

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface. The title bar includes tabs for Audiência, Upload, Controle, Caixa de..., Download, Consulta, 0816630..., Tribunal, Portal do Advogado, WhatsApp, and others. The main content area shows a document titled "11791853 - CONTESTAÇÃO (2749306 CONTESTACAO 01)" dated 09 Sep 2020. On the left, a sidebar lists "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" with several sub-items, including "11791849 - CONTESTAÇÃO (2749306 CONTESTACAO 01)" which is expanded to show "11791853 - CONTESTAÇÃO (2749306 CONTESTACAO 01)", "11791854 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)", "11791863 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)", "11791874 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)", and "11791880 - PROCURAÇÕES". The right side displays a scanned document header with the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "2749306- C3/ 2020-03342/ INVALIDEZ EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". The bottom status bar shows icons for Windows, taskbar, and system information like battery level and date/time.



09/09/2020

Número: **0816630-93.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **30/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA (AUTOR)</b>	<b>GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11791 854	09/09/2020 10:39	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190631219**

**Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA**

**Data do Acidente: 16/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA**

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 nº 15093241

Pag. 00491/00492 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030246



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 1



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

---

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190631219

Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000044424-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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](http://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](http://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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190631219

Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. 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

Pag. 0080/01/00802 - carta\_02 - INVALIDEZ



00070401

Carta nº 15478801



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190631219**

**Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA**

**Data do Acidente: 16/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 680,40

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

Graduação: Complemento por reanálise 7.2%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (7.2% de 70%) 5,04%

Valor a indenizar: 5,04% x 13.500,00 = R\$ 680,40

**Recebedor: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA**

**Valor: R\$ 680,40**

**Banco: 104**

**Agência: 000001989**

**Conta: 0000044424-6**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Pag. 0117/01118 - carta\_30 - INVALIDEZ



**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190631219 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA Data do acidente: 16/02/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E CUNHA PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO CARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS K.  
P14

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
934.435.873-72 Francisco Carlos Osório de Leme

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

5 - Nome completo:	Francisco Carlos Osório de Leme	6 - CPF:	934.435.873-72
7 - Profissão:	Mecânico	8 - Endereço:	Rua Seis
9 - Número:	2001	10 - Complemento:	Esse
11 - Bairro:	Socorro Archeside	12 - Cidade:	Teresina
13 - Estado:	PI	14 - CEP:	64000-000
15 - E-mail:	edranseguros2@live mail.com	16 - Tel.(DDD):	(84) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 1989	CONTA: 44424	6
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (nascerá)?	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura do beneficiário (não falecido)

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

*Francisco Carlos Osório de Leme*

Teresina - PI 07/11/15

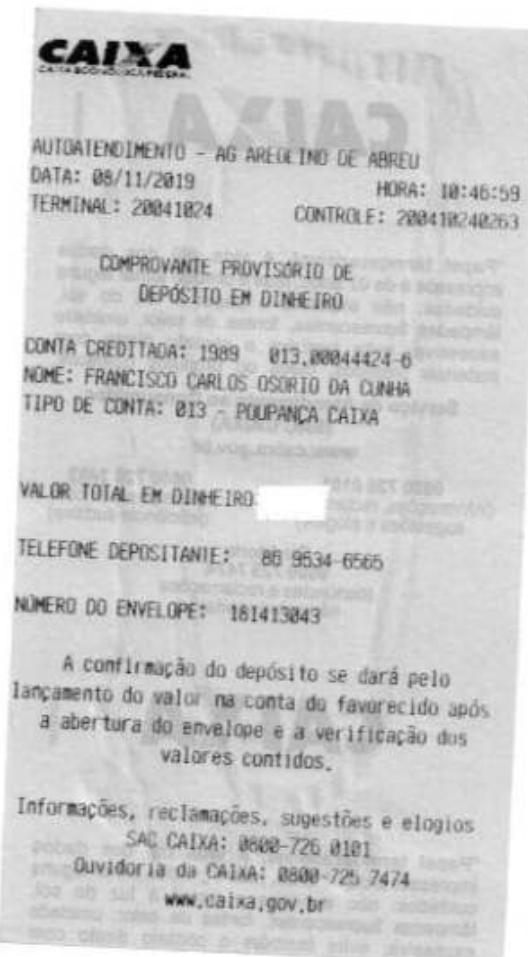
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

000/00000



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 7

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190631219  
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Carlos Osorio da Cunha  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Seis, 2001 Dirceu Arcoverde Centro Teresina PI CEP: 64078-705  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SP ] 1720251  
Data local do acidente: [ 16/02/2019 ]  
Data local do exame: [ 11/02/2020 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**RUPTURA TRAUMÁTICA DOS LIGAMENTOS DO PUNHO E DO CARPO.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**

**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30°) E PRONO-SUPINAÇÃO (20°) DO ANTEBRAÇO DIREITO. APRESENTA AINDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 60°) DO COTOVELÔ DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**SEQUELA FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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 (\*).

"Vítima 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)

- 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 - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

  
Dr. Ismar Aguiar Marques Filho  
CPF - 791.120.723-20  
CRM/PI - 3165

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 8



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010278/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2019 12:03 Data/Hora Fim: 06/11/2019 12:24  
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 16/02/2019 20:34

559151

Local do Fato

Município: Teresina (PI)  
Logradouro: AV; AMELIA RUBI  
Complemento: AV; AMELIA RUBI

Bairro: Itararé

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA (VÍTIMA , COMUNICANTE , CONDUTOR , ENVOLVIDO )

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
Francisco Carlos Osorio da Cunha	Veículo	Motocicleta/Motoneta	Placa LVM3122, Chassi 9C2JC30706R835065, Núm. Motor JC30E76835065, Renavam 00879369419	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O NOTICIANTE QUE CONDUZIA A MOTO ACIMA CITADA, RELATA QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTO CAIU, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIRO E LEVADO PRA UPA DO RENASCENÇA, E TRANSFERIDO PARA O HUT. PRONTUARIO.502975. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

ASSINATURAS

Narceiza de Maria Chaib Lima

Escrivã de Polícia

Matrícula 0091120

Responsável pelo Atendimento

Francisco Carlos Osorio da Cunha

(Condutor / Envolvido / Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou(o) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar  
Impresso por: Narceiza de Maria Chaib Lima  
Data de Impressão: 06/11/2019 12:31  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009091039231180000011162706>  
Número do documento: 2009091039231180000011162706

Num. 11791854 - Pág. 9

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 934.435.873-72	4 - Nome completo da vítima: Francisco Carlos Osório de Leme	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo: Francisco Carlos Osório de Leme		6 - CPF: 934.435.873-72		
7 - Profissão: Motorista		8 - Endereço: Rua Seis	9 - Número: 2001	10 - Complemento: esq
11 - Bairro: Teresina		12 - Cidade: Teresina	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: eduanosseguros@live mail.com		16 - Tel.(DDDI): 186/99534-6565		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:				
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> 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)				
<b>AGÊNCIA:</b> 1989 <b>CONTA:</b> 444 24 6				
<small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>				
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) <b>Nome do BANCO:</b> _____				
<b>AGÊNCIA:</b> _____ <b>CONTA:</b> _____				
<small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>				
<b>Autorizo</b> a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
<b>Declaro, sob as penas da lei,</b> 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 Lider 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.				
23 - Declaração de únicos beneficiários - Preenchimento somente para cobertura de morte				
23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		
24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.				
<b>34</b> Impressionar digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado				
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____				
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____				
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____				
40 - Local e Data, _____ Teresina - PI 07/11/19				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____				
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____				
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____				





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

**SUS-SUS**

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA		Prontuário: 502975
Mae: LUIZA DA COSTA OSORIO DA CUNHA	Pai:	
End. Resid.: RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 20/10/1978	Idade: 40a3m28d	Sexo: Masculino Fone: 86-88059-684
Responsável: JUCILENE SOUSA	CNS: 709205233676539	
Profissão: MECANICO	CPF: * RG: 1720251 - SSPI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

#### **ATOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 708113	Data: 17/02/2019 00:18:51	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S		
Acid.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Típico: Não	CID Secundário: V299

**DADOS CLÍNICOS:**

**DADOS CLÍNICOS:**  
 Fimbre esp. rubore de audire no horizonte  
 no de 16/02/19 às 18:30 - S.C.; nege trans respi-  
 ratorio, nega perda de consciousness, fome e fadiga  
 rebute fome em um tubo (D), Gardner (D) exalando  
 com os dedos (F/F4) sinto féri ADM: enem-  
 phasis do VTA com náuseas de excreção  
 Regressivamente (D); EF: dem. tubo (D) +/+/  
 entree; da epilepsia tub cistocele (D);  
 x    Possui dor de estômico (D)  
 Diagnóstico Inicial: exame FER

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**  
- Rx de bula (C), Rx artrite han (C), Rx  
colangite (C) - HUT DR. ZENON ROCHA  
- Rx de pulmão (C) - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - RAIOS X FEG

<u>- AO CC</u>		<u>EXAME:</u> <u>PUNHO D OI:53</u>	<u>DATA:</u> <u>17/08/19</u>	<u>DATA:</u> <u>_____</u>
<u>ALTA:</u> <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Por Evasão <input type="checkbox"/> A Pedido		<input type="checkbox"/> Retorno à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência: <b>TECNOLOGO</b>		
		<u>DATA SAÍDA:</u> <u>/ /</u>		
		<u>( ) Internação na Unidade</u> <u>Proced. Solicitado:</u> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">             Marcada: 9904            SEME - HUT         </div>		
<u>OBITO:</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>DESTINO:</u> <u>CID Compatível:</u> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">             Prof. Solicitante            Intimação:         </div>		

Susilene de S. Oliveira  
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Paciente ou Responsável

---

Gabinho - Assinatura - Professional - BPI

*...for all our customers*

## Solicitações do médico



TERESINA UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA  
Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

Imp: 16/02/2019 19:45:59  
(User: TERCIO DANTAS)  
(Estação: SALADEGESSO-PC)

## ADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA		Prontuário: 139657
Mãe: LIZIA DA COSTA OZORIO	Pai:	-
End.Resid.: RUA 6A , 2001 - PARQUE ITARARE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 20/10/1978	Idade: 40a3m27d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão:	Documento: Reg.Nasc:	
Instituição: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 331469	Entrada: 16/02/2019 19:07:40	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura	Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO		

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
Dores	Dor intensa	Laranja

Resumo Histórica Clas. Risco:	LIVIA MARIA MELLO VIANA COREN 170138 Em: 16/02/2019 19:18:57
Vítima caiu de moto há 30min, sem uso de capacete, nega ingestão de bebida alcoólica. Sintoma em MSD. Segue muito agitado, relata dor intensa. Nega HAS, DM e/ou alergias.	

SSVV: (Hora: : )	
peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup> Pulso: bmp Pressão: mmHg	
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:	
Paciente vítima de acidente de moto apresenta luxação perissemilunar do carpo à direita paciente não cooperativo encaminhado ao hnt pra redução sob narcose	

Diagnóstico Inicial: Pulpa traumática de ligamento(s) do punho e do carpo	CID: - s633
--	----------------

Exames Complementares:	
------------------------	--

Prescrição Médica:	
--------------------	--

Motivo da Alta/Encerramento: alta com Receita	DATA: / / . HORA: : .	Dr. Tercio Dantas Moura ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI 3824
--	-----------------------	---

Assinatura Paciente ou Responsável	TERCIO DANTAS MOURA CRM PI 3824 Em: 16/02/2019 19:45:58
------------------------------------	--



# 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: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000044424-6

---

Nr. da Autenticação F63417D619C46B92



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - 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: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 680,40

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000044424-6

---

Nr. da Autenticação 8E00A3874D7B6951



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 14

**ÁGUAS DE  
TERESINA**

CNPJ 27157478000204 - LE 195305574  
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3299

MATRÍCULA

FATURA Nº

TC 1.06  
28/09/2019 13814940-2

MÊS/ANO 1447583  
8/2019

NOME / ENDERECO

MORADOR JUCILENE DE SOUSA OLIVEIRA  
PROPRIETÁRIO: ANTONIA DE SOUSA OLIVEIRA  
RUA SEIS B D ARCOVERDE, 2001-PARQUE  
IDEAL-TERESINA-PI-cep: 99999999

LOCALIZAÇÃO

007-00026-003405

GRUPO

A10X022466

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	UDO	FATURADO
07-2019	Pe-416	96	00
06-2019	Li-00	25	25
05-2019	Li-00	19	19
04-2019	Li-00	17	17
03-2019	Li-00	28	28
02-2019	Li-00	17	17

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1. Residencial - Normal

DATA

ANTERIOR 10/07/2019  
ATUAL 10/08/2019

INTURA

1231  
1231

LEI 10.746/2003  
PIS/PASEP  
COPRE

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO R\$ /MÊS (%)

0,00 a 12,00	0,00
12,01 a 25,00	8,78
25,01 a 99,99	9,54

NÃO RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO R\$ /MÊS (%)

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE: ÁGUA = 0,00

REF.

VALOR

JUROS DE FINANCIAMENTO

004/024

8,78

JUROS DE PARCELAMENTO

004/024

9,54

MULTA DO PARCELAMENTO

004/024

9,65

PARCELAMENTO

004/024

35,39

VENCIMENTO  
22/08/2019

TOTAL FATURA  
45,36

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 3 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Até 30 dias do vencimento, o não pagamento dará título à cobrança da suspensão dos serviços.  
Conforme Lei Federal nº 11.482/2007, Art. 40, inciso V e art. 8º, § 8º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.446)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/L
ODOR / GARRAFA	1000	2613	19	6,08	Inferior a 15
pH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50
TURBIDEZ	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5
COLIFORMES TOTais					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.446)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1827	1025	2	Ausente	Ausente
	1827	1027	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 18/08/2019 HORA DA EMISSÃO: 07:49

TC 1.06  
28/09/2019

**ÁGUAS DE  
TERESINA**

MATRÍCULA  
13814940-2

FATURA Nº  
1447583  
MÊS / ANO  
8/2019

VENCIMENTO

22/08/2019

VOLUME FATOR

45,36

82600000000-8 45361535000-7 00201900144-1 758- 44-0



\*\*\* AVISO DE DÉBITO \*\*\*

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009091039231180000011162706  
Número do documento: 2009091039231180000011162706

Num. 11791854 - Pág. 15

<b>cepatenol</b> ENERGIA		Para contato concessão, informe esse NÚMERO:	
		<b>SEU NÚMERO</b>	
<b>cepisa</b>		<b>0051869-7</b>	
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ</b> Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI CNPJ: 06.845.748/0001-89   Insc. Estadual: 13.301.383-5 Nossa Fazenda / Conta de Energia Elétrica - Série R-1 Regime especial de cobrança autorizado pela SENAI 06/96			
<b>CONTA MÊS</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>CONSUMO (kWh)</b>	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>
JUNHO/2019	02/07/2019	205	208,95
NELLE ROZE SOARES MARQUES R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE CPF: 00084017317391 CEP: 64.000-235 - TERESINA			
ROT: 17.001.31.11.020500			
<b>DADOS DA LEITURA</b> Atual: 20555 Anterior: 20350 Constante de Multiplicação: 1,000 Consumo Médio: 205 Consumo Faturado: 205		<b>DATAS DA LEITURA</b> Atual: 25/06/2019 Anterior: 24/05/2019 Próxima Leitura: 25/07/2019 Emissão: 24/06/2019 Agendamento: 25/06/2019	
<b>FORMA DE FATURAMENTO:</b> NORMAL      Código de Inquérito: 32		<b>DIAS DE CONSUMO:</b>	
<b>DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> Classe/Subclasse: COMERCIAL      Ligação: MONO      Número Medidor: A1418740      Período: 3.5.3.1      Código Faz.: 196      Mês: 12 meses			
<b>HISTÓRICO (kWh)</b> Mesmo consumo: CONSUMO 205 A R\$ 0,918442 = 188,28 MAI/19 204 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,19 ABR/19 178 CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,81 MAR/19 243 MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,79 FEV/19 297 JUROS POR ATRASO 05/19-00 0,88 JAN/19 365 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,44 DEZ/18 57 NOV/18 0 OUT/18 96 SET/18 299 AGO/18 232 TARIFA SEM TARIFFA: 0 a 205 - 0,617497			
<b>DETALHAMENTO DE FATURAMENTO</b> LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPC40 VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25 Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.			
<b>RESERVADO AO FISCO</b> CA09.2006.54C4.130C.185D.EFFB.7664.8374			
<b>COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$</b>		<b>IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$</b>	
Distibuição:	37,03	Baixa de Cálculo:	188,28
Energia:	71,55	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,10	Valor do ICMS:	50,83
Encargos:	5,92	Valor do PIS:	1,40%
Impostos:	61,68	Valor do COFINS:	8,92
<b>INDICADORES DE CONTINUIDADE</b>			
<b>DIC</b> Mensal Trimestral Anual		<b>FIC</b> Mensal Trimestral Anual	
Límite	5,31 10,63 21,25	3,11 6,23 12,45	3,03
Realizada	0,00	0,00	0,00
Período de geração:	04/2019	ESD:	62,87
Local:	TERESINA-NÁCAUBA		

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706

Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 16



**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA		Prontuário: 502975
Mãe: IUIZA DA COSTA OSORIO DA CUNHA	Pai:	
End. Resid.: RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 20/10/1978	Idade: 40a3m28d	Sexo: Masculino Fone: 86-88059-684
Responsável: JUCILENE SOUSA	CNS: 709205233676539	
Profissão: MECANICO	CPF: * RG: 1720251 - SSPI	
E. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 708113	Data: 17/02/2019 00:18:51	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS
Acid. Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Foi encaminhado ao hospital no dia 16/02/19 às 18:30 - S/T; veio com ressaca, perda de consciência, ferida na face e ferida na mão direita, queimadura (F/1x4), entorpecimento, dor nas costas e dor nas articulações devido ao uso de álcool. Pessoalmente: P/F: demora para falar +/++/

Entorse; dor ótalgica. Pode ser contusão óssea.

X Óbito Possível por contusão óssea e/ou contusão cerebral.

Diagnóstico Inicial: exame FME

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame FME		HUT DR. ZENON ROCHA	RAIO-X RI
Coloração D		TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
- TC de Pebra D			
- AAC			
<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido		<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	
<input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs		<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.	
<b>DESTINO:</b>  <b>ÓBITO:</b>		<b>RECOLHIMENTO NA UNIDADE:</b>  <b>Proced. Solicitado:</b>  <b>CID Compatível:</b>  <i>Alckmin Augusto Coutinho      Mericúia 5904      SAMU - HUT      CONFERIR COM O ORIGINAL      Prof. Solicitante      Internação:</i>	

Jucilene de S. Oliveira  
 Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

*... solicitação do médico*



TERESINA UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA  
 Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
 TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

### BOLETIM DE ENTRADA (BE)

#### DADOS DO PACIENTE:

Imp: 16/02/2019 19:45:59  
 (User: TERCIO DANTAS)  
 (Estação: SALADEGESSO-PC)

Nome: FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA		Prontuário: 139657
Mãe: LIZIA DA COSTA OZORIO	Pai:	
End.Resid.: RUA 6A , 2001 - PARQUE ITARARE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 20/10/1978	Idade: 40a3m27d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão:	Documento: Reg.Nasc:	
Instituição: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -		

#### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 331469	Entrada: 16/02/2019 19:07:40	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura	Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO		

#### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
Dores	Dor intensa	Laranja

#### Doente História Clas. Risco:

Vítima caiu de moto há 30min, sem uso de capacete, nega ingestão de bebida alcoólica.	LIVIA MARIA MELLO VIANA
Vítima em MSD. Segue muito agitado, relata dor intensa. Nega HAS, DM e/ou alergias.	COREN 170138
	Em: 16/02/2019 19:18:57

SSVV: (Hora: : )				
peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:	
Vítima é vítima de acidente de moto apresenta luxação perissemilunar do carpo à direita	
Paciente não cooperativo	
Encaminhado ao HUT pra redução sob narcose	

Diagnóstico Inicial:	CID: -
Pulpa traumática de ligamento(s) do punho e do carpo	s633

Exames Complementares:	
------------------------	--

Prescrição Médica:	
--------------------	--

Motivo da Alta/Encerramento:	
Alta com Receita	DATA: / / . HORA: : .

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA  
 CRM PI 3824 Em: 16/02/2019 19:45:58





Imp: 17/02/2019 01:02:55

(User: ELIENE SILVA)

(Estação: RECEPÇÃO)

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA		Prontuário: 502975
Mãe: LUIZA DA COSTA OSORIO DA CUNHA	Pai:	
End. Resid.: RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 20/10/1978	Idade: 40a3m28d	Sexo: Masculino Fone: 86-88059-694
Responsável: JUCILENE SOUSA	CNS: 709205233676539	
Profissão: MECANICO	CPF: * RG: 1720251 - SSPI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

---

**RÁDIO DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 708113	<u>Data:</u> 17/02/2019 00:18:51	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Local Trab.:</u> Não	<u>Trajeto?:</u> Não	<u>Tipico:</u> Não

#### DADOS CLÍNICOS:

**DADOS CLÍNICOS:**

Fuerte esp. vibrante de actividad no hachiké  
m/s de 16/02/19 a 18:30 - 5x2; ruge tron ruge  
cupper, ruge perde di congoñor. Parece ir paciente  
vello fuerte en los tubos (D), ardoroso (D) en el  
con los dedos (T/F4) el tacto ATM; enem  
-phobia de VTA con daño de la axila  
Parece paciente (D); EF: dene tubo (D)+T4/  
Untoso; des colpos tubo y esto vello (D);  
en  obn ~~Possue~~ ~~poce~~ ~~co~~ tabaco ~~pero~~ c/  
temperatura inicial: exponer ~~pero~~

#### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:  
Rx das balsas (C), Rx arterias (C), Rx  
coartação (C) **HUT DR. ZENON ROCHA**  
Rx de Pâncreas (C) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA RAIO X FEGAL

**EXAME:** PUNTO 001:531 **PARTIDA**  
**DATA:** 17-1-12

<u>ALTA:</u>	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Recomendação à Unid. Crimem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<b>TECNICO DO GO</b>
	<input type="checkbox"/> A. Pedido		<u>DATA SAÍDA:</u> / /
		<u>DATA</u>	
<u>OBITO:</u>	<u>DESTINO:</u>		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<u>Proced. Solicitado:</u>
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<i>Ronaldo Ribeiro Carvalho</i> Número: 99004
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>CID Compatível:</u>
		<i>SAME - HUT</i>	
		<i>CONFIRME COM O ORIGINAL</i>	
		<i>Prof. Solicitante</i>	
		<i>Internação:</i>	

Sacilene de S. Oliveira  
Assinatura Paciente ou Responsável

Seminário Assinatura - Profissional - 10

... e o Dr. constate solicitação do médico



Teresina UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA  
Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

Imp: 16/02/2019 19:45:59  
User: TERCIO DANTAS  
Estação: SALADEGESSO-PC

### BOLETIM DE ENTRADA (BE)

#### DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA		Prontuário: 139657
Mae: LÉZIA DA COSTA GEORIO	Pai: -	
End.Resid.: RUA 6A , 2001 - PARQUE ITARARE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 20/10/1978	Idade: 40a3m27d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão:	Documento: Reg.Nasc:	
Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -		

#### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 331469	Entrada: 16/02/2019 19:07:40	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura	Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO		

#### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Local/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
INTAS	Dor intensa	Laranja

Resumo História Clas. Risco:	LÍVIA MARIA MELLO VIANA COREN 170138 Em: 16/02/2019 19:18:57
Vítima caiu de moto há 30min, sem uso de capacete, nega ingestão de bebida alcoólica, vítima em MS. Segue muito agitado, relata dor intensa. Nega HAS, DM e/ou alergias.	

SSVV: (Hora: : )				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:	
Paciente vítima de acidente de moto apresenta luxação perissemilunar do carpo à direita paciente não cooperativo encaminhado ao hnt pra redução sob narcose	

Diagnóstico Inicial:	CID: s633
Ruptura traumática de ligamento(s) do punho e do carpo	

Exames Complementares:	
------------------------	--

Prescrição Médica:	
--------------------	--

Motivo da Alta/Encerramento:	
Alta com Receita	DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA  
CRM PI 3824 Em: 16/02/2019 19:45:58





UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENCA  
rua Rio Verde, 2810 Renascença 111 - Fone: 86 3234 7074  
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

### Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 331469  
Imp: 16/02/2019 19:48:51

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA	<u>Prontuário:</u> 139657	<u>Local:</u>	<u>Leito:</u>
<u>Tipo Sanguíneo:</u>	<u>Fator RH:</u>	<u>Peso (Kg):</u> 0,00	<u>Altura (M):</u> 0,00 <u>IMC (Kg/m²):</u> 0,00

#### PRESCRIÇÃO MÉDICA:

dipirona-----1amp  
cetoprofeno 100mg -----1amp  
transadol 100mg-----1amp  
dexametasona-----1amp  
soro fisiológico-----100ml ev

✓ 20% 40  
LICA

#### REGISTROS DE ENFERMAGEM:

DR TERCIO DANTAS SOARES  
CRM-PI: 3822



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 522251943	Nº REGULAÇÃO: 61152	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
PACIENTE:	FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA	NASCIMENTO: 20/10/1978

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTA LUXAÇÃO PERISSEMILUNAR DO CARPO À DIREITA PACIENTE NÃO COOPERATIVO ENCAMINHO AO HUT PARA REDUÇÃO SON NARCOSE

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): RUPTURA TRAUMATICA DE LIGAMENTOS DO PUNHO E DO CARPO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: FREQ. CARDÍACA: SATURAÇÃO: FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 16/02/2019 20:34:24

Dr. Tércio Daniel Moura  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI: 3124

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



*Alta*



NOME DO PACIENTE: Francisco Carlos Ororio da Cunha  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 502975

**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

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

Imp: 17/02/2019 01:01:55  
(ELIENE SILVA)

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA		Prontuário: 502975
Mãe: LUIZA DA COSTA OSORIO DA CUNHA	Pai:	
End.Resid.: RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 20/10/1978	Idade: 40a3m28d	Sexo: Masculino Fone: 86-88059-684
Responsável: JUCILENE SOUSA	CNS: 709205233676539	
Profissão: MECANICO	Documento: RG: 1720251 - SSPI	
S. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 708113	Data: 17/02/2019 00:18:51	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

Data/Hora Solicitação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_:\_ \_\_\_ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_:\_ \_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

Data/Hora Solicitação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_:\_ \_\_\_ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_:\_ \_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE:	Francisco Carlos Osório da Cunha			DATA: 17/02/2019	PRONTUÁRIO N°:
DIAGNÓSTICO:	Luxo(s) periarticular(es)			CIRURGIA:	Interv. mto
ANESTESIA:	Geral			Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr Cláudio Nogueira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3321 CRM-MA 9337 SBOT 12681			CPF N°:	
AUXILIAR:				CPF N°:	
ANESTESISTA:	Dr. Antônio José			CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:				CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30x8	UNID.	—		LUVA N° 7½	PAR	03	
AGULHA 40x12	UNID.	06		LUVA N° 7.0	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR		
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	—	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	03	
JELCO N°	UNID.	—		dativa		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				crepom	—	03	
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				Eletrudos	—	05	
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	Jozetica		
PROLENE							

Assinado Eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

CONFERIU O ORIGINAL

## HOSPITAL D PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	LEITO	MEDICO ASSISTENTE	
				ENF. OU AP	HORÁRIOS
<b>Franckle Carla Batista L. Lenhe</b>	5029775	Ortopédica	229 219		
<b>DATA/HORA</b>	<b>CÓDIGO</b>				
17/09/2020	POE				
		Dra. Joelma <small>Funcionária Crm:</small>			
<b>1 DIETA ORAL LIVRE</b> 2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA 3 CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS 4 ARANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 h 5 DIPIRONA 1G – 1 AMP + AD EV 6/6 h 6 TILATIL 20mg – 1 AMP + AD EV 12/12h 7 TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN/ 8 CUIDADOS GERAIS <b>TALA LUVA EM M S D</b>					
<b>Dr. Cláudio Ospina</b> <b>Carolina Nogueira</b> <small>CRM-PI 00112807</small> <small>CRM-PI 85024</small> <small>CRM-PI 11100</small> <b>ORIGINAL</b>					
				<b>RAIO X REALIZADO</b>	
				<b>DATA</b>	<b>12/09/2020</b>
				<b>Finalizado:</b>	





**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:	<b>FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA (Prontuário: 502975)</b>		
Endereço:	RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	20/10/1978	Idade: 40a4m23d	Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 233189
Requisição:	922635	Solicitação: 17/02/2019	Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
Controle:	1156177	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 219

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 17/02/2019

### PUNHO DIREITO

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

- Controle pós operatório.
- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Fixação metálica no carpo.

RANDI SILVA,

TERESINA - PI 12/03/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009091039231180000011162706>  
 Número do documento: 2009091039231180000011162706

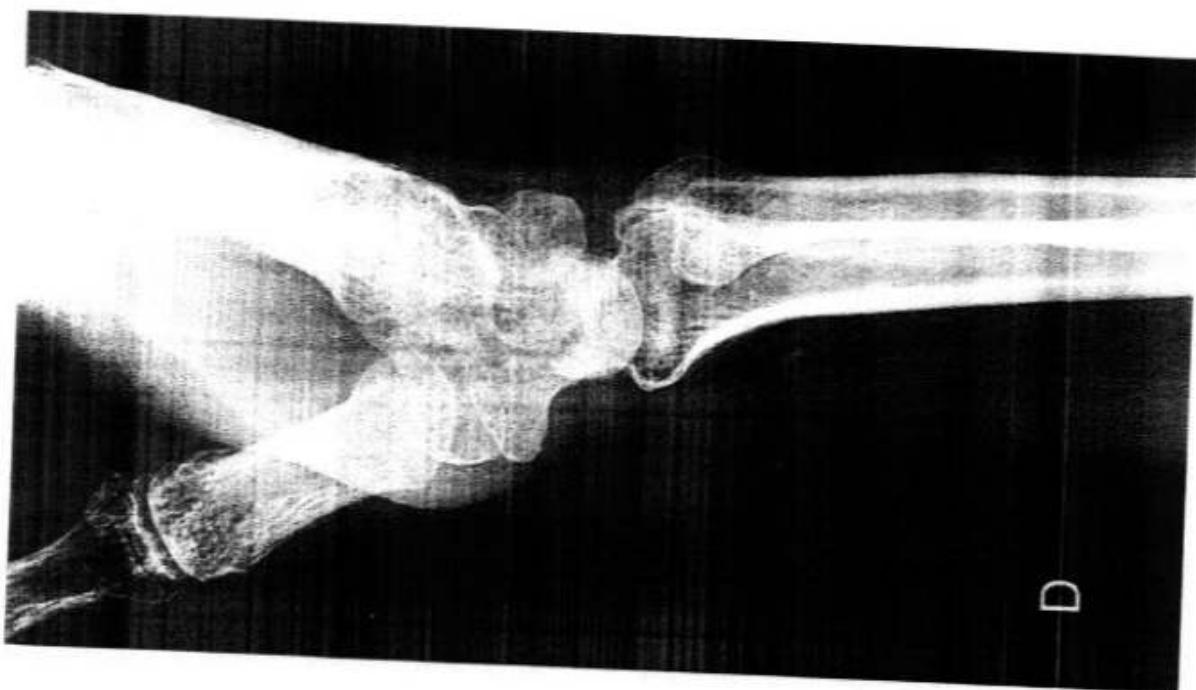
Num. 11791854 - Pág. 27

HFM

163444  
Inquérito FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA  
Data: 04/09  
Sexo: M



Horário: 15:07  
Exame: 26/08/2019



D



D

D: 160444  
Paciente: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA  
Idade: 040Y  
Sexo: M

Hora: 15:06  
Exame: 26/08/2010



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 29



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 143118

PACIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA  
NOME DA MÃE: LUZIA DA COSTA OSORIO  
DATA DO NASCIMENTO: 20/10/1978  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 25/03/2019  
DATA DO LAUDO: 29/03/2019  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

### RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fios de fixação metálica localizados nos ossos do carpo.  
Superfícies articulares preservadas.  
Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fios de fixação metálica localizados nos ossos do carpo.  
Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO  
CRM: 4173

Av. Higino Cunha, 1642 – Ibatéias – Teresina/PI  
CEP 64014-220 – CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520

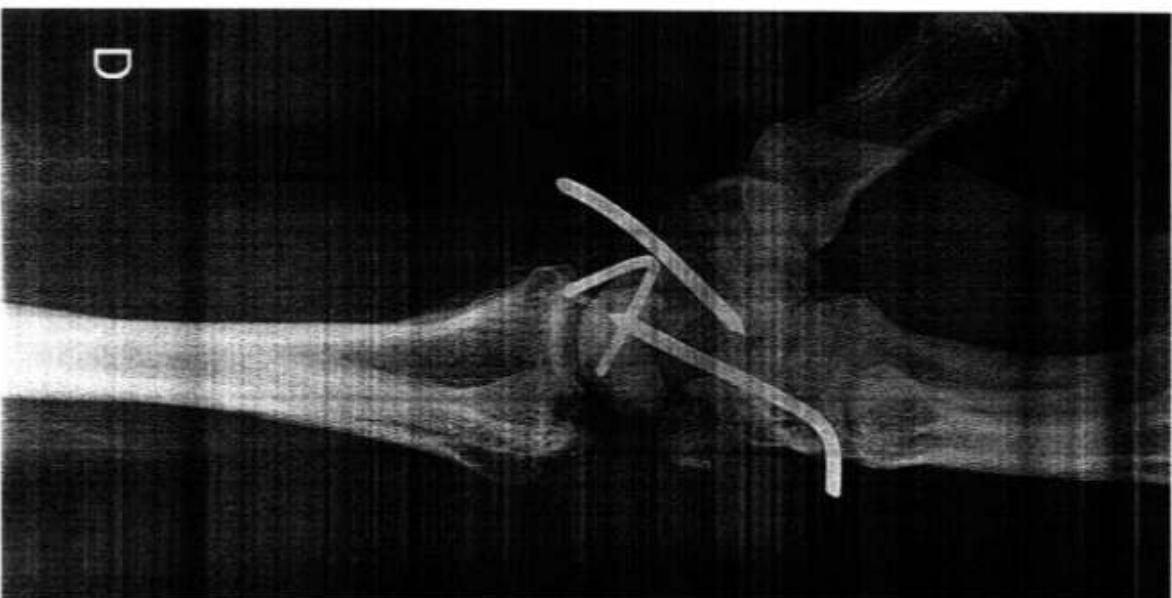
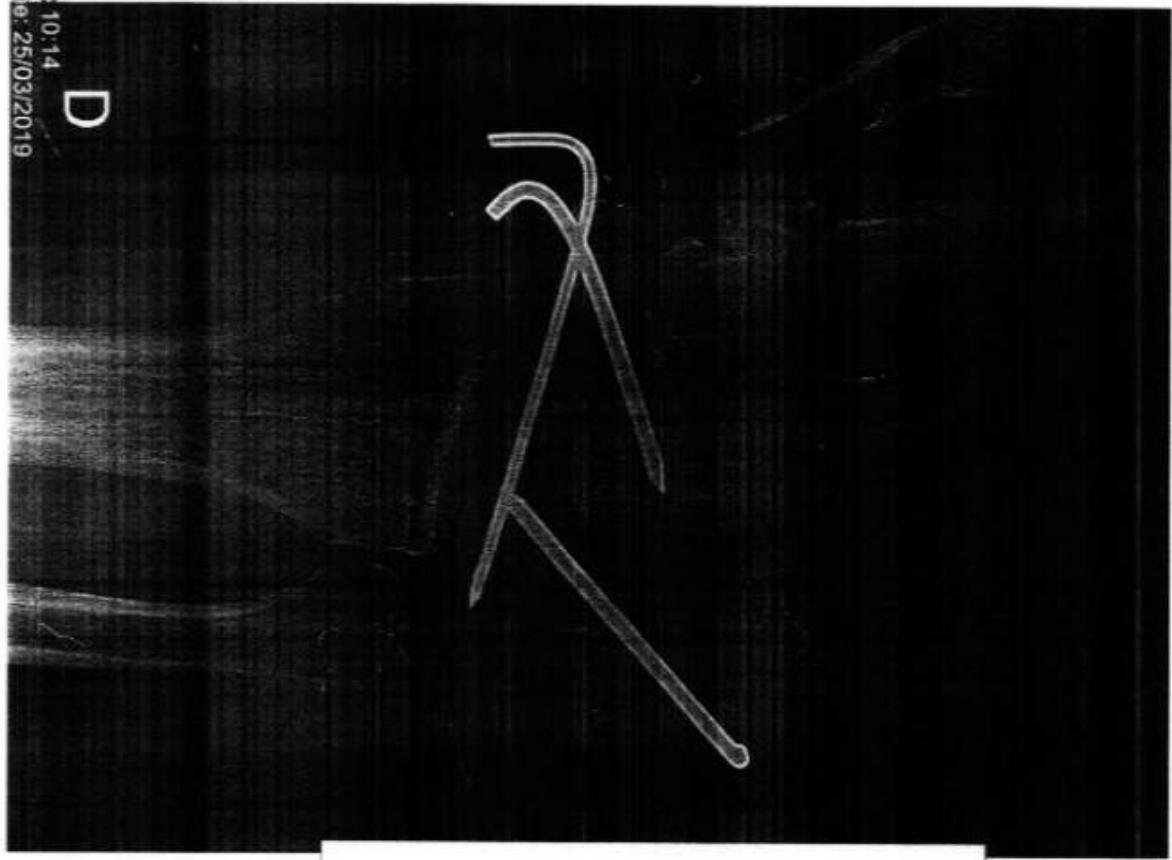


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 30

ID: 145118  
Paciente: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA  
Idade: 040Y  
Sexo: M

HPM



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 31



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 163444  
PACIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA  
NOME DA MÃE: LUZIA DA COSTA OSORIO  
DATA DO NASCIMENTO: 20/10/1978  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 26/08/2019  
DATA DO LAUDO: 28/08/2019  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

RADIOGRAFIA DO COTOVELO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Estrutura óssea conservada.  
Superfícies articulares preservadas.  
Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame radiográfico sem alterações detectáveis pelo método.

  
Dr. Manoel Messias P. de Sousa  
MÉDICO RADIOLISTA - CBR  
CRM-PI 2869 - RQE 3048

MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA ✓  
CRM: 2869

Av. Higino Cunha, 1642 – Ihotas – Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 32



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 163444

PACIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

NOME DA MÃE: LUZIA DA COSTA OSORIO

DATA DO NASCIMENTO: 20/10/1978

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 26/08/2019

DATA DO LAUDO: 28/08/2019

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-cirúrgico de retirada de fixação metálica para tratamento de fratura, segundo correlação com dados clínicos.

Redução da densidade radiográfica das estruturas ósseas visibilizadas, provavelmente relacionado ao desuso.

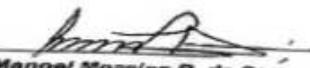
Espaços articulares integros.

Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Controle pós-cirúrgico de retirada de fixação metálica para tratamento de fratura, segundo correlação com dados clínicos.

Redução da densidade radiográfica das estruturas ósseas visibilizadas, provavelmente relacionado ao desuso.

  
Dr. Manoel Messias P. de Sousa  
MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR  
CRM-PI 2869 - RQE 3048

MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA  
CRM: 2869

Av. Higino Cunha, 1642 – Ibotas – Teresina/PI  
CEP 64014-230 – CNPJ 13.744.158/0002-20

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**



Hospital  
Universitário

Paciente:				Pontuação:	Nº Cartão SUS:
FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA				4853073	709205233676519
Nome:	Sexo:	Idade:	RG/CPF:	Nome da M2e:	
21/10/1978	SC	Masculino	1720251	LUIZA DA COSTA OSORIO	
Consultor:				Conselho:	Nº da Solicitação:
DANIEL FREIRE				4245	614513

**RESULTADO:**

**RESONÂNCIA MAGNÉTICA DO COTOVELO DIREITO.**

**TÉCNICA:**

Realizados cortes multiplanares com sequências ponderadas em T1 e T2.

**RELATÓRIO:**

Alteração de sinal da cartilagem de revestimento úmero-ulnar, com áreas de edema e redução da espessura, associado a reação osteohipertrófica marginal, configurando natureza degenerativa. Discreto incremento do líquido articular do cotovelo, com trabéculas de baixo sinal em seu conteúdo sinovial associado.

Irregularidades corticais com afilamento e edema nos planos circunjacentes ao processo coronoide da ulna, melhor avaliado por TC.

Leve edema nas partes moles circunjacentes à inserção distal do tendão do triceps braquial no olícrano (peritendinopatia), notando-se pequeno entesófito de permeio.

Foco de edema intrassubstancial ao longo da inserção proximal do tendão extensor comum no epicôndilo lateral, refletindo epicondilite lateral incipiente.

Ligamentos colaterais integros com espessura e intensidade de sinal normais.

Tunel cubital sem anormalidades.

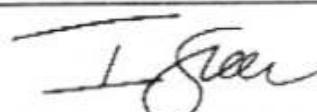
Feixes neurovasculares sem alterações pelo método.

O tendão conjunto dos flexores do antebraço encontram-se com padrão fibrilar e espessura usuais.

\*\*\*\*\* CONTINUA \*\*\*\*\*

(Folha 1 de 2)

Assinatura:	CRM:
DR. RENATO DE MOURA SANTOS CORDEIRO	Nº Conselho: CRM 4058
04/09/2019	Data:

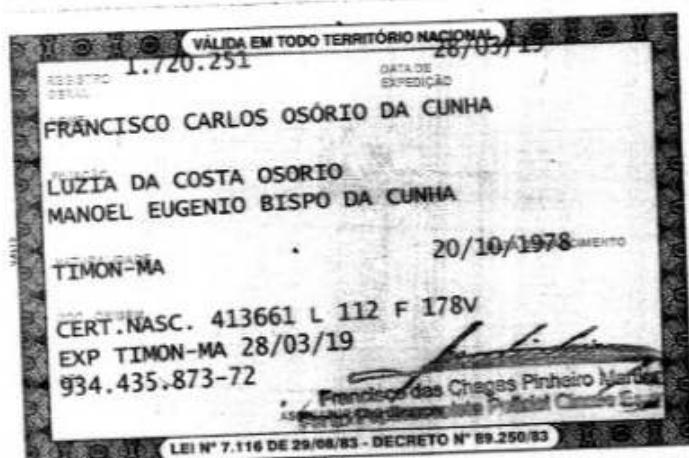
  
Assinatura

Este documento é digitalizado. Não pode ser validado.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 34



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 35



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS.**

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
		DETTRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO	
		VIA: 1	CÓD. RENAVAN: 00879389419
		NOME: VALDECTI DIAS LIMA	PERÍODO: R.N.T.R.C. 2019
00331 1984 8857 5324 2B0C 3643 Sang 73498580353 2218		CPF / CNPJ: 73498580353	PLACA: LYM-3122
PLACAMENTO / UF:		CHASSI: 9C2JG30706RB35065	
— EMPRÉSIS TIPO: PAS / MOTOCICLETA / NEON LUMA		COMBUSTIVEL: GASOLINA	
— MARCA / MODELO: HONDA / CG 125 FAN		— CATEGORIA: PARTICU	
— CAP / PTOV / CHL: 02P/0124CC		— ANO FAB / ANO MOD: 2006 / 2006	
— DATA ÚNICA:		— VENC. DATA ÚNICA: 1º VENC./COTAS	
— PAGAMENTO / COTAS: P V A		— COTAS PREDOMINANTE: VERMELHA	
— FAIXA I PVA: A		— 2º VENC./COTAS: 3º PAGO	
PESO / TAREFA (KG) — IGP (KG)		VALOR TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO	
BB/GURO PAGO			
SEM RESTRIÇÕES OBSERVAÇÕES			
TERESINA		DATA: 25/02/2011	

<b>PI Nº 013404500703</b>		<b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
<p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b></p> <p><b>WWW.seguradoraalider.com.br</b></p> <p><b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b></p>			
<b>EXERCÍCIO</b> <b>2019</b>		<b>DATA EMISSÃO</b> <b>25/02/2019</b>	
<b>VIA</b> <b>1</b>		<b>CPF / CIRJ</b> <b>73498580353</b>	
<b>RENAVAM</b> <b>00879389419</b>		<b>MARCA / MODELO</b> <b>HONDA/CG 125 FAN</b>	
<b>ANO FAB.</b> <b>2006</b>		<b>Nº CHASSI</b> <b>9C2JC30706RB35065</b>	
<b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b>			
<b>000,00<sup>00</sup></b>	<b>000,00<sup>00</sup> (R\$)</b>	<b>000,00<sup>00</sup> (R\$)</b>	<b>000,00<sup>00</sup> (R\$)</b>
<b>QUANTO DO PRÉMIO (R\$)</b>	<b>000,00<sup>00</sup></b>	<b>VALOR PAGAMENTO SEGURO R\$</b>	<b>064,58<sup>00</sup></b>
<b>PAGAMENTO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>PARCELADO</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>DATA DE OUTAÇAO</b> <b>18/02/2019</b>			
<b>X CARTA ÚNICA</b>			
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>			
<b>CNPJ 002246-66810001-04</b>			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

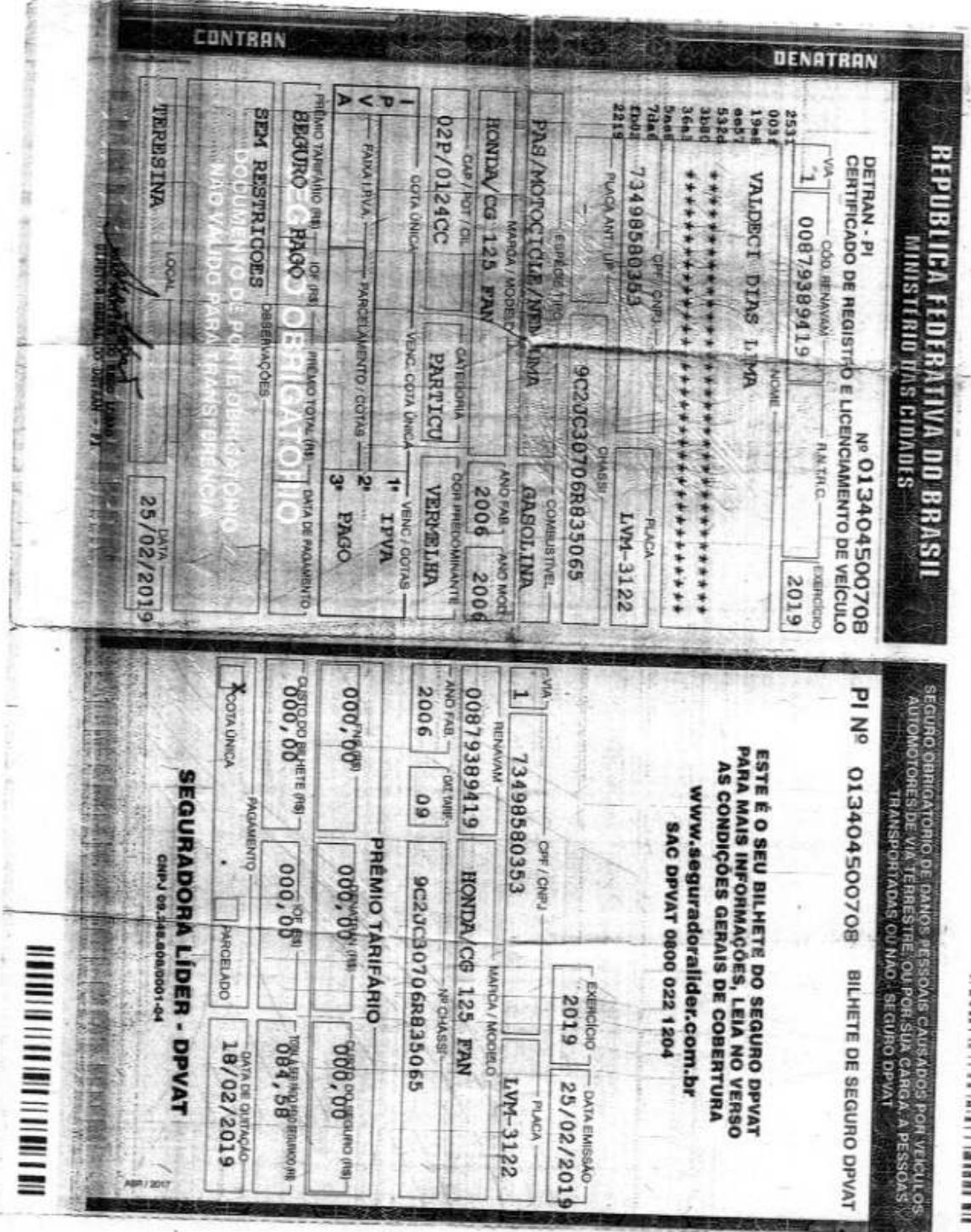
CNPJ 08.240.623/0001-01

**CONTRAN**

1

MARCH 1960





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009091039231180000011162706>  
Número do documento: 2009091039231180000011162706

Num. 11791854 - Pág. 37

## RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394441/19

**Vítima:** FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

**CPF:** 934.435.873-72

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 16/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO CARLOS  
OSORIO DA CUNHA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

#### FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA : 934.435.873-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/11/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190631219      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA      **Data do acidente:** 16/02/2019      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** RUPTURA TRAUMÁTICA DOS LIGAMENTOS DO PUNHO E DO CARPO.

**Descrição do exame físico:** VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30°) E PRONO-SUPINAÇÃO (20°) DO ANTEBRAÇO DIREITO. APRESENTA AINDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 60°) DO COTOVELO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E COTOVELO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequelas

**Data do exame físico:** 11/02/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO PUNHO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 7,2 %	5,04%	R\$ 680,40
		Total	5,04 %	R\$ 680,40



**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)**

<b>NOME:</b> Francisco Carlos Osorio Da Cunha		<b>RG:</b> 3.720.251	<b>ORG. EMISSOR:</b> SSP/PI	<b>D. EXPEDIÇÃO:</b> 28/03/15
<b>CPF:</b> 934.435.873-77		<b>ESTADO CIVIL:</b> Solteiro	<b>PROFISSÃO:</b> mecânico	<b>Nº:</b> 2001
<b>ENDEREÇO:</b> Rua Serafim		<b>BAIRRO:</b> Centro Antônio		
<b>COMPLEMENTO:</b> Casa		<b>CEP:</b> 64000-000		
<b>CIDADE:</b> Teresina		<b>ESTADO:</b> Piauí	<b>TELEFONE:</b>	

**OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)**

<b>NOME:</b> NELLE ROZE SOARES MARQUES			
<b>RG:</b> 4.119.262	<b>ORG. EMISSOR:</b> SSS/PI	<b>D. EXPEDIÇÃO:</b> 23/09/14	
<b>CPF:</b> 840.173.173-91	<b>ESTADO CIVIL:</b> SOLTEIRA	<b>PROFISSÃO:</b> RECUSO	
<b>ENDEREÇO:</b> RUA 24 DE JANEIRO		<b>Nº:</b> 544	
<b>BAIRRO:</b> CENTRO	<b>CIDADE:</b> TERESINA	<b>UF:</b> PI	<b>CEP:</b> 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO 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 Carlos Osorio Da Cunha

Data do acidente de trânsito: 16/02/19

Cobertura da vítima: Insalubr

LOCAL / DATA: Teresina 07/11/14

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Cartório  
Themistóles  
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Luís de Souza, 122 - Centro - CEP: 64000-235 - Teresina-PI - Fone: (86) 322-8118 - Localizada na Praça da Matriz

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO CARLOS  
OSORIO DA CUNHA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.  
Teresina-PI, 07/11/2019. Selo: AAL84089-F1X8  
www.tjpi.jus.br/portal/eletro

DE ABREU VALVERDE-ESCREVENTE AUTORIZADA  
31/08/2019 TJ:0\_77 FNDW/PI:0\_10 Selo:0\_26 Total 0,98 - OP:159  
CÂO PARTICULAR

Autentica e verdadeira

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTÓLES  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Kelly de Abreu Valverde  
Escrevente Autorizado  
Teresina-PI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009091039231180000011162706  
Número do documento: 2009091039231180000011162706

Num. 11791854 - Pág. 40

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394441/19

**Vítima:** FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

**CPF:** 934.435.873-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/02/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

#### FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA : 934.435.873-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/11/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 41

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394441/19

Número do Sinistro: 3190631219

Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

CPF: 934.435.873-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/01/2020  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020  
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 - 09/09/2020 10:39:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910392311800000011162706>  
Número do documento: 20090910392311800000011162706

Num. 11791854 - Pág. 42