

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de do..., Audiências..., Sistema SAJ..., Consulta proce..., PJ 0817956-88.20..., Download file..., (32) WhatsApp...

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=547738&ca=9dcd2d24126b592607beea7a749f8f...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., sAdministrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0817956-88.2020.8.18.0140 ANDERSON MAIA DOS SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO S...

Page Title: 12137037 - CONTESTAÇÃO (2751473 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/09/2020 11:11:11

Left Sidebar (25 Sep 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12137030 - CONTESTAÇÃO
 - 12137037 - CONTESTAÇÃO (2751473 CONTESTACAO 01)
 - 12137039 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12137040 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12137294 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12137306 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content Area:

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08179568820208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DNVAT em caso de invalidez especial de..."

Bottom Bar: PT, 11:11, 25/09/2020



Número: **0817956-88.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDERSON MAIA DOS SANTOS (AUTOR)		FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12137039	25/09/2020 11:11	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200018228

Vítima: ANDERSON MAIA DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERSON MAIA DOS 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15358973

Pag. 01363/01364 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200018228 Vítima: ANDERSON MAIA DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDERSON MAIA DOS SANTOS

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01653/01654 - carta_03 - INVALIDEZ

00080827



Carta nº 15358974





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, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200018228 **Vítima:** ANDERSON MAIA DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/10/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANDERSON MAIA DOS 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. 01353/01354 - carta_02 - INVALIDEZ

00070677



Carta nº 15634046



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
065.799.403-01 Anderson Maia dos 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: Anderson Maia dos Santos 6 - CPF: 065.799.403-01
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. Amílcar Rodrigues de Azevedo 9 - Número: 6141 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Mafrense 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64008-760
15 - E-mail: edvansequeiro@hotmail.com 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:
☒ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4826 CONTA: 36708 (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. 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 (vairascer)? ☐ 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 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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ra do Representante Legal (se houver)





Banco Itaú S/A

PROTOCOLO DEPOSITO DINHEIRO CAIXA ELETRONICO
BANCO 341 CTR 000001 06/01/2020 14.02.21

AGENCIA: 4826 CONTA CORRENTE: 36708-0

R\$ 5,00

ANDERSON SANTOS

CAIXA ELETRONICO 10179/0344-TRESINA

DEPOSITOS REALIZADOS APOS O HORARIO DE
EXPEDIENTE BANCARIO ESTAO SUJEITOS A
EFETIVACAO SOMENTE NO DECORRER DO PROXIMO DIA
UTIL. DEPOSITOS REALIZADOS AOS SABADOS,
DOMINGOS E FERIADOS SAO EFETIVADOS NO DECORRER
DO PROXIMO DIA UTIL.

SE HOUVER DIFERENCA NO ENVELOPE, SERA LANÇADO
O VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NAO SERA ABERTO
E PERMANECERA POR 60 DIAS NA AGENCIA ONDE FOI
DEPOSITADO, PARA COMPROVACAO. NESTES CASOS,
APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO
CLIENTE SERA CREDITADO E ESTORNADO NO EXTRATO.





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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 013525/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/12/2019 10:23 Data/Hora Fim: 19/12/2019 10:32
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 14/10/2019 15:30

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: Rua Magalhaes Filho Norte

Bairro: Centro
Nº: 651
CEP: 64.000-128

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(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: ANDERSON MAIA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 15/09/1999
Profissão: Auxiliar Administrativo Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a) Nome do Pai: CELSO DE ARIMATEIA DOS SANTOS
Nome da Mãe: MARIA REIS MAIA VIEIRA DE SA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 065.799.403-01
RG - Carteira de Identidade: 4003346

Endereço

Município: Teresina - PI Nº: 6141
Logradouro: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA CEP: 64.008-760
Bairro: MAFRENSE

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 008.890.173-44	Placa ODZ9649
Renavam 00361922647	Número do Motor JC48E2C251645
Número do Chassi 9C2JC4820CR251645	Ano/Modelo Fabricação 2012/2011
Cor PRETA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não

Página 1 de 2

Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 19/12/2019 10:32
Protocolo nº: Não disponível



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013525/2019

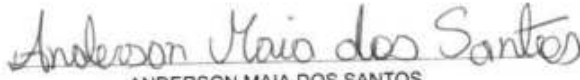
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 13/10/2011	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
ANDERSON MAIA DOS SANTOS	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição NÃO IDENTIFICADO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MENCIONADA, PROPRIEDADE DE FRANCISCA LEOPOLDINA MAIA VIEIRA DA SILVA E QUE TRAFEGAVA PELA CITADA VIA, MOMENTO EM QUE A MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA QUE TRAFEGAVA POR UMA VIA TRANSVERSAL INVADIU A VIA PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTOCICLETA DO COMUNICANTE. QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU (2168) E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT CONFORME PRONTUÁRIO 525.724. É O REGISTRO. O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT. QUE NÃO TEM INTERESSE EM MOVER AÇÃO PENAL.

ASSINATURAS


Jerônimo Soares Lima Junior
Agente de Polícia
Matrícula 0094781
Responsável pelo Atendimento


ANDERSON MAIA DOS SANTOS
(Comunicante / Vítima)

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



Delegado de Polícia Civil Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 19/12/2019 10:32
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 065.799.403-01 4 - Nome completo da vítima: Anderson Maria dos 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: Anderson Maria dos Santos 6 - CPF: 065.799.403-01
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. Amílcar Rodrigues de Lencastre 9 - Número: 6141 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Mafrense 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64008-760
15 - E-mail: andersonseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS CADASTRAIS

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itau
AGÊNCIA: 4826 CONTA: 36708
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	2568	14/10/2019	9904	15/11/16	16/03
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
	16/11/3	16/15			
	10 Endereço	Rua Jussara Filha Centro			
Dados do Paciente	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
	Centro Norte	Te-Pi			
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	DNOCs			
	14 Nome	Anderson Maia do Santo		15 Sexo	1 Masculino 2 Feminino 9- Ignorado
Acidente de Transporte	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
	15/09/99		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 15 - Exames complementares 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico			
	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Assistência	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag ☐ Cintão de segurança ☐ Assento para criança ☐	
	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
Hospital de Destino	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	5 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 88 Resp. 10/20 PA 110/70 TAX. Sat02 98/	
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeita
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração ☐ Oxigênio ☐ Curativos ☐ Prancha longa/curta ☐ Colar cervical ☐ Kred ☐ Imobilização de extremidades ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Assistência obstétrica ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c) ☐	HUT	1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	1-Sim 2-Não	
pac. 20 anos, sofreu colisão de moto com moto com trauma em região frontal com hematoma + dor + inchaço em ambos os membros superiores, orientado.					
Socorristas Médico <u>André</u> Enfermeiro <u>Edivaldo S. L.</u> AE/TE <u>André</u> Conductor <u>Edivaldo S. L.</u>					

2011

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON MAIA DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04826

CONTA: 000000036708-0

Autenticação:

121F3C0931C765A7CF04B14D605431AC3785218EAD6CB06CEC0123C2E6C787B5



equatorial
ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

1740124-0

Nº da Nota Fiscal 029991386

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

CONTA MÊS
NOVEMBRO/2019

VENCIMENTO
03-12-2019

CONSUMO (kWh)
269

TOTAL A PAGAR (R\$)
276,55

ANDERSON MAIA DOS SANTOS
R. EMÍLIO RODRIGUES DA CUNHA 6141 6141/1MAFRESE
CPF: 00006579940301
CED: 64.003-760 - TERESINA

ROT: 10.001.34.38.444301

DADOS DA LEITURA

Atual: 275
Anterior: 0
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo Medido: 269
Consumo Faturado: 269 FEMP
Forma de Faturamento: NORMAL

DADOS DA LEITURA
Atual: 13/11/2019
Anterior: 26-09-2019
Próxima Leitura: 13-12-2019
Emissão: 12-11-2019
Apresentação: 29-11-2019
Dia de Consumo: 48

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL MONO
Ligação: 1501004373
Número Medidor: 1.1.1.1
Posto: 0
Código Pat: 0
Média 12 meses: 0

RESIDENCIAL

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo

OUT/19 0
SET/19 0
AGO/19 0
JUL/19 0
JUN/19 0
MAI/19 0
ABR/19 0
MAR/19 0
FEV/19 0
JAN/19 0

TARIFA SEM TRATAMENTO
0 A 20% - 0,039621

CONSUMO 269 A R\$ 0,951343 = 255,91
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 20,64
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 2,51
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 3,79

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 12-11-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelas datas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio das opções acima apresentadas.

RESERVADO AO FISCO 0661-5639-6507-6217-362E-8564-8541-6569

COMPOSIÇÃO DE VALORES - R\$			VALORES DE VALORES - R\$	
Distribuição:	50,33	Base de Cálculo:	255,91	186,81
Energia:	97,25	Alíquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	16,44	Valor do ICMS:		69,09
Encargos:	8,05	Valor do PIS:	1,40%	2,63
Tributos:	83,84	Valor do COFINS:	6,49%	12,12

INDICADORES DE CONTINUIDADE						FIC		DMC		DCEI	
DSC		FIC		DMC		DCEI		DSC		DCEI	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral
Limite	0,05	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,03
Realizado											





EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

DATA DE EMISSÃO
03/12/2019

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 031895629

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

CONTA MÊS VENCIMENTO
DEZEMBRO/2019 31/12/2019
CONSUMO (KWH) TOTAL A PAGAR (R\$)
271 273,19

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

ROT: 17.001.30.14.045400

DADOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Atual:	22372	24/12/2019
Anterior:	22101	25/11/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	23/01/2020
Consumo Medido:	271	Próxima Leitura:
Consumo Faturado:	271	23/12/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	FCAM	Emissão:
		24/12/2019
		Apresentação:
		24/12/2019
		Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	257

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
NOV/19 277	CONSUMO 271 A R\$ 0,905468 = 245,38
OUT/19 394	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 20,60
SET/19 368	CORRECAO MONETARIA DA 11/19-00 0,04
AGO/19 285	CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00 0,52
JUL/19 222	MULTA POR ATRASO DE I 11/19-00 0,43
JUN/19 205	JUROS DE MORA ATRASO 11/19-00 0,06
MAI/19 204	MULTA POR ATRASO 11/19-00 5,36
ABR/19 178	JUROS POR ATRASO 11/19-00 0,80
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 3,00
FEV/19 297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,94

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 271 - 0,005512

VERIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/12/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 043D.E0CA.CE64.4FFE.051F.DECE.46F9.9909									
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$					IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$				
Distribuição:	50,23				Base de Cálculo:	245,38		179,12	
Energia:	97,05				Alíquota ICMS:	27,00%			
Transmissão:	16,41				Valor do ICMS:			66,25	
Encargos:	8,03				Valor do PIS:	0,73%		1,32	
Tributos:	73,66				Valor do COFINS:	3,40%		6,09	
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DABC		DICI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Conjunto	TERESINA-MACAUBA						Período de apuração:	10/2019	ELSD: 139,51

ROT: 17.001.30.14.045400



EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0051869-7

MÊS FATURADO

12/2019

Nº da Nota Fiscal: 031895629

FCAM

TOTAL A PAGAR - R\$

273,19

VENCIMENTO

31/12/2019

83640000002 9 73190017000 2 00000000051 3 86971219008 9



SEQ.: 00252 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/12/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 22372 NORMAL TOTAL: 273,19 CARGA: 014
DT.VENC.: 31/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:11:10

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092511111034200000011484421

Número do documento: 20092511111034200000011484421

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roge Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anderson mais Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.799.403/01, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Anderson mais Dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.799.403/01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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		Número	Complemento
<u>Rua 24 De Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 03 de Janeiro de 2020
Local e Data

Nelle Roge Soares Marques
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Francisca Leopoldina Maia Vieira de Sá,
RG nº 2.776.435, data de expedição 31/07/18,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 008.890.173-44,
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Mangueira, nº 4955,
complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
× Anderson Maia dos Santos, cujo o condutor era
× Anderson Maia dos Santos.
Veículo: moto Modelo: Honda 182 125 ES Ano: 2011
Placa: DDZ - 9649 Chassi: 9C2JC4820CR251645
Data do Acidente: 14/10/19

Local e Data: Teresina 19 de Dezembro 2019.

× Francisca Leopoldina Maia Vieira de Sá
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Liberdade, 1223 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0100 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Título: Cartório de Notas de Teresina

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCA LEOPOLDINA MAIA VIEIRA DE SA. DOU FE. EM TEST. Francisca DA VERDADE. Teresina-PI, 19/12/2019. Selo: AAP10538-AW4S
www.tjpi.jus.br/portalestre

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escritora Autorizada
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FUND/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 55
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEL





NOME DO PACIENTE: Anderson Maia dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 525724

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

João Leite Jr.
Assinatura
17:20
SAI - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





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

ORTOP 120

Boa noite
- Neuro OK
- Ortop OK

OLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	ANDERSON MAIA DOS SANTOS	Prontuário:	525724
Mãe:	MARIA REIS MAIA VIEIRA DE SA	Pai:	
End. Resid.:	RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento:	15/09/1999	Idade:	20a0m29d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99494-7878
Responsável:	MARIA REIS MAIA VIEIRA DE SA	CNS:	700607933608263
Profissão:	ESTUDANTE	Documento:	Reg.Nasc: NAO INFORMADO
G. Instrução:	Médio Completo	E.Civil:	Solteiro(a)

Imp: 14/10/2019 16:52:30
(User: GILBERTO)
(Estação: CONSULPA03)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	746466	Entrada:	14/10/2019 16:24:06	Convênio:	S U S	Proced:	0301060061
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Conforme Paciente/Acomp:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Anal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
TRAUMA MAIOR	Dor moderada	Amarelo
Reve História Clas. Risco:	ACIDENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, SOG:15 HEMATOMA EM FACE ESQUERDA E DOR EM OMBRO DIREITO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA	
	SABRINA LOBATO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 14/10/2019 16:32:55	

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO MOTO-MOTO) HÁ CERCA DE 30 MINUTOS, USANDO CAPACETE (TCE LEVE). NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, RINORRAGIA, OTORRAGIA. REFERE DOR EM OMBRO DIREITO. UTILIZANDO COLAR CERVICAL.
4) VIAS AÉREAS PÉRVIAS
5) MV +, BILATERAIS, DIMINUÍDOS EM AMBOS OS HEMITÓRAXES. FR: 32 IRPM
6) PA: 130/80 MMHG. PULSO CHEIO, FORTE, TEC > 2 SEG.
7) GLASGOW 15
8) ESCORIAÇÕES EM FACE, MIE E PÉ ESQUERDO.

14/10/19 19:24
TEC: 15
CID: 86.994.947-8

Exame Inicial:	Fatura (Anexo) Sem Duro
----------------	-------------------------

Exames Complementares:
(1335075) - T.C. DE CRANIO
(1335076) - T.C. DE COLUMNA CERVICAL
(1335077) - OMBRO DIREITO

Prescrição Médica:
RAIO-X REALIZADO
DATA 14/10/19 HORA 19:26
TÉCNICO: Danilo

RAIO-X REALIZADO
DATA 14/10/19 HORA 19:26
TÉCNICO: Danilo

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto):

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 14/10/2019 16:52:28





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

Pág. 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a0m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466
Requisição: 1012275 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1335075 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 14/10/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL DIREITO.
- 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.

LUIS CEZAR

TERESINA - PI 14/10/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional 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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a0m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466
Requisição: 1012275 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1335076 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 14/10/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

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

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

LES: FRATURA CLAVICULAR À DIREITA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/10/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional 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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64059-990
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745466
Requisição: 1012277 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1335078 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 14/10/2019

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HÍLOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

RANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Lúcia Medeiros de Melo
Nº 1012277
SANTO
CONFERE





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA Nº141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466
Requisição: 1012301 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
Controle: 1335137 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Ord. SIA: 0204040060

Data Exame: 14/10/2019

CLAVICULA DIRETA

Estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio da clavícula direita.
- Partes moles sem particularidades.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Lúcia Mendes de Albuquerque
Médica
SAÚDE
CONFIRMAÇÃO





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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA Nº141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466
Requisição: 1012278 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1335079 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 14/10/2019

OMBRO DIREITO

Exame radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Seguintes aspectos observados:

- Fratura no terço médio da clavícula direita.
- Partes moles sem particularidades.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

João Luis Medina Prado
Médico
SAL
CONF. 0





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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)
 Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466
 Requisição: 1012319 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
 Controle: 1335180 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 14/10/2019

CLAVICULA DIRETA

O estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em PA, perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio da clavícula.
- Partes moles sem particularidades.

JOAO ANTONIO

TERESINA - PI 27/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:11:10
 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092511111034200000011484421
 Número do documento: 20092511111034200000011484421





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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA Nº141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a0m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466
Requisição: 1012275 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1335076 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 14/10/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

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

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA. LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

OBS: FRATURA CLAVICULAR À DIREITA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/10/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM
Profissional Responsável

JOÃO CARLOS A. AVELINO
SALVO
CONFERE





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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA Nº141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a0m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466
Requisição: 1012275 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1335075 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206010079

Data Exame: 14/10/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL DIREITO.
- 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.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 14/10/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM
Profissional Responsável

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:11:10
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092511111034200000011484421
Número do documento: 20092511111034200000011484421





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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466
Matrícula: 1012277 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1335078 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 14/10/2019

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MADIÁSTINO SEM ALTERAÇÕES.
- TORACÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

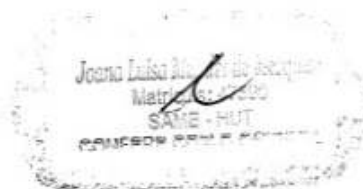
(RANCI SILVA)

TERESINA - PI 25/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional 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

PAGE 1/1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466
Requisição: 1012278 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1335079 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 14/10/2019

OMBRO DIREITO

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

- Fratura no terço médio da clavícula direita.
- Partes moles sem particularidades.

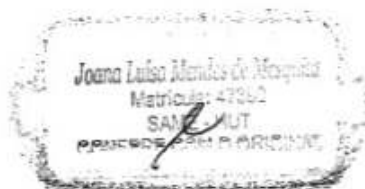
JOAO ANTONIO

TERESINA - PI 27/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional 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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466
Requisição: 1012301 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
Controle: 1335137 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0204040060

Data Exame: 14/10/2019

CLAVICULA DIREITA

O estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em
perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio da clavícula direita.
- Partes moles sem particularidades.

JOAO ANTONIO

TERESINA - PI 27/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Metrôcula: 47390
SAU - HUT
PRIMEIRO A ASSINAR





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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466
Requisição: 1012319 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1335180 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0204040060

Data Exame: 14/10/2019

CLAVICULA DIRETA

Estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em perfil.

As seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio da clavícula.
- Partes moles sem particularidades.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47380
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





Sr(a). ANDERSON MAIA DOS SANTOS

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 14/10/2019
BO=013525/2019

HD FRATURA DA CLAVICULA D

FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM
TIPOIA AMERICANA DURANTE 60 DIAS ,
POSTERIORMENTE FISIOTERAPIA DURANTE
60 DIAS

EF DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD
ATROFIA MUSCULAR EM MSD
F=90,E=20,AD=30,AB=90 GRAUS

RX =FRAT DE CLAVICULA D

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM MSD

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PY 2313 / CRM-MA 3294
TEOD 8050

Teresina 06 de Marco de 2020

UNIDADE BARÃO
AV. BARÃO DE GURGUÊIA 3450
(86) 3221-5170

UNIDADE DIRCEU
AV. JOSE FRANCISCO DE
ALMEIDA NETO 2650
(86) 3236-9550

UNIDADE JOSE
AV. AVIADOR
IRAPUÁ ROCHA 1115
(86) 3303-7353

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PY 2313 / CRM-MA 3294
(86) 3231-0001

UNIDADE COB
RUA CASTELO DO
PIAU 2292
(86) 3214-1600



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: ANDERSON MAIA DOS SANTOS

DOC. IDENTIFIC. / OUT. TRANSITO: 4003346 SUP. PI

CPF: 065.799.403-01 DATA NASCIMENTO: 15/09/1999

RELAÇÃO:
CELSO DE ARIMATRIA
DOS SANTOS
MARIA REIS MAIA
VIEIRA DE SA

PERMISSÃO:
PERMISSÃO AC CATIVA
RIS

Nº REGISTRO: 07227968997 VALEZ: 17/03/2020 P. HABILITAÇÃO: 18/03/2019

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: Anderson Maia dos Santos

LOCAL: TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO: 18/03/2019

45004417046
PI320650077

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1831761140

PROIBIDO PLASTIFICAR
1831761140



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

DETRAN - PI 9020170691096 Nº 01420B081615
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA 1 361922647
 CDD AENAVAM 1 RUTR 2019

FRANCISCA LEOPOLDINA MAIA VIEIRA DE
 SA

00889017344

PLACA ANT. UF 9C2JC4820CR251645

PAS/MOTONETA /NENHUMA

HONDA/BIZ 125 ES

002P/124CC

CDTA UNICA

VENG. CDTA UNICA

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

3º PAGO

1º IPVA

2º

1º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

002P/124CC

CDTA UNICA

VENG. CDTA UNICA

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

3º PAGO

1º IPVA

2º

1º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

002P/124CC

CDTA UNICA

VENG. CDTA UNICA

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

3º PAGO

1º IPVA

2º

1º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

002P/124CC

CDTA UNICA

VENG. CDTA UNICA

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

3º PAGO

1º IPVA

2º

1º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT
 PI Nº 01420B081615 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
 SAC DPVAT 0800 022 1204

00889017344

361922647

2011

09

9C2JC4820CR251645

HONDA/BIZ 125 ES

002P/124CC

CDTA UNICA

VENG. CDTA UNICA

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

3º PAGO

1º IPVA

2º

1º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

002P/124CC

CDTA UNICA

VENG. CDTA UNICA

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

3º PAGO

1º IPVA

2º

1º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

002P/124CC

CDTA UNICA

VENG. CDTA UNICA

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

3º PAGO

1º IPVA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT
 PI Nº 01420B081615 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015862/20

Vítima: ANDERSON MAIA DOS SANTOS

CPF: 065.799.403-01

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/10/2019

Titular do CPF: ANDERSON MAIA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
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

ANDERSON MAIA DOS SANTOS : 065.799.403-01

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: 13/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200018228 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON MAIA DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Anderson Maia dos Santos
 RG: 4003346 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: SSP/PI
 CPF: 065.799.403-01 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Estudante
 ENDEREÇO: R. Amílcar Rodrigues da Cunha Nº: 6141
 COMPLEMENTO: casa BAIRRO: napense
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 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 DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

Anderson Maia dos Santos

Data do acidente de trânsito : 14/10/19

Cobertura da vítima : Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina, 20 de Dezembro de 2019.

Anderson Maia dos Santos

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
123 - Cont. - CEP 64000-000 - Teresina - PI - Fone (86) 323-3100 - E-mail: notario@cartorio3.com.br
Ondine Amabile Oliveira de Albuquerque Pereira

Certidão
Permitida
Simples



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015862/20

Número do Sinistro: 3200018228

Vítima: ANDERSON MAIA DOS SANTOS

CPF: 065.799.403-01

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDERSON MAIA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 12/03/2020
Nome: ANDERSON MAIA DOS SANTOS
CPF: 065.799.403-01

ANDERSON MAIA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

