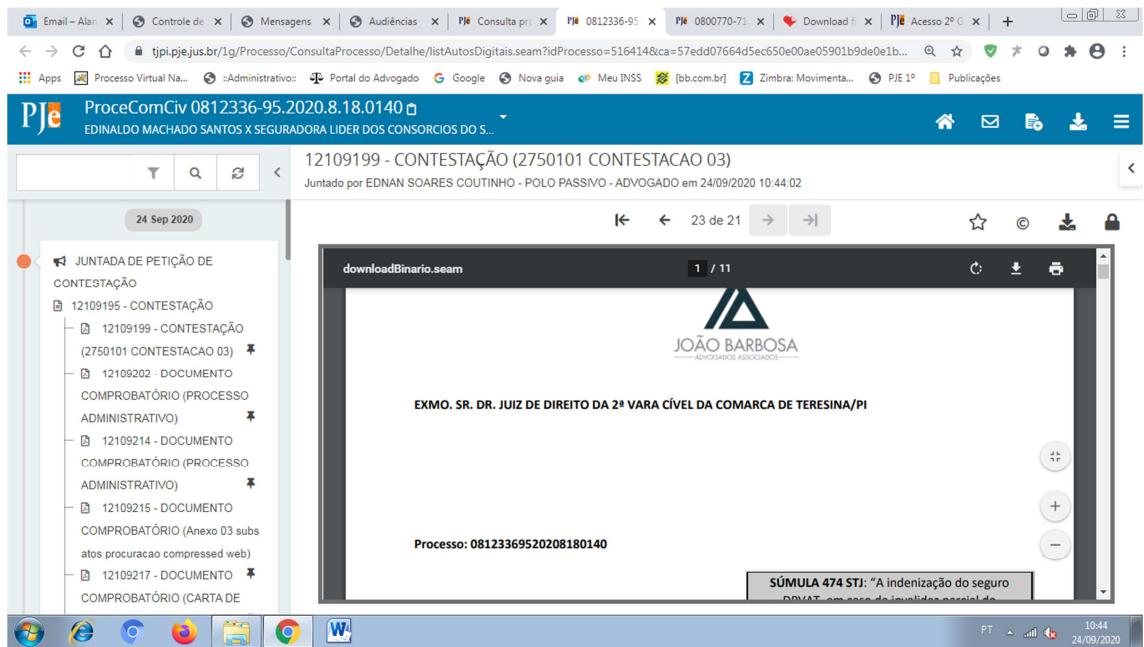


Screenshot of a web browser showing a digital process platform interface. The main window displays a document titled "downloadBinario.seam" with the date "23 de 21". The document header includes the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". Below the header, the text "Processo: 08123369520208180140" is visible. A sidebar on the left shows a tree structure of documents under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO". The status bar at the bottom right shows the date "24/09/2020" and time "10:44".





Número: **0812336-95.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **30/05/2020**

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
EDINALDO MACHADO SANTOS (AUTOR)	GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12109 195	24/09/2020 10:44	<u>CONTESTAÇÃO</u>	CONTESTAÇÃO
12109 202	24/09/2020 10:44	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
12109 214	24/09/2020 10:44	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

SEGUE EM ANEXO JUNTADA DE CONTESTAÇÃO E PROCESSO ADMINISTRATIVO.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410435999600000011458390>
Número do documento: 20092410435999600000011458390

Num. 12109195 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ , DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E
físico: APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO PARA A MOBILIDADE E DOR A PALPAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX E METATARSO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **4 ANOS

*SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Número do Sinistro: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA : 064.809.724-22

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

ANTONIO PEREIRA FILHO

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 3

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

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

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA : 064.809.724-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES : 064.809.724-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 5



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

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190469610 **Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES**

Data do Acidente: 05/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01447/01448 - carta_01 - INVALIDEZ



00020724

Carta nº 14656924



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 6



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

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190469610 **Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES**

Data do Acidente: 05/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

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. 01861/01862 - carta_02 - INVALIDEZ



00010931

Carta nº 14744484



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 7

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

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190469610 **Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES**

Data do Acidente: 05/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002739-1

Conta: 0000021527-9

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 00575/00576 - carta_15R - 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 064.809.724-22
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: ST. BOM JESUS 9 - Número: 23 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000
 15 - E-mail: TINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 07-9935-5533

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: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO
 18 - CPF do Representante Legal: 064.809.724-22

DADOS CADASTRAIS

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGENCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 AGENCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

Autorizo 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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (bebê nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORES - PE 05/10/2019

08 AGO 2019

José Rangel Gomes da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio F. L.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 064.809.724-22
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: ST. BOM JESUS 9 - Número: 23 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000
 15 - E-mail: TINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 07-9935-5533

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: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO
 18 - CPF do Representante Legal: 064.809.724-22

DADOS CADASTRAIS

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGENCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
 AGENCIA: 2739 CONTA: 21.327
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo 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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (bebê nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORES - PE 05/10/2019 08 AGO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/iew.seam?x=2009241044002850000011458397

Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 10



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

— 11 —

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

6 - CPF:

064.809.724-22

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

ST. BOM JESUS

9 - Número:

23

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

TRIUNFO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.870-000

15 - E-mail:

TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

07-9935-5533

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:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

064.809.724-22

19 - Profissão do Representante Legal:

RECUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 2739

1

CONTA: 21.527

9

(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 atende 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:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nasceram)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

40 - Local e Data, FLORES - PE 05/108/2019

38 - 1º | Nome: José R. Gomes da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

21 AGO 2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPP.001 V002/2019



TESTEMUNHAS

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
19/08/2019 - Autoatendimento - 15:39:38
106074889 8902

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	JOSE RONALDO GOMES SILVA
AGÊNCIA:	2739-1
CONTA:	21.527-9
VALOR *	5,00
NR. ENVELOPE	2.209.226.436

* Acertado em: 19/08/2019, na Agência 1060-X.

SEU ENVELOPE SERÁ PROCESSADO
NO PRÓXIMO DIA ÚTIL.

*VALOR SUJEITO À CONFERÊNCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apes o expediente
bancario, aos sábados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponíveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualização.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opção "Consulta Envelope".
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletrônico
Central de atendimento BB: 4083-0148
(capitais e regiões metropolitanas)
ou 0600-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

21 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 12

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
19/08/2019 - Autoatendimento - 15:39:38
106074889 8982

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	JOSE RONALDO GOMES SILVA
AGÊNCIA:	2739-1
CONTA:	21.527-9
VALOR *	5,00
NR. ENVELOPE	2.209.226.436

* Acolhido em: 19/08/2019, na Agência 1060-X.

SEU ENVELOPE SERÁ PROCESSADO
NO PRÓXIMO DIA ÚTIL.

*VALOR SUJEITO À CONFIRMAÇÃO

Depositos realizadas durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apes o expediente
bancario, aos sábados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios não serao abertos
e permanecera disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualização.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opção "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronico
Central de atendimento BB: 4003-8148
(capitais e regiões metropolitanas)
ou 0600-729-8148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

21 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 13

**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: 3190469610
Nome do(a) Examinado(a): Anna Beatriz da Sivca Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Bom Jesus, S/N
Alto do Bom Jesus Triunfo PE CEP: 56870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6680564
Data local do acidente: [05/06/2019]
Data local do exame: [30/08/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO PÉ

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

Tratamento: REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA.

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: 13/08/2019

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ, DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.

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

(X) Sim Não

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

(X) Sim Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ 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):

PE - Lado Direito

% do dano: **(X) 10% residual** 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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

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

Dr. Cícero A. Silva
CRM: 15.172
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 14



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181^ª CIRCUNSCRICAO - TRIUNFO -
DP181^ªCIRC DINTER2/21^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0271000194

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/06/2019 às 22:57

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 5/6/2019 às 06:30

Natureza Jurídica: **ATROPELAMENTO (MOTOCICLETA)**
Fato ocorrido no endereço: LADEIRA DO SITIO BOM JESUS (LADEIRA NOVA DO SESC), BAR DE GOVEIA - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 81 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RODRIGO LOPES DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
LIEGEN LOPES DA SILVA (OUTRO)
XAVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA (TESTEMUNHA)
ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RODRIGO LOPES DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mês: LIEGEN LOPES DA SILVA Pai: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 15/2/2015 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10735833/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares: 588678814

Residência: CASAS POPULARES (SITIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 12 - CEP: 54688-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

LIEGEN LOPES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mês: MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA Pai: MANOEL LOPES DA SILVA Data de Nascimento: 8/12/1988 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 18823888/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 588678814

08 AGO 2019

07/06/2019 22:51

Foto:



Residencial: **CASAS POPULARES (SITIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Próximo a: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 12 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

RODRIGO LOPES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GERALDA MARIA PAZ VALTECIO LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **8/2/1988**
 Naturalidade: **BELEM DO SÃO FRANCISCO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7820505/SDS/PE (RG): 00761278454 (CPF), 05320114665 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**
 Escaladade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **988182372**

Residencial: **SITIO MATA REDONDA , PROPRIEDADE DE CARIBÉ - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 61 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROPRIEDADE DE CARIBÉ**

IVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA NOGUEIRA DE PADUA** Pai: **JOSE LOPES DE PADUA** Data de Nascimento: **21/1/1978** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9218931/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escaladade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
 Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **96467543**

Residencial: **CASAS POPULARES (SITIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Próximo a: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 63 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(s): **RODRIGO LOPES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 Bros ESD** Objeto apreendido: **Mãe**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGM-3284 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA)** Renavam: **695932673** Chassi:

SC2KD9648ER01132

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **HONDA NXR 150 Bros ESD, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, PLACA**

PGM-3284/SERRA TALHADA

Complemento / Observação

ESTA DELEGACIA DE POLICIA FOI INFORMADA POR FAMILARES DA VITIMA, QUE NO DIA 05 DE JUNHO DE 2018, POR VOLTA DAS 06:30 HORAS DA MANHA A MENOR DE NOME ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES TERIA SIDO ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DE COR PRETA NAS PROXIMIDADES DO BAR DE GOVEIA NA LADEIRA DE ACESSO NOVO AO HOTEL DO SESC. SEGUNDO FAMILARES A CRIANÇA VINHA NA COMPANHIA DA MÃE DE NOME LIEGEN LOPES DA SILVA E DE UMA OUTRA SENHORA DE NOME IVANA ROBERTA GONÇALVES. AINDA SEGUNDO FAMILARES O AUTOR DO ACIDENTE QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ERA A PESSOA DE RODRIGO LOPES DA SILVA O QUAL RELATOU QUE TERIA PERDIDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA DEPOIS QUE A MESMA TERIA FURADO O PNEU DIANTEIRO, NAO DANDO TEMPO DE LIVRAR AS TRÊS PESSOAS QUE FORAM ATINGIDAS NO MOMENTO DA COLISAO (ATROPELAMENTO). A CRIANÇA ENVOLVIDA NO ACIDENTE DE APENAS 04 ANOS FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LEGAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZERIA COM PROVAVEL FRATURA NO PE DIREITO COMO CONSTOU O LAUDO MEDICO NO PRIMEIRO ATENDIMENTO. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA E AS OUTRAS DUAS PESSOAS QUE ACOMPANHAVAM A CRIANÇA TIVERAM LESÕES SEM GRAVIDADE. A MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO ACIDENTE NAO FOI APREENDIDA TENDO O CONDUTOR ENVOLVIDO APRESENTADO APENAS O DOCUMENTO NO DIA SEGUINTE AO FATO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

2003

08 AGO 2019 07/06/2019 22:51



LIEGEN LOPES DA SILVA
(OUTRO)

RODRIGO LOPES DA SILVA
(AUTOR - AGENTE)

IVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **THONY ALEXANDRE ANTAS RODRIGUES**
AGREVIADO: **ALVIM, JOSÉ**
DELEGADO: **DE POLICIA DE TAN**
181^ª CIRCUNSCRIÇÃO

08 AGO 2019 2019.22.51





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 064.809.724-22
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: ST. BOM JESUS 9 - Número: 23 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000
 15 - E-mail: TINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 07-9935-5533

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: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO
 18 - CPF do Representante Legal: 064.809.724-22

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGENCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 AGENCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo 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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (bebê nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FLORES - PE 05/10/2019 08 AGO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES
MATRÍCULA:
1311930155 2015 1 00068 130 0015708 47

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO		DIA	MÊS	ANO
Quinze de Fevereiro de Dois Mil e Quinze		15	2	2015
HORA	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF			
06:55	Serra Talhada - PE			
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF		LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO	
Triunfo - PE		HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES	Feminino	
FILIAÇÃO				
LIEGEN LOPES DA SILVA e JOSÉ RONALDO GOMES DA SILVA				
AVÓS	MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA e MANOEL LOPES DA SILVA			
FRANCISCA GOMES DA SILVA				
GÊMEO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)			
NÃO				
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO		NÚMERO DA DNV		
Dez de Março de Dois Mil e Quinze		30642171060		
OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES				
# ATO GRATUITO				

Certidão do Registro Civil de Triunfo

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Triunfo, 10 de maio de 2015

TRIUNFO
RUA CEL MONTEIRO, 72 - CEP: 56.870-000 - Centro - Triunfo - PE



O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.

Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:

<https://www.programaminhacertidao.pe.gov.br/api/consulta/certidao.json>
Informe o código: 094F7A00-03C3-427E-BD53-1E1D3PC2D9A0

Data da Assinatura:

10/03/2015 15:18:18

ABE072414

08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/iew.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 19



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

04-01

Data e Hora:	05-06-19 07:08	Nº. Ocorrência
Nome:	Wila Belitiquela Silveira Gomes	Data Nascimento: 15-02-15
Profissão:		Sexo: F
End.:	Cory. Gláucio Góes - Sit. Brum Gomes	
Responsável:	Luzia Góes (mãe)	
End/Fone:	máis item	
Tipo de Atendimento: <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho		
<input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta		

Pressão Arterial:	P脉:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico:		
<p>Morre bêbado no apartamento desde a meia-noite de ontem de natal com queimaduras leves. Sabe se dormiu no sofá. Não responde com voz. Sobraste CBRN que não pode falar. Depois responde a dor. DR: 100 mmHg e P: 50 RBC: 6.13 3WBC</p>		

Tratamento:	<p>Est. ademias e dor e miadente + im. Gentam? frustas? socorro médico do trânsito</p>
-------------	--

5 5699259

HOSPITAL

08 AGO 2019

Impressão Diagnóstica:	Dr. Cláudio de Carvalho Marques CRM-F-22636
------------------------	--

Destino do Paciente Removido para Hospital	<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Transferido
Óbito às	horas do dia		

Médico - Carimbo e CRM:	COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO
-------------------------	--



www.elsevier.com/locate/jalgebra

Algunos de los países de
América Latina han adoptado la IEDD
en sus constituciones, incluyendo
el Perú, que establece en su Constitución
que el Estado promoverá la paz, la
estabilidad y la justicia social.

Este comunicado es de carácter informativo y no constituye oferta pública de valores. Caso de suscripción de este documento, se considera que el suscriptor, por su conocimiento de su situación, establece voluntariamente una relación de inversor con la entidad. Se informa que la entidad no ha sido autorizada por la CNMV para la emisión de este documento.

Recomendaciones: Pueden existir diferencias de acuerdo a la edad, sexo, raza, etc. pero generalmente se presentan las siguientes alteraciones:

08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:41:00

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COSTA NETO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tiny.pie.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list> |new seam2x--2009241040028500000011458397

Número do documento: 20093410440028500000011458397

Num. 13100202 Pág. 21

АТЕНОБОЛІ А СІЛЬСЬКА ВІДОМОСТЬ ВІДЪІ РОВНОВІ СОНЦЕВІ ВІДЪІ АВЕРТОВІ

2020 年度中国教育行业报告

Além disso, os governos de
São Paulo e do Paraná já aderiram
à proposta, e outras, provavelmente,
estão próximas a aderir. Ainda
não se sabe se o governo do Rio
de Janeiro vai aderir.

Desta comparação resulta que a maior parte das alterações entre os dois sistemas é de natureza qualitativa. Desta é deputada a maior parte das alterações que resultaram, possivelmente, de processos de reestruturação, estruturalmente, da estruturação da indústria automóvel no Brasil, que, possivelmente, se refletiu, estruturalmente, na estruturação da indústria automóvel no PIA, visto que, no PIA, não se observou nenhuma alteração estrutural.

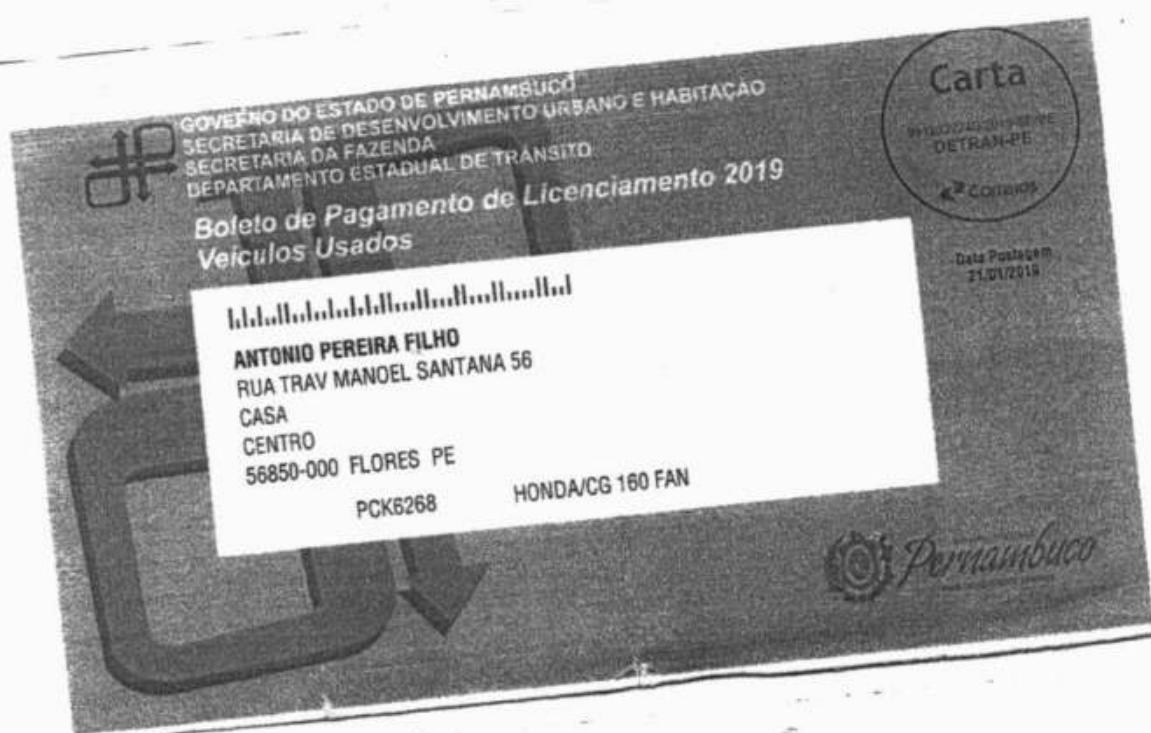
www.spc.org/SPC

08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12100203 Pág. 22



08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 23



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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, APPLICAR PERNAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084-134, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.809.724-22,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima BRUNA BÉATRIZ DA SILVA GOMES.

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

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>TV. MANOEL SANTANA</u>	Número:	<u>56</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>FLORES</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>FLOINHADAPERMELIA@HOTMAIL.COM</u>			CEP:	<u>56.850-000</u>

Local e Data: FLORES-PE 05/08/2019

Antônio Pereira

Assinatura do Declarante

08 AGO 2019

DLDR1.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 25



Viajante
Wanderley
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

04-1

Data e Hora:	05/06/19 07:08	Nº. Ocorrência
Nome:	Anna Beltrão da Silva Gomes	Data Nascimento: 15-02-15
Profissão:	—	Sexo: F
End.:	Av. Presidente Getúlio Vargas - Sít. Bom Jesus	Doc. Ident.:
Responsável:	Larissa Beltrão da Silva (mãe)	
End/Fone:	MUD 01811	
Tipo de Atendimento: <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta		

Pressão Arterial:	P脉:	Temperatura:
-------------------	-----	--------------

Histórico e Exame Físico:

Morre banguela no queimado dentro a borda de estrada de moto com
pneus de um lado. Susto de dor no pé direito. Nunca viu com vento
do lado. Estava com hidroalcool gel no pé direito.
- Aquele que é de vento forte.

Tratamento: Fazendo gelo e dor no pé direito.

— 1m. tempo? frustas?

— Só fazer hidroalcool gel

— S. 56 99259.

HOSPITAL.

Impressão Diagnóstica:

Dr. Cláudio de Carvalho Marques
CRM-PE 22636

08 AGO 2019

Destino do Paciente
Removido para Hospital Residência Internado Transferido

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem:

Paciente

Registro

Dados Clínicos

Exames Complementares Resultados

Hipótese Diagnóstica

Conduta Adotada

Justificativa do Encaminhamento

Encaminhado para

Data 05/09/13 Nome

CRM 22636

Unidade do Especialista

Exame Clínico

Exames Complementares

Parecer do Especialista

Tratamento Proposto

LOCAL: Na Unidade de Origem
 Na Unidade de Referência
 Outro Serviço

08 AGO 2019

Nome

CRM

Data



 SUS Sistema Único de Saúde			Ministério da Saúde Secretaria de Saúde de Pernambuco			 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento da Saúde			Identificação do Paciente			Identificação do Paciente		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HREC			2 - CNES 24281355			2 - CNES 24281355		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HREC			4 - CNES 24281355			4 - CNES 24281355		
5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS) 8191810174161091061144			6 - SIS PRENATAL 10 - DATA DE NASCIMENTO 15/10/2015			7 - SENHA/REGULAÇÃO 8 - N° DO PRONTUÁRIO 93462		
9 - NOME DO PACIENTE Ana Beatriz dos S. Faria			10 - DATA DE NASCIMENTO 15/10/2015			11 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>		
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Niágara Lopes de Nascimento			13 - N° DO TELEFONE DE CONTATO 000			14 - N° DO TELEFONE 000		
14 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) B. Bonfim - Loteis Populares -			15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Florianópolis			16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 41000		
17 - UF SC			18 - CEP 85618-000					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO Franja Superficial - Inflam								
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Prostata + Espermatozoide + Teste								
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL Franja de Inflam			22 - CID 10 PRINCIPAL Franja de Inflam					
23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO 			24 - CID 10 SECUNDÁRIO 			25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 		
PROCEDIMENTO SOLICITADO 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Intervenção								
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 								
28 - CLÍNICA oncologia								
29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO temporária								
30 - DOCUMENTO CNS								
31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 06078734-99								
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Marcelo Alves								
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 05/06/19								
34 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM-PE 1001 CREMEPE 127								
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)								
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 37 - () ACIDENTE TRABALHO NÃO TÍPICO 38 - () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 39 - N.º DO BILHETE 40 - SÉRIE 41 - EMPREGO 42 - CNAE DA EMPRESA 43 - CBOR 44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 46 - N.º DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 47 - DOCUMENTO 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)								
AUTORIZAÇÃO 45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO EDNAN SOARES COUTINHO								
46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 08 AGO 2019								
47 - DOCUMENTO 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO EDNAN SOARES COUTINHO								
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 08 AGO 2019								
50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM-PE 1001 CREMEPE 127								

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 14164
Data 07/08/2019
Hora 17:14:00

PACIENTE	Nome: <u>Don. Brathy da Silva</u> Cidade: <u>Salvador</u> Categória: <u>SLG</u>			
	Sexo: <u>F</u> Idade: <u>67</u> Cor: <u>W</u> Estado Civil: <u>Casado</u>			
	Naturalidade: <u>Brasil - RJ</u> Profissão: <u>Alentejana</u>			
	Endereço: <u>B3 bairro: Jardim das Flores - Impasse: PE</u>			
RESPONSÁVEL	Pessoa de Quem Depende: <u>Mulher de Minha</u> Parentesco: <u>Mãe</u>			
	Endereço: <u>Av. 10 de Outubro - 1000 - Salvador - BA</u>			
	Internado por Ordem de _____			
Ass. Médico - CRM				
<input type="checkbox"/> Clínico <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Hora do Atendimento Médico				
Pressão Arterial <u>MX</u> MN. P脉 <u>BPM</u>				
Temperatura <u>36,5</u> °C Peso _____				
Queixa Principal <u>Fundo - Dolor D</u>				
ATENÇÃO MÉDICA	História da Doença Atual <u>Pará vira a cada 2 trâns (Atropelado) - jure - Depois de 20 dias (Dolor D)</u>			
	<u>08 AGO 2019</u>			



UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente	N.º do Registro	Data Admissão
<i>Marcelo Beleza dos S. Gomes</i>		

Nome do Procedimento Cirúrgico
<i>Desbridamento + Enxragar + Sutura</i>

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Inicio	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos

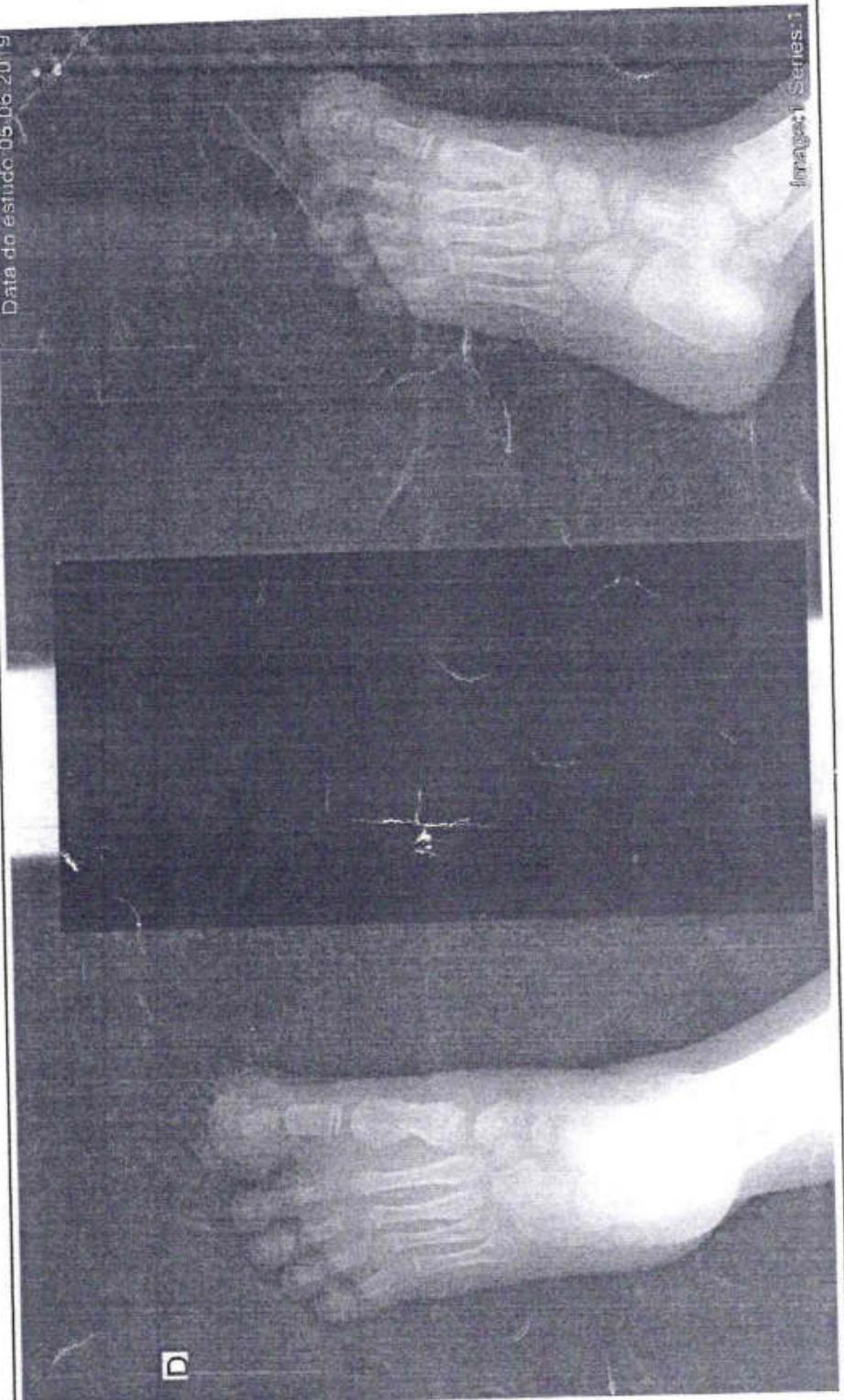
*pt - PNL e S/3 avistar fratura b.c
- Desbridamento + Enxragar + Sutura
- Sutura de pele + enxra
- Antisseptico
- Pele sem problema*



08 AGO 2019

1º Auxiliar	2º Auxiliar	Cirurgião
		<i>Dr. Marcelo Alves</i> Ortopedia e Traumatologia Medicina do Trabalho CRM-PB 7381 CIREMERC Linha 107 2117-1162 9915-1820



PatientID:	2019060512230	Sex:	Feminino
Name:	ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES	BirthDate:	15.02.2015
		Age:	4a.
			
08 AGO 2019			



HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que:

Ana Beatriz Souto de Sá

Profissão:

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- Afastar-se do trabalho por _____ () dias
 Afastar-se das aulas por 30 (inteiro) dias
 Afastar-se da Educação Física por _____ () dias
 É portador de deficiência física permanente Incapacidade para sua atividade
 Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
 Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.

Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Ponto, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com circunstâncias que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico:

Procedimento:

C.I.D. 10:

Afogados da Ingazeira

19 de 08 de 2019
Dr. *Antônio Souto de Sá Peixoto*
Ortopediatra / Traumatologista
CRM-PE 18426

08 AGO 2019



Hospital Regional Emilia Câmara

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PERNAMBUCO

RECEITUARIO

GOVERNO DE
Pernambuco

Nome:

Endereço:

SL

Maria Helena M
Sobr

Dr. André Pinto Peixoto
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 14126

Data: 19/08/19

Medico CRM

LEIA MEU

08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 33

Ans BEATRIZ

Are answered

26
one person

ص ۲

15 dia

71. Leontina A. Lima
Acadêmica de Enfermagem
CRN-PE 22.038

06/06/19

08 AGO 2019



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES
MATRÍCULA:
1311930155 2015 1 00068 130 0015708 47

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO		DIA	MÊS	ANO
Quinze de Fevereiro de Dois Mil e Quinze		15	2	2015
HORA	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF			
06:55	Serra Talhada - PE			
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF		LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO	
Triunfo - PE		HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES	Feminino	
FILIAÇÃO				
LIEGEN LOPES DA SILVA e JOSÉ RONALDO GOMES DA SILVA				
AVÓS				
MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA e MANOEL LOPES DA SILVA				
FRANCISCA GOMES DA SILVA				
GÊMEO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)			
NÃO				
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO		NÚMERO DA DNV		
Dez de Março de Dois Mil e Quinze		30642171060		
OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES				
# ATO GRATUITO				

Certidão do Registro Civil de Triunfo

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Triunfo, 10 de maio de 2015

TRIUNFO
RUA CEL MONTEIRO, 72 - CEP: 56.870-000 - Centro - Triunfo - PE



O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.

Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:

<https://www.programaminhacertidao.pe.gov.br/infop/consultaCertidao.jsp>

Informe o código: 094F7A00-03C3-427E-BD53-1E1D3PC2D9A0

Data da Assinatura:

10/03/2015 15:18:18

ABE072414

08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 35

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Name John Verrado S.C. No. John Verrado
Loc. Nasc. San Joaquin Co. Est. PE.... Dam 1/2 ft. 1/2 ft.
Filing # 1 Doc. No. 2-244-100-2661 Date 10-18-1982

ESTRANGIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs:
 Data Emissão / / S.C. / S.G.
 DRT 
 Assinatura do Consulado do Brasil em / /
 Mão Assinado / /
 INMET. 2676242

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

08-A60-2019





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **064.809.724-22**

Nome: **JOSE RONALDO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **12/08/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **31/01/2004**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:13:25** do dia **08/08/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3BB5.5A21.ED13.7D14**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

08 AGO 2019

08/08/2019 11:13



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 37



08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410440028500000011458397>
Número do documento: 20092410440028500000011458397

Num. 12109202 - Pág. 38

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ , DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E
físico: APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO PARA A MOBILIDADE E DOR A PALPAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX E METATARSO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **4 ANOS

*SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: José Ronaldo Gomes da Silva, brasileiro(a), estado civil: s. R. casado
Profissão: Agricultor, portador(a) do RG 78034CTPS, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 064 809 724-22, residente no(a) SI Bom Jesus
nº 23, bairro: ZONA RURAL, município: Floriano I. PE

OUTORGADO:

Nome: Antônio Pereira Filho, brasileiro(a), estado civil: casado
Profissão: Recolhedor, portador(a) do RG 2999873 SSP, órgão expedidor SSP/PE
e do CPF: 452.545.084-34, residente no(a) IV manel Santana
nº 56, bairro: CENTRO, município: Floriano I. PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima EDNAN BEATRIZ DA SILVA GOMES
data do acidente: 05/06/2019

Local e data: Floriano - PE 05/06/2019

José Ronaldo Gomes da Silva
Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura

08 AGO 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Número do Sinistro: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

Comprovante de residência

ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES : 064.809.724-22

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

ANTONIO PEREIRA FILHO

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 42

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000000021527-9

Nr. da Autenticação 58FF0D87B0C16D43



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044002850000011458397>
Número do documento: 2009241044002850000011458397

Num. 12109202 - Pág. 43

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALDO MACHADO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000108158-6

Nr. da Autenticação 4AD511BAA789FDE1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:01
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044008700000011458408>
Número do documento: 2009241044008700000011458408

Num. 12109214 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000067 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE CÔNDILO E SÍNFISE DE MANDÍBULA.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(02CM), COM DIMINUIÇÃO DA
físico: FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE
MASTIGAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

Observações: LOCAL DO ACIDENTE: AV WALL DE CARVALHO PROX POSTO SANTA FE, TERESINA PI .

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000067 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA. PÁG.5/6

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00





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

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200000067 **Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS**

Data do Acidente: 29/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALDO MACHADO SANTOS

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 15311423



Pag. 01/07/01108 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:01
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044008700000011458408>
Número do documento: 2009241044008700000011458408

Num. 12109214 - Pág. 4



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

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200000067 **Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS**

Data do Acidente: 29/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDINALDO MACHADO SANTOS

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. 00231/00232 - carta_02 - INVALIDEZ



00070116

Carta nº 1532584



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:01
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044008700000011458408>
Número do documento: 2009241044008700000011458408

Num. 12109214 - Pág. 5

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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200000067 **Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS**

Data do Acidente: 29/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINALDO MACHADO SANTOS

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **EDINALDO MACHADO SANTOS**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **00000108158-6**

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.

Atenciosamente,

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" 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:	4 - Nome completo da vítima: Edinaldo machado Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
5 - Nome completo: Edinaldo machado Santos		6 - CPF: 786.607.003-25		9 - Número: 1449	
7 - Profissão: Autônomo		8 - Endereço: Rua São José		10 - Complemento: Casa	
11 - Bairro: Angelim		12 - Cidade: Teresina		13 - Estado: PI	
15 - E-mail: edvaldo.santos2@hotmail.com		16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565		14 - CEP: 64040-820	

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)		
AGÊNCIA: 0029	CONTA: 108158	6
(Informar o dígito se existir)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	6
(Informar o dígito se existir)		
Autorizo 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

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.

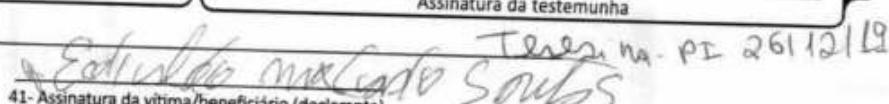
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viver nascido)? <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:	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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha	
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	
40 - Local e Data, _____	Assinatura da testemunha	

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

lo Representante Legal (se houver)

2010

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:01
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044008700000011458408>
Número do documento: 2009241044008700000011458408

Num. 12109214 - Pág. 8

**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: 3200000067
Nome do(a) Examinado(a): Edinaldo Machado Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua São José 1419, S/N VI Irma Dulce
Angelim Teresina PI CEP: 64040-820
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1050299
Data local do acidente: [29/09/2019]
Data local do exame: [09/01/2020] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA BILATERAL DE CÔNDILO E SÍNFISE DE MANDÍBULA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(02CM), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim **Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim **Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.
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 (*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em <input type="text"/> dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (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):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input checked="" type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo

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

LOCAL DO ACIDENTE: AV WALL DE CARVALHO PROX POSTO SANTA FE, TERESINA PI .

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


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





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012111/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/12/2019 13:35 Data/Hora Fim: 02/12/2019 13:52
Delegado de Polícia: Erika Mourão Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 29/09/2019 14:20

570064

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: AV. HENRY WALL DE CARVALHO

Bairro: Areias

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDINALDO MACHADO SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)
--

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Buriti Sexo: Masculino Nasc: 26/12/1967

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Jose Machado Santos

Documentos(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 786.607.003-25

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA ÁO JOSE

Nº: 1419

Bairro: ANGELIM IV

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)
--

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição: MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário: 786.607.003-25
Placa: OVW9866	Renavam: 00569866014
Número do Motor: JC41E2D532738	Número do Chassi: 9C2JC4120DR532738
Ano/Modelo Fabricação: 2013/2013	Cor: VERMELHA
UF Veículo: Piauí	Município Veículo: Teresina
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES	Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade: 1 Unidade

Delegado de Polícia Civil: Erika Mourão Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
Data de impressão: 02/12/2019 13:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012111/2019

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 13/12/2017

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Edinaldo Machado Santos

Envolvimentos

Proprietário

Desconhecido 1

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO EM ENDEREÇO CITADO, QUANDO TRISCOU O PNEU DA MOTO EM OUTRA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA A UPA DO PROMORAR, POSTERIORMENTE PARA O HUT. DECLARAÇÕES DA VITIMA

ASSINATURAS

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
escrivão:
Matrícula 0097616

Edinaldo Machado Santos
(Vitima / Comunicante)

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (me) (os) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
Data de impressão: 02/12/2019 13:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:01
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044008700000011458408>
Número do documento: 2009241044008700000011458408

Num. 12109214 - Pág. 11

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 - N° do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Edinaldo machado Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
5 - Nome completo:		6 - CPF: 786.607.003-25		7 - Profissão: Autônomo	
11 - Bairro: Angelim		8 - Endereço: Rua São José	9 - Número: 419	10 - Complemento: Casa	12 - Cidade: Teresina
15 - E-mail: edvaldo.santos20@hotmail.com		13 - Estado: PI		14 - CEP: 64040-820	
16 - Tel.(DDD): (86) 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"/> 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"/> 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: 0029	CONTA: 108158	6	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	6
(Informar o dígito se existir)					

Autorizo 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

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 atende 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 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 teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
Estou ciente de que a Seguradora Lider 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
Impronta
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, _____

lo Representante Legal (se houver)

38 - 1^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS





Nelmo - 26

~~2009-09-29~~ Interna

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 29/09/2019 17:36:28
 (User: ANTONINO MOITA)
 (Estação: CONSULPA03)

<u>Nome:</u> EDINALDO MACHADO SANTOS		<u>Prontuário:</u> 524288
<u>Mãe:</u> MARIA JOSE MACHADO SANTOS	<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u> RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 26/12/1967	<u>Idade:</u> 51a9m3d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-95578-888
<u>Responsável:</u> FERNANDO DOUGLAS ALVES DA SILVA		<u>CNS:</u> 705008289682455
<u>Profissão:</u> DESEMPREGADO		<u>Documento:</u> CPF: 786.607.003-25
<u>J. Instrução:</u> Não informado <u>E.Civil:</u> União Estável		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 743973	<u>Entrada:</u> 29/09/2019 16:47:00	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060029
<u>Motivo da Procura</u> <u>(Conforme Paciente/Acomp):</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM FACE	<u>Classificação:</u> Dor moderada	<u>Cor:</u> Amarelo
<u>Breve História Clas. Risco:</u> ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA LACERAÇÃO NO LABIO SUPERIOR E DENTES INCISIVOS QUEBRADOS. QUEIXA-SE DE DOR NAS REGIÕES MAXILAR E MANDIBULAR.		ALINE SAMARA DA SILVA COREN PI - 284368 Em: 29/09/2019 17:24:01

SVV: (Hora: :)

peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ 4 HORAS. RELATA USO DE CAPACETE E DOR. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA BOCA. NEGA SINAIS DE ALERTA SEM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.
 A) VIAS AERÉAS PERTURBADAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
 B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, CIRR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.
 C) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE
 D) LESÃO EM HÁLUX DIREITO, EM JOELHO ESQUERDO R RM LÁBIO SUPERIOR.

TOFografia Realizada
DATA: 29/09/2019 HORA: 17:41
EXAMES: Crayp76a -
TECNÓLOGO: fay -

Diagnóstico Inicial:

? Fratura bilateral de condilo + Sínfise de mandíbula

CID:
502.6

Exames Complementares:

(1322753) - T.C. DE CRANIO
 (1322754) - T.C. DE FACE

Dr. Mário Soárez
 Esp. Cirurgia e Traumatologia
 Doutor Mário Soárez
 CRO-PI 4254

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / . HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
 CRM 4330 Em: 29/09/2019 17:36:27



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000308 - LE 1889695974
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA FATURA Nº 153325058
1.41.319 MÊS/ANO 23498447-3 10/2019

NOME/ENDEREÇO MORADOR EDNALDO MACHADO SANTOS			RUA SÃO JOSE VL IRMA DULCE, 1419-ANGELIM-TERESINA-PI-cep: 64040820		
LOCALIZAÇÃO 012-00022-002135			GRUPO: NÚMERO DO HIDRÔMETRO 012 A04L520390		
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS / ANO TIPO UDO FATURADO		ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal			
02-2019 Média 00 13 03-2019 Média 00 13 07-2019 Média 00 13 08-2019 Média 00 13 09-2019 Média 00 13 04-2019 Média 00 13					
DATA LISTURA ANTERIOR 17/09/2019 1389 ATUAL 17/10/2019 1389		CONSUMO MÊS M3 13		LEI 12.741/2002 PES. PASEP 48,81 m ³ x 0,94 CORR. 40,81 x 7,68 m ³ x 0,78	
TABELA DE TARIFAS			DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA		
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%) 0 10 3,0000 00 10 25 5,7120 00 25 99999 9,9918 00			REF. VALOR VALOR REFERENTE ÁGUA - 47,80 > Residencial-Normal 13,0 m ³ 47,80 JUROS POR ATRASO 001/001 0,05 MULTA POR ATRASO 001/001 0,96		
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)					
			VENCIMENTO 29/10/2019		TOTAL A PAGAR 48,81
IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES					
MENSAGEM SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA. SE SEU HIDRÔMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL, FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.					
NOTIFICAÇÃO Av. Dr. Júlio de Oliveira, 1960, todos os Santos - CEP 64090-040, Telef. 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199					

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2984	2965	19	1,37	0,2-5,0 mg/l
COR APARENTE	3326	3309	17	4,80	Inferior a 15
PH	2514	2474	40	6,93	6,00-9,50
TURBIDEZ	3336	3322	14	1,38	Inferior a 5
COLIFORMES TOTais					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1275	1275	0	Ausente	Ausente
	1275	1275	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 17/10/2019 HORA DA EMISSÃO: 12:10



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Magalhães inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173,91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edinaldo Machado Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 786.607.003/25, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Edinaldo Machado Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 786.607.003/25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Lentis	Cidade	Teresina	Estado	CEP
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6565

Teresina, 26 de Dezembro de 2019
Local e Data

Nelle Rose Soares Magalhães
Assinatura do Declarante

01/2017





ONTE DO PACIENTE: Edinaldo Machado Santos

ONÚMERO DO PRONTUÁRIO: 524288

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





Nelso - 26

Exame de Interna

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 29/09/2019 17:36:28
 (User: ANTONINO MOITA)
 (Estação: CONSULPA03)

<u>Nome:</u> EDINALDO MACHADO SANTOS		<u>Prontuário:</u> 524288
<u>Mãe:</u> MARIA JOSE MACHADO SANTOS	<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u> RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 26/12/1967	<u>Idade:</u> 51a9m3d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-95578-888
<u>Responsável:</u> FERNANDO DOUGLAS ALVES DA SILVA		<u>CNS:</u> 705008289682455
<u>Profissão:</u> DESEMPREGADO		<u>Documento:</u> CPF: 786.607.003-25
<u>3. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> União Estável

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 743973	<u>Entrada:</u> 29/09/2019 16:47:00	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060029
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM FACE	<u>Classificação:</u> Dor moderada	<u>Cor:</u> Amarelo
<u>Breve História Clas. Risco:</u> ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA LACERAÇÃO NO LABIO SUPERIOR E DENTES INCISIVOS QUEBRADOS. QUEIXA-SE DE DOR NAS REGIÕES MAXILAR E MANDIBULAR.		ALTHE SAMARA DA SILVA CÓREN PI - 284368 Em: 29/09/2019 17:24:01

<u>SVV:</u>	<u>(Hora:</u> : <u>)</u>			
SE: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>	
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ 4 HORAS. RELATA USO DE CAPACETE E DOR. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA BOCA. NEGA SINAIS DE ALERTA SEM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.	
A) VIAS AEREAIS PERTIVAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA	
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, CIRR, 2+, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.	
C) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE	
D) LESÃO EM HÁLUX DIREITO, EM JOELHO ESQUERDO E RM LÁBIO SUPERIOR.	
TOFOGRAFIA REALIZADA DATA: <u>29/09/2019</u> HORA: <u>17:41</u> EXAME: <u>Cravipffra</u> - TECNOLOGO: <u>Ju</u> - <u>Dr. Ednan Soares</u> <u>Esp. Ortopedia e Traumatologia</u> <u>Edson Mário Figueiredo</u> <u>CRO-PI 4254</u>	

<u>Diagnóstico Inicial:</u> <i>Fratura bilateral de condilo + Sinfise de mandíbula</i>	<u>CID:</u> 502.6
<u>Exames Complementares:</u> (1322753) - T.C. DE CRANIO (1322754) - T.C. DE FACE	<u>DATA:</u> 04.09.2019

<u>Prescrição Médica:</u>

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>		
<u>Observação (Adulto)</u>	<u>DATA:</u> / / 	<u>HORA:</u> :

<u>Assinatura Paciente ou Responsável:</u> <i>Maria Cassiane de Lourivalho Santos</i>	<u>ANTONINO NETO COELHO MOITA</u> CRM 4330 Em: 29/09/2019 17:36:27
--	---





Neuro - 26
 Foco OK / interna

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Name:</u> EDINALDO MACHADO SANTOS		<u>Prontuário:</u> 524288
<u>Mãe:</u> MARIA JOSE MACHADO SANTOS		<u>Pai:</u>
<u>End. Resid.:</u> RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 26/12/1967	<u>Idade:</u> 51a9m3d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-95578-888
<u>Responsável:</u> FERNANDO DOUGLAS ALVES DA SILVA		<u>CNS:</u> 705008289682455
<u>Profissão:</u> DESEMPREGADO		<u>Documento:</u> CPF: 786.607.003-25
<u>J. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> União Estável

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 743973	<u>Entrada:</u> 29/09/2019 16:47:00	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060029
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

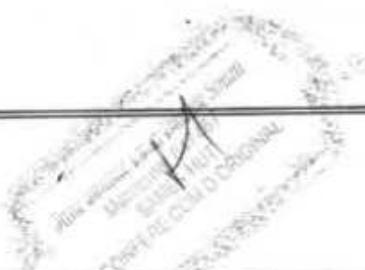
<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM FACE	<u>Classificação:</u> Dor moderada	<u>Cor:</u> Amarelo
<u>Breve História Clas. Risco:</u> ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA LACERAÇÃO NO LÁBIO SUPERIOR E DENTES INCISIVOS QUEBRADOS. QUEIXA-SE DE DOR NAS REGIÕES MAXILAR E MANDIBULAR .		ALINE SAMARA DA SILVA COREN PI - 284368 Data: 29/09/2019 17:24:01

<u>SVV:</u>	<u>(Hora: ____ : ____)</u>	
peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²
Pulso: bmp	Pressão: mmHg	

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>		
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO RÁ 4 HORAS. RELATA USO DE CAPACETE E DOR. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA BOCA. NEGA SINAIS DE ALERTA SEM USO DE COLAR CERVICAL E FRANCHA RÍGIDA.		
A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, SEM COLAR CERVICAL E FRANCHA RÍGIDA		
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS.		
C) RR, 27, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.		
D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES		
E) LESÃO EM HÁLUX DIREITO, EM JOELHO ESQUERDO E RM LÁBIO SUPERIOR.		
TOFografia RRA ZADA DATA 29/09/2019 HORA 17:24:01 EXAM Crayp76a- TECNÓLOGO: Leyf-		

<u>Diagnóstico Inicial:</u>	<u>CID:</u> 502.6
? Fratura bilateral de condilo + Sínfise de mandíbula	

<u>Exames Complementares:</u>	<u>DATA:</u> 04.04.20500
(1322753) - T.C. DE CRANIO	
(1322754) - T.C. DE FACE	

<u>Prescrição Médica:</u>	
---------------------------	--

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>	<u>Observação (Adulto)</u>	<u>DATA:</u> / /	<u>HORA:</u> : :
-------------------------------------	----------------------------	------------------	------------------

Maria Lúcia de Lourdes Santos

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MUITA
CRM 4330 Em: 29/09/2019 17:36:27



Nuviops. 18:30h

Acordado, não obedece, escuta

Trabalhando com o violínio de hastes

Informação da potes de creme

Liberal ob nuviops

Dr. Mário Vítorius Q. dos Santos
Neurocirurgião
CRM: 3950

BUCO 29/09/19 19:00

Paciente vítima de acidente motobilístico, orientado, consciente, fazia uso do capacete. Ao exame clínico apresenta edema, lacerações em lábio superior, presença de friso. No exame por imagem apresenta fratura bilateral de côndilo e síntese (golho verde).

CD: Internação + sutura*

Dr. Mário Vítorius Q. dos Santos
Neurocirurgião
CRM: 3950

Dra. Edna Soárez
Esp. Ortopédica e Traumatologista
BUCO Maxilo Facial
CRM-PI 4254



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro CirúrgicoNome do Paciente *Edinaldo Machado Santos*Diagnóstico pré-operatório *Fratura de mandíbula (condilos bilaterais)*Operação - Tipo *Osteosíntese de Fratura Complexa da Mandíbula*Cirurgião *Salomão* 1º Assistente *Luis (Residente)*2º Assistente *Monize (Residente)* 3º AssistenteInstrumentador(a) *Beneda* Anestesista *Laerte* Anestesia *Geral*

Anestésico(a)

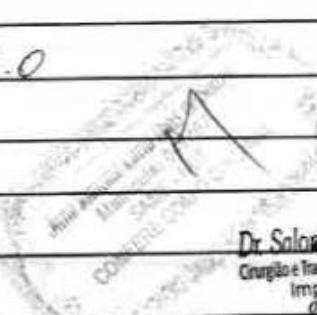
Data da Operação *30/09/19* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

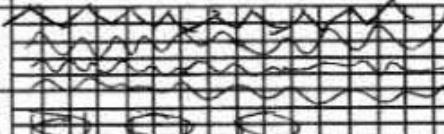
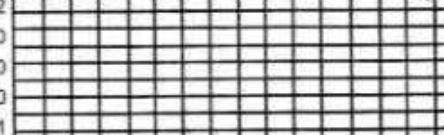
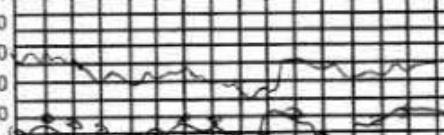
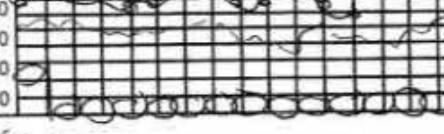
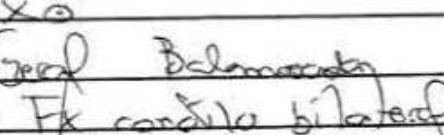
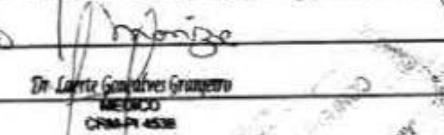
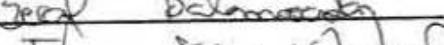
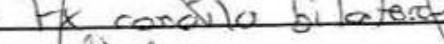
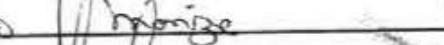
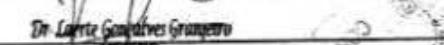
Fratura de mandíbula (condilos bilaterais)

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)*Paciente em decúbito dorsal sob efeito de anestesia geral**Antespira + infiltrado local com lidocaína com epinefrina**Acesso retroromandibular bilateral + diáfise + redução condilar + fixação de placa 2.0 bilateral.**Sutura com vicryl 4.0 + nylon 5.0**Cutáneo.*
Dr. Salomão Gury-Rod Oka
Cirurgião e Traumatologista
CRM-PI: 1847

FOLHA DE ANESTESIA
UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE						Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE Edinaldo Maceno Santos							
DATA: 20/09/19		P. ARTERIAL 130x80	PULSO 75	RESPIRAÇÃO 16	TEMPERATURA 40,0	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Completas</i>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Stabil</i>						ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>NRF 17 mmHg</i>						ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO <i>Jejun 208h</i>				SISTEMA URINÁRIO <i></i>			
ESTADO MENTAL <i>Alerta</i>				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERTÓRIO <i>Fr de condila bilateral</i>				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
TOTAL DE DOSES							
AGENTES ANESTÉSICOS 1 500 2 500 3 500							
LÍQUIDOS SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100							
TEMPERATURA T C° 260 240 2 38							
P. ARTERIAL V O PULSO 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS 							
TECNICAS 							
OPERAÇÕES 							
CIRURGIÕES 							
ANESTESISTAS 							
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS 							
PARITICULARIDADES							
INCIDENTE - ACIDENTE							
1 - Díptero 2 - drenagem 3 - Pandim 05m 4 - Zyan 4mg 5 - Díptero 100mg 6 - drenagem 100mg 7 - Pandim 05m 8 - Zyan 4mg 9 - Pandim 05m 10 - Zyan 4mg 11 - Pandim 05m							
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							

LUNA DE HUT



FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Eu _____, RG _____, responsável
circunstancial pelo (a) Paciente: EDINALDO MACHADO DOS SANTOS, Nascimento: 26/12/1967.
ID de Regulação Autorizado: 93562, autorizo a CENTRAL DE REGULACAO DE TERESINA - Transporte, para
realizar o transporte do referido paciente.

Motivo do Chamado:

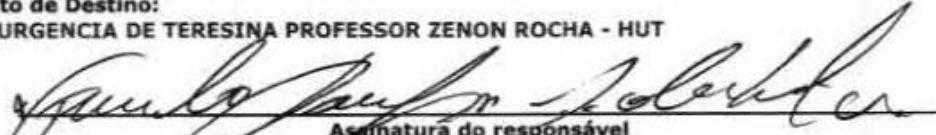
AVALIACAO CLINICA/EXAME - HOSPITAL

Estabelecimento de Origem:

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR

Estabelecimento de Destino:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT


Assinatura do responsável

Testemunha: Ana Lise Bento RG: 1193.076

Doutor responsável: Dra. Ana Lise Bento CRM: 7148

Data/Hora Solicitada: 29/09/2019 14:34:30



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 777981980	Nº REGULAÇÃO: 93562	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: CIRURGIA GERAL		
PACIENTE: EDINALDO MACHADO DOS SANTOS		NASCIMENTO: 26/12/1967

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

29/09/2019 14:01:40 PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ 1 HORA, NEGA SINAL DE ALARME PARA TCE. VEM COM CORTE E ABIO SUPERIOR, E DIFICULDADE DE ABERTURA MANDIBULAR, IMPACTO DO TRAUMA MAIOR EM FACE. AO EXAME: DOR E LIMITAÇÃO DA ABERTURA ORAL. FRATURA/LUXAÇÃO DE MANDÍBULA? PROCEDO COM SUTURA + SOLICITO REGULAÇÃO HUT PARA TC DE FACE.

ROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO CRANIO OU DOS OSSOS DA FACE PARTE NAO ESPECIFICADA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 80bpm **SATURAÇÃO:** 99% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 15rpm

GLICEMIA: **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 29/09/2019 14:09:38

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



Solicitação de Acompanhante



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

Prontuário:
524288
Internação:
248534

Nome: EDINALDO MACHADO SANTOS

End. Resid.: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: -Masculino	Nascimento: 26/12/1967	Idade: 51a9m3d	Estado Civil: União Estável	Profissão: DESEMPREGADO
----------------------------	----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

Justificativa:

Conforme Art. 12 da Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente)
Conforme Art. 16 da Lei 10.741/03 (Estatuto do Idoso)
Conforme Lei 11.108/05 (Parturientes)

Data

Assinatura

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

Data: ___/___/___

Ass. Médico Acompanhante

Dr. Silvano Cury Ribeiro
Ass. Médico Acompanhante

Auditor

Data: ___/___/___

Assinatura - CPF



SUMÁRIO DE ALTA



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

Prontuário:	524288
Internação:	248534

Nome: EDINALDO MACHADO SANTOS

End. Resid.: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 26/12/1967	Idade: 51a9m3d	Estado Civil: União Estável	Profissão: DESEMPREGADO
Internação		Alta		Permanência
Data 29/09/2019	Hora 19:57	Data / /	Hora : :	

Diagnósticos:

CID Principal:

Fratura bilateral de cônclib

Cod.CID:

5026

CID Secundário:

ID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Der, edema, trânsito, mandíbula aberta anterior.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Melhora do quadro clínico.

MEDICAÇÕES: AIE'S; AINE'S; Antibióticos.

CIRURGIA: Data: 30/09/19 Tipo: Osteosíntese de fratura bilateral de cônclib mandibular.

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: () Curado () Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
 () Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____

Ass. Médico Assistente / Enfermeiro / Residente

*Dr. Solano Júnior - Odontólogo
 Gengivite, Periodontite, Implantodontia, Crôni-
 co-implante, Endodontia, Odontologia da Criança*



SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRITO

IDENTIFICAÇÃO

DATA: 29/09/19

NOME: <u>Edinaldo Machado Santos</u>	IDADE: _____	PESO: _____
CLÍNICA: _____	LEITO: _____	PRONTUÁRIO: <u>524288</u>
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> NÃO TRAUMA		
INDICAÇÃO DO ANTIBIÓTICO: <input type="checkbox"/> TERAPÊUTICO <input type="checkbox"/> PROFILÁTICO		

INFECÇÃO: COMUNITÁRIA HOSPITALAR

ÓCULO DA INFECÇÃO: PNEUMONIA TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR
 OSSOS E ARTICULAÇÕES CIRÚRGICO URINÁRIO ABDOMINAL
 SIST. NERVOSO CENTRAL SANGUÍNEO PELE E PARTES MOLES
 CHOQUE SÉPTICO (DESCONHECIDO) OUTROS _____

ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS E PERÍODO DE USO: _____

DROGA SOLICITADA	VIA	POSOLOGIA	PREVISÃO (dias)
<u>Cefalotina</u>	<u>EV</u>	<u>6/6 hrs 1G</u>	<u>07 dias</u>

JUSTIFICATIVA: Fratura de mandíbula (condilo bilateral)
anterior

FUNÇÃO RENAL: NORMAL ALTERADA

FUNÇÃO HEPÁTICA: NORMAL ALTERADA

REALIZOU CULTUR: NÃO SIM

Resultado



DATA DA COLETA: _____

MÉDICO-CARIMBO

PARECER DA CCIH: _____





PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Edinaldo Machado Júnior

- Conferir a identificação do paciente
- Conferir cirurgia agendada
- Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- Verificar se o paciente tem alguma alergia medicamentosa sem diclofenaco
- Conferir a retirada de adomos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- Retirar peças íntimas
- Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- Verificar instalação de hidratação venosa
- Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- Avaliar estado geral do paciente
- Fazer registro de enfermagem no prontuário
- Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- Conferir demarcação do local da cirurgia.
- Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

PA = 170/90 mmHg
P: 100 bpm

Data: 30 de Setembro de 2019

Enfermeiro responsável: Ronaldo Samara
COREN 294363





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

Author Hospital



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:01
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044008700000011458408>
Número do documento: 2009241044008700000011458408

Num. 12109214 - Pág. 30



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Edinaldo Machado Santos</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura de mandíbula (condilos bilaterais)</i>		
Operação - Tipo <i>Osteosíntese da Fratura Complexa da Mandíbula</i>		
Cirurgião <i>Salomão</i>	1º Assistente <i>Luis (Residente)</i>	
2º Assistente <i>Monize (Residente)</i>	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Benedetta</i>	Anestesista <i>Laerte</i>	Anestesia <i>General</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>30/09/19</i>	Ínicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Fratura de mandíbula (condilos bilaterais)</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<i>Paciente em decúbito dorsal sob efeito de anestesia geral Antespira + infiltrado local com lidocaína com epinefrina Acesso retramandibular bilateral + divaricadores + redução condilar + fixação de placa 2.0 bilateral. Sutura com vicryl 4.0 + nylon 5.0 Cinturado.</i>		
<i>Dr. Salomão Quirurgião-Dentista Ortopedista e Traumatologista Implanteodontista CRM-PI: 1847</i>		

Mod. 76 HUT





MedicalLife
Saúde para toda vida

86 3305 6005
comercial@medicallifehospitalar.com
www.medicallifehospitalar.com
Av. Odilon Araújo, 475 - Piçarra,
CEP: 64.017-280. Teresina-PI
1.780/0001-00 | Insc. Est: 19.493.633-3

COMUNICAÇÃO DE USO DE ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Nome do paciente: Edinaldo Machado Santa

Nº Prontuário: 524288

Procedimento realizado:

Código de compatibilidade: 0702050487

Nome do Médico/CRM/CRO: 67. Salmão

Data da utilização do material: 20/09/16

Convênio:

Local: 149

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

20, 09, 19

Salomão Cury
Dr. Salomão Cury-Rad. Gld.
Assessoria Jurídica e Consultoria Social



Recibos de MEDICAL LIFE COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES (EIRELI) de produtos/serviços constantes da Nota Fiscal indicada ao lado		Pedido	nf-e
Data de Recebimento	Identificação e Assinatura do recebedor	Doc 33.577	Nº 000.027.698 Série: 001
 MedicalLife Saúde para toda vida	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica		
Avenida Odilon Araújo, Nº 475 - Picanha Teresina - PI - CEP: 64017-280 Tel: (86) 3305-6005 e-Mail: comercial@medicallifehospitalar.com	1 Saída: 1 Entrada: 2 Nº 000.027.698 Série: 001 Page 1 of 1	221910143617800001063500100002769810815855339 Protocolo / Data Hora da Autorização 322190014845803 - 08/10/2019 16:58:24	
Natureza da Operação : Venda de mercadoria adquirida terceiro			
Inscrição Estadual	Imp. Est. Subj. Trib.	CPF	Chave Acesso NF-e - Consulta: www.nfe.fazenda.gov.br 22.191111-14.361.7800001-00-06-001-000.027.698-10815855339

RA								
Crédito em conta								
Dp: 027698/01								
R\$ 723,62								
Visto 07/11/2019								
CALCULO DO IMPOSTO								
BC ICMS	Valor ICMS	Valor FCP	BC ICMS ST	Valor ICMS ST	Valor FCP ST	Valor IPI	Total Produtos	723,62
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Frete	Segur.	Desconto	Outras Disp.	Base PIS	Valor PIS	Base COFINS	Valor COFINS	723,62
					0,00	0,00	0,00	

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS											
Razão Social: <input type="text"/>		Frete por conta: <input type="checkbox"/>	Cód. ANTT	Placa Veículo	UF	CNPJ/CPF	Insc. Est.				
Endereço:		Município	UF	Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líq.		
Cod. Descrição do Produto		NCM	CST	CFOP	Unid.	Quant.	Vlr. Unit.	Vlr. Total	BC ICMs	Vlr. IPT	ICMS
BLAUE DE RECOMENDACAO 3,6 MM (00202		9001.10.20	040	5.102	Unidade	2	351,8100	703,62	0,00	0,00	0



DADOS ADICIONAIS		Informações Adicionais	Reservado ao Fisco
CST 40: Produto isento de tributação de ICMS. ICMS ISENTO CONFORME CONVENIO CONF/99 PRORROGADO ATÉ 30/09/19			
PELÔ CONVENIO 49/17			
Isenção de PIS/COFINS conf. parag.4º do art. 1º da Lei 10147/2000			
PRESIDENTE: EDINALDO MACHADO SANTOS Cnhnicio: SUS			
Médico: SALOMAO CURY RAD OKA Data do Procedimento: 30/09/2019			
Procedimento(s): 9464029500 PRONTUÁRIO: 524288			
LICL Procedimento: HUT PROFESSOR ZENON ROCHA			
Tributos Austr R\$ 30,38 Federal e R\$ 31,84 Estadual. Fonte: IBPT			
ENRÉNICO: 220012781 PROCESSO: 4559435/2019 FONTE: 224.115			
INSCRIÇÕES: BANCO DO BRASIL AG:2219-0 C/C: 8609-5			



I SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SBPA

NOME Edvaldo Machado Santos

11 DE ABRIL DE 1985

DATA 80,091

HORÁRIO DE ADMISSÃO

788

IDADE 31 anos

DATA 60,0

CIBURGIA REALIZADA

1

CIRURGIÃO

SINAIS VITais	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	Saída
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	106/71	113/67 (82)
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	83	70 bpm
SATURAÇÃO DE O2 (%)	97%	98%
TEMPERATURA AXILAR (0°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	Isaac	

ÍNDICE DE ALDRETTA E KROHLIK

ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros		2		2		2		2
	Movimenta dois membros		1		1		1		1
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando		0		0		0		0
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente		2		2		2		2
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração		1		1		1		1
	Tem apneia		0		0		0		0
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico		2		2		2		2
	PA em 20-49% do nível anestésico		1		1		1		1
SATURAÇÃO O₂	PA em 50% do nível pré-anestésico		0		0		0		0
	Está lúcido e orientado no tempo e espaço		2		2		2		2
ESCALA DOR ALTA	Desperta, se solicitado		1		1		1		1
	Não responde		0		0		0		0
ESCALA DOR ALTA	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente		2		2		2		2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%		1		1		1		1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂		0		0		0		0

四、评价

OLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
20:13 Encontra-se em FOF de osteossintese de fratura complexa de mandíbula, curvilinear, orientada para o normotensivo que permaneceu 48hrs. Almoço de Mouto de Oliveira

www.oxfordjournals.org

ALTA SERPA

Amanda Gomes Vale Andrade
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI/4981

卷八

AMERICAN POINTS

ENCAMINHAMENTO | 1 EXTERNO | 1 SALA DE GESSO | 1 IMAGENS E GRAFICOS | 1

Posto ଓ

11 | 12 | 13 | EMERGÊNCIA PEDIATRICA | INFUSÃO | FERAL | MATERIAIS CLÍNICOS | TÉCNICAS

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:01

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:01
<http://tipi.pje.jus.br:80/1c/Processo/ConsultaDocumento/list/view/seam?x=20092110440087000000011458108>

Número do documento: 20093410440087000000011458408



Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30/09/19

NOME DO PACIENTE: Edinaldo Machado Santos		PRONTUÁRIO Nº: 524288
DIAGNÓSTICO: Frat - de mandíbula		CIRURGIA:
ANESTESIA: GERAL		Nº DA SALA: 09
CIRURGÃO: Salomão Ofa		CPF Nº
AUXILIAR: Residentes		CPF Nº
ANESTESIA: Dr. Laerte		CPF Nº
INSTRUMENTADORA: Benedita		CPF Nº

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	24	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 810	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 615	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	10	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	1m.		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	03	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	02		Luva 7,5	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				crigom → 02			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Lâmina 15 → 01			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 5-0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENO				Glauc.			

Wlon 2.0...

01

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 247330 AIH: 2219101941210
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR	CNES 2679663
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE EDINALDO MACHADO SANTOS		NASCIMENTO 26/12/1967	SEXO M	PRONTUÁRIO 534288
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA JOSE MACHADO SANTOS	RESPONSÁVEL FERNANDO DOUGLAS	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO PARQUE ALIANCA			NÚMERO / LOTE 1419	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
FRATURA BILATERAL DE CÓNDILO E SÍNFESE (GALHO VERDE)

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
TC DE FACE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S026 - FRATURA DE MANDIBULA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0404020500 - OSTEOSÍTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ANTONIO HENRIQUE BORGES FERRO CPF: 76241564315 CRM:	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 29/09/2019	
DATA ADMISSÃO 29/09/2019 16:47	DATA ALTA 01/10/2019 08:00	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIANA RIBEIRO FERREIRA ROCHA CPF: 46261679315 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: 147187110001 CRM: DATA ANÁLISE:
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





No. da Autorização de Internação Hospitalar (ATH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

247330

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	248534

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: EDINALDO MACHADO SANTOS				6 - Prontuário: 524288
7-CNS:	705008289682455	8-Nascimento:	26/12/1967	9-Sexo: Masculino
11-Mãe:	MARIA JOSE MACHADO SANTOS			CPF: 786.607.003-25
13-Resp:	FERNANDO DOUGLAS ALVES DA SILVA			12-Fone: 86-95578-888
15-Ender:	RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - CEP: 64000-010			14-Cor: Sem Informação
16-Munic:	TERESINA			17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

fratura bilateral de côndilo e sinfise (calço verde)

21 - Conditionen eines Ausbildungsauftritts

2. *minima*

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados)

to do face

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Print: 25-CID Sec.: 26-CID C,Ass.:
SD26

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02	01	CPF:	762 415 643-15
----	----	------	----------------

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:

ESTIMACIONES DE CLASES DE CÁLCULO ESTÁNDAR. ALGORÍTMICO EN LÍNEA PARA EL

45 - Vinculo com a Previdência: Empregado Empresário Autônomo Desempregado Aposentado Não Empregado

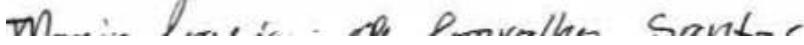
2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47 - Data Autorização:
--	------------------------

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: Usuário: (YULLE)

51. - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuario: (YULLE)
Consulta Local: 743973
Consulta SOS:





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: **EDINALDO MACHADO SANTOS** (Prontuário: 524288)
 Endereço: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 28/12/1967 Idade: 51a9m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743973
 Requisição: 1006503 Solicitação: 29/09/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
 Controle: 1322754 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 29/09/2019

T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM REGIÃO MENTONIANA PARASSAGITAL ESQUERDA E NOS COLOS DA MANDÍBULA.
- LEVE ESPESSAMENTO DA MUCOSA EM CÉLULAS ETMOÍDAIS E SEIOS MAXILARES.
- DEMAIS CAVIDADES PARANASALIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 02/10/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:01
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044008700000011458408>
 Número do documento: 2009241044008700000011458408

Num. 12109214 - Pág. 39



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO MACHADO SANTOS** (Prontuário: 524288)
Endereço: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 26/12/1967 Idade: 51a9m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743973
Requisição: 1006503 Solicitação: 29/09/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1322753 Convênio: SUS

Cod. SIA: 0206010079

RELATÓRIO:

Data Exame: 29/09/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

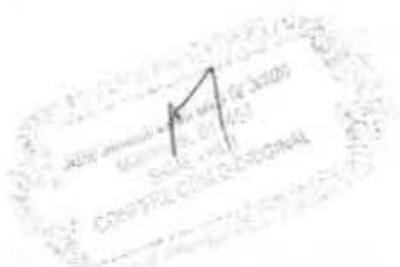
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.
(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Professional Responsável





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:	EDINALDO MACHADO SANTOS (Prontuário: 524288)		
Endereço:	RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	26/12/1967	Idade: 51a9m4d	Sexo: Masculino
Requisição:	1006981	Solicitação: 30/09/2019	Origem: INTERNAÇÃO
Controle:	1323749	Convênio: SUS	Solicitante: SALOMAO CURY RAD OKA
		CLINICA NEUROLOGIA - P07	Atendimento: 248534
			ENFERMARIA 211 LEITO 04

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 30/09/2019

T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM REGIÃO MENTONIANA PARASSAGITAL ESQUERDA E NOS COLOS DA MANDÍBULA.
- LEVE ESPESSAMENTO DA MUCOSA EM CÉLULAS ETMOIDAIAS E SEIOS MAXILARES.
- DEMAIS CAVIDADES PARANASAIAS COM TRANSPARENCIA NORMAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.
- OSTEOSINTESSES METÁLICAS NOS COLOS MANDIBULARES.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/09/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 CRM

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:01
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044008700000011458408>
Número do documento: 2009241044008700000011458408

Num. 12109214 - Pág. 41





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.119.262
DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14	
NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES	
FILIAÇÃO	
CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE	
NATURALIDADE	
CRATEUS-CE	
DOC. ORIGEM	
DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971	
CERT. NASC. 529 L 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/14 TERESINA - PI	
Assinatura do Director Pedro Gomes de Moraes Pinto Crim	
840.173.173-91	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83	

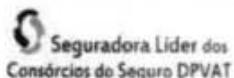


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:01
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044008700000011458408>
Número do documento: 2009241044008700000011458408

Num. 12109214 - Pág. 43



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473092/19

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

CPF: 786.607.003-25

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 29/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINALDO MACHADO SANTOS

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

EDINALDO MACHADO SANTOS : 786.607.003-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
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: 3200000067 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE CÔNDILO E SÍNFISE DE MANDÍBULA.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(02CM), COM DIMINUIÇÃO DA
físico: FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE
MASTIGAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

Observações: LOCAL DO ACIDENTE: AV WALL DE CARVALHO PROX POSTO SANTA FE, TERESINA PI .

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000067 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA. PÁG.5/6

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Edinaldo Machado Santos			
RG: 3.050.299	ORG. EMISSOR: SSS/PI	D. EXPEDIÇÃO: 10/03/19	
CPF: 786.607.003-29	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Autônomo	
ENDEREÇO: Rua 500 José			Nº: 3439
COMPLEMENTO: casa		BAIRRO: Angelim	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64040-420	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

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

Edinaldo Machado Santos

Data do acidente de trânsito: 29/09/2019

Cobertura da vítima: Trabalho



LOCAL / DATA: TEREZINA 02/10/2019
Edinaldo Machado Santos

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jéssica Aline de Menezes Silveira
E-mail: jessica.menezes@tjpi.jus.br
Fone: (85) 3210-0726
Total: 4,98
OP: 250

ARTIGO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE OS SEUS DIREITOS
www.tjpi.jus.br/portalexterno

Cartório
Themistocles
Sampaio
Início: 01/01/2019 - Fim: 31/12/2020 - Local: Teresina - Piauí - Brasil
Reconheço por autenticidade a firma de EDINALDO MACHADO
SANTOS, D.O. 02/12/2019, F.E. 24, TEST. S. DA VERDADE.
www.tjpi.jus.br/portalexterno
Jéssica Aline de Menezes Silveira
E-mail: jessica.menezes@tjpi.jus.br
Fone: (85) 3210-0726
Total: 4,98
OP: 250

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473092/19

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

CPF: 786.607.003-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: EDINALDO MACHADO SANTOS

Seguradora: Investprev Seguradora 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

EDINALDO MACHADO SANTOS : 786.607.003-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:01
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241044008700000011458408>
Número do documento: 2009241044008700000011458408

Num. 12109214 - Pág. 49