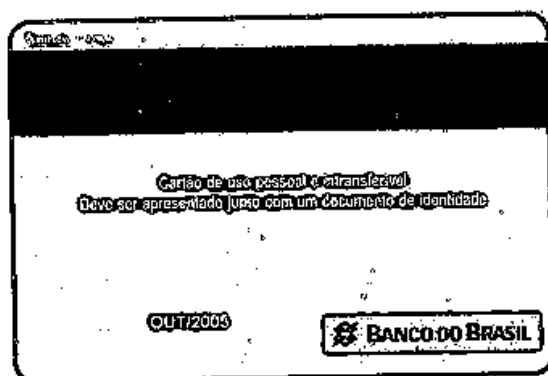
Ednan Soares Coutinho
 Ednan Soares Coutinho
 CRM - PI 2876
 CPF: 703.733.873-88

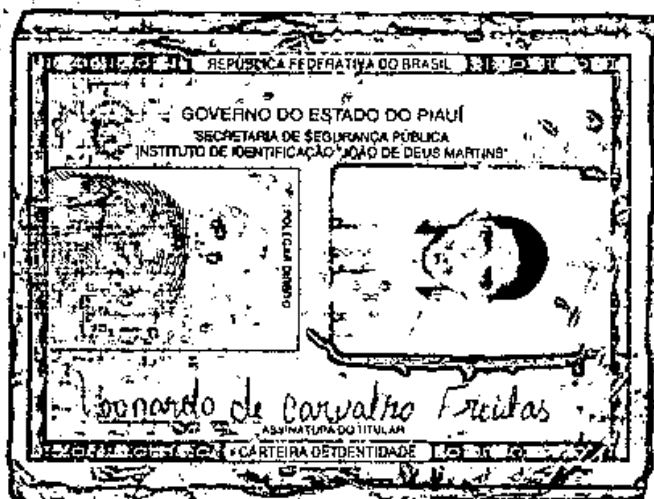
NOME:

Maria de Solorro da Silva

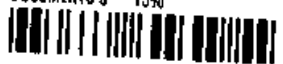


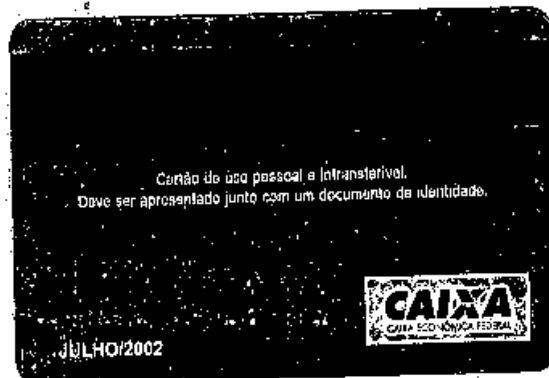






DOCUMENTO 3 "T396"





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 9172851444
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
000028444

2892 VIA 1 332022803 2010
3307
86ab
7064
b079
74bc MARIA DA CRUZ VIANA DA SILVA
9c5f
baf4
0723
0006
6712

01719500380 NIR-9267
9C2JC4110AR670223

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA GASOLINA
HONDA/CG 125 FAN KS 2010 2010
02E/0124CC PARTIC PRETA
IPVA 00000000 PAGO

ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

PORTO 28/06/2011

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES SEM VESTRETE OU POSSUINDO CARGA PESSOAL TRANSPORTADA QUANDO SEGURO DPVAT

PINº 9172851444 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCICIO 2010
01719500380 NIR-9267

BILHETE DE SEGURO DPVAT
PINº 9172851444 EXERCICIO 2010 DATA EMISSAO 28/06/2011
01719500380 NIR-9267
332022803 HONDA/CG 125 FAN KS
2010 9C2JC4110AR670223

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 038,11 DENAT (R\$) 004,23 CUSTO DO SEGURO (R\$) 042,34
CUSTO DO BILHETE (R\$) 003,90 (R\$) 000,33 (R\$) 088,95

PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITACAO 16/06/2011

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04

FEV-2011

DOCUMENTO 7 *T7%*



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160626332

Cidade: Porto

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NELSON DA SILVA

Data do acidente: 01/08/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ OMBRO DIREITO 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160626332

Cidade: Porto

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NELSON DA SILVA

Data do acidente: 01/08/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO COMPLETA DO OMBRO E FORÇA DE CARGA NO MEMBRO. DISCRETA DEFORMIDADE LOCAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO DA LESÃO COM OSTEOSINTESE.EVOLUIU COM SEQUELA FUNCIONAL NO MEMBRO;

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/01/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



