

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface. The address bar shows a process detail page. The main content area displays a document titled "downloadBinario.seam" from "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The document header reads "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". Below the header is the process number "Processo: 08187328820208180140". A note at the bottom states "SÚMULA 474 STJ: 'A indenização do seguro DPVAT em caso de invalidez parcial do". The left sidebar shows a tree view of documents related to the process, including "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" and several sub-documents like "12055124 - CONTESTAÇÃO (2752139 CONTESTACAO 01)" and "12055133 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)". The status bar at the bottom right shows the date "22/09/2020" and time "12:14".



Número: **0818732-88.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO (AUTOR)	FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12055 133	22/09/2020 12:14	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171729

Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

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 15763252

Pag. 00881/00882 - carta_1 - INVALIDEZ



00020441



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 1



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 Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200171729

Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000057549-6

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:
038.871.613-43 *Maria De Fátima De Sousa Machado*

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:		
<i>Maria De Fátima De Sousa Machado</i>	038.871.613-43		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<i>Aux. de Sorveteria</i>	<i>R. ver Soulo nasc mento</i>	5781	<i>bosse</i>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<i>Parque Petrópolis</i>	<i>Teresina</i>	PI	64000-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>ethanseguros@hotmail.com</i> (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"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **0029** CONTA: **57549 6**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34
Assinatura
digitalizada
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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Teresina - PI 08/05/2020*

Maria de Fátima Sousa Machado

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ura do Representante Legal (se houver)





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092212143574000000011407935>
Número do documento: 20092212143574000000011407935

Num. 12055133 - Pág. 4



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
Sistema de Delegacia Virtual

v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000165/2020-18

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Elisberto Ferreira Dos Santos

Delegado: ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

Data/Hora: 05/05/2020 - 17:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	587467	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO		25/01/2020 - 07:50
Tipo Local		Bairro
VIA PÚBLICA		DIRCEU ARCOVERDE I
Município		
TERESINA		
Endereço		Ponto de Referência
BR 343, N°:		PROX.AO TERMINAL ITARARE
Complemento		
AVENIDA		

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO	Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 2.087.137 SSPI PI	
Mãe: HELENA MARIA DE SOUSA MACHADO	
Pai: RAIMUNDO MENDES MACHADO	
Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO, N° 5781	
Complemento: CASA	
Bairro: RENASCENÇA I	
Cidade: TERESINA - CEP: 64000-000	
Telefone(s): 86-8863-1223 86-8872-0223	

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: HONDA	Modelo: BIZ 125 ES	Ano: 2012	Placa: OED2653	Chassi: 9C2JC4820CR330502	Renavam: 00482184035	Cor:
Condutor: ROSILDA BARBARA DE SOUSA MACHADO						
RG: 2.228.514 Órgão: SSPI PI RG: PI						
End: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Número: 5781						Complemento: CASA
Cidade: TERESINA UF: PI Bairro: RENASCENÇA I						
Proprietário: VITORIA BARBARA DE SOUSA CARVALHO						
End: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Número: 5781						
Cidade: TERESINA UF: PI Bairro: RENASCENÇA I						

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE/VITIMA RELATA QUE VINHA COMO PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES PLACA-OED 2653 RENAVAN-00482184035 DE PROPRIEDADE VITORIA BARBARA DE SOUSA CARVALHO CPF:074.288.723-59, QUE AO PASSAR PELO SINAL DO TERMINAL ITARARÉ, VEIO UM CARRO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA INVADIU A PREFERENCIAL VINDO A CAIR E FRATURANDO A CLAVÍCULA, SENDO SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E ENCAMINHADO AO HUT,HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA,PRONTUARIO N°535699, INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE/VITIMA.

Maria de Fátima Sousa machad
MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegacia Virtual - WEB

Lancy Kelly Leal Pimentel
Lancy Kelly Leal Pimentel
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Matr.: 196.302-7

Boletim de Ocorrência emitido em: 06/05/2020 09:48 - DV

Página 1/1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 5

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: maria De Fátima De Souza machado		
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:			
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
Aux. de Enfermagem	R. ver Souza nascimento	5781	Rosa	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	
Paguei Pety	Teresina	PI	64000-000	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (86)99534-6565			
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"/> RECLUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	

DADOS CADASTRAIS

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"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0039	CONTA: 57549 6	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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 as 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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	<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

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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Teresina - PI 08/05/2020
maria de Fátima De Souza machado

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

atura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha





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 3557	02 Data do chamado 25/01/20 29/05/13	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 7:50	05 Chegada ao local 8:15	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 8:15	07 Chegada ao 1º hospital 8:30	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço BR. 343	11 Bairro Dsccs 1	12 Município-UF Tepe	Código IBGE 01		
Ponto de referência	13 Ponto de referência					
Dados do Paciente	14 Nome Maria de Fátima de Souza Machado	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado 2	16 Idade 44a	1-Dia 2-Mês 3-Anos 4-Ignorado 060475	Se idade ignorada, preencha com 999	
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1					
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 01	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 06	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 11	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado 01		
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado 3	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 3	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 1	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança 1	23 Glasgow = 15	
Assistência	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 1- Espontânea 2- À voz 3- À dor 4- Nenhuma 1	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma 5	24 Sinais Vitais Pulso 68 Resp. PA 122/80 TAX. Sat02 98	25 Local da lesão 	
Hospital de Destino	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais 1	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 1	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada 2-Não 3-Suspeita <input checked="" type="checkbox"/>	
Observações Interdisciplinar	paciente motociclista, sendo a passageira, apresentando escoriações + suspeita de fratura em óbito e. Consciente orientado.					
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia _____ Acesso Venoso _____ SAME - HUT Medicamentos a) _____ Confere com o Original b) _____ c) _____				
	32 Hospital de Destino H. U. E.T	<input type="checkbox"/> Não Removido				
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado 3	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte				
	01 Responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE Conceito	Enfermeiro Condutor Edvaldo			

io:27.11.2011

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000057549-6

Nr. da Autenticação E357FFB15ABF837D



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 8

equatorial
ENERGIA

PARA COMPROVAR
seu consumo, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO
0544258-3

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.4748/0001-89 INSC. Estadual: 19.301.383-3
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Série B -
Região especial de impressão autorizada pelo SEFAZ 06/95

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2020	19-03-2020	193	183,66

HELENA MARIA DE SOUSA MACHADO
R. VERA SAULO NASCIMENTO 5781 5781 PARQUE POTI
CPF: 0004776072168
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 9.001.75.21.318500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	9412	12/03/2020
Anterior:	9219	12-02-2020
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura: 13-04-2020
Consumo Medido:	193	Emissão: 11-03-2020
Consumo Faturado:	193	Apresentação: 12-03-2020
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1825177	1.1.1.1	211	

HISTÓRICO kWh/mês		DESCRIÇÃO DA CONTA			
Mês/Ano	Consumo	CONSUMO	193 A R\$ 0,824949 =	159,21	
FEV/20	227	CONTR. ILUMINAÇÃO PUE. (COSIP)		14,25	
JAN/20	218	CORRECAO MONETARIA DA 01/20-00		0,31	
DEZ/19	213	CORRECAO MONETARIA IC 01/20-00		3,69	
NOV/19	219	MULTA POR ATRASO DE I 01/20-00		0,32	
OUT/19	183	JUROS DE MORA ATRASO 01/20-00		0,15	
SET/19	211	MULTA PDR ATRASO 01/20-00		3,91	
AGO/19	218	JUROS POR ATRASO 01/20-00		1,82	
JUL/19	219				
JUN/19	201				
MAI/19	230				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
R\$ 193 - 0,824949					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Año Valor: R\$ 02/2020 225,13

Informa consumidora que lhe é sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27/03/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Modelo contém outras peças. Peças da composição da sua fatura não estão listadas. 1, 5, 10, 15, 20 ou 24, entre em contato por meio da sua concessionária de abastecimento.

RESERVADO AO FISCO 5876.FD69.0BF3.EDAF.14B8.AC82.1384.F27D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	34,75	Base de Cálculo:	159,21
Energia:	67,12	Aliquota ICMS:	124,18
Transmissão:	11,35	Valor do ICMS:	22,00%
Encargos:	5,55	Valor do PIS:	35,02
Tributos:	40,44	Valor do COFINS:	0,78%
			0,96
			3,59%
			4,46

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DEC		FIC		DMIC		DICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual
Límite	5,55	11,10	22,21	3,23	6,47	12,95	3,20	6,40



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.157.454.0001/06 - IE: 189363974
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - ☎ 0800 223 2000 ou 155 / ☎ (86) 98124-3199

MATRÍCULA 1.47.417
13302825-9 FATURA Nº 151411356
2020050400001 MÊS / ANO 5/2020

NOME / ENDERECO
MORADOR: NELLE ROZE SOARES MARQUES

RUA Vinte e Quatro de JANEIRO, 544-CENTRO-TERESINA-PI-cep: 64018650

LOCALIZAÇÃO	GRUPO	NÚMERO DO HIDROMETRO
001-00041-005250	001	A10X133657

HISTÓRICO DE CONSUMO			ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA		
MES / ANO	TIPO	LEDO	FATURADO	TIPO	VALOR
01/2020	Líquida	00	00	1 Comercial - Normal	
02/2020	Líquida	01	10		
03/2020	Líquida	01	10		
04/2020	Mínima	00	10		
12/2019	Líquida	02	10		
11/2019	Líquida	01	10		

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS M3	REF.	VALOR
ANTERIOR 01/04/2020	183	10	REF. 127400012	
ATUAL 04/05/2020	184	10	PIS/PASEP 113,25x1,65% = 1,86	

MÉDIA(m3)	VALOR CORR. PIS/PASEP
10	113,25x1,65% = 1,86

TABELA DE TARIFAS		DESCRÍPCAO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E [R\$]	VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,92	REF. VALOR
		> Comercial-Normal 10,0 m3	62,92
		VALOR DE ESGOTO - 50,33	
		> Comercial-Normal 10,0 m3	50,33

NÃO RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E [R\$]
10 25 9.2070 00	
25 999999 11.1208 00	

VENCIMENTO 16/05/2020 TOTAL A PAGAR 113,25

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM: NOSSOS ARQUIVOS ACUSAM(1) DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COR OU LÍQUIDO	1540	1537	3	1,43	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2129	2101	28	4,06	Inferior a 15
pH	1744	1682	62	6,51	6,00-9,50
TURBIDEZ	2132	2099	33	1,73	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	655	655	0	Ausente	Ausente
	655	655	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 04/05/2020 HORA DA EMISSÃO: 08:20

1.47.417	2020050400001	ÁGUAS DE
		TERESINA
MATRÍCULA	13302825-9	FATURA Nº 151411356
		MÊS / ANO 5/2020

VENCIMENTO 16/05/2020 VALOR A PAGAR 113,25

826600000001-0 13251535000-8 00202015141-7 13560100104-7



Declaração de Quitação Anual de Débitos

Prezado Cliente,

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 numero 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**.

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

²Conselho 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.

Do exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173-91,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria De Fátima De Sousa Machado inscrito
(a) no CPF sob o Nº 038.871.613-43, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima
Maria De Fátima De Sousa Machado inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.871.613-43, 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	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Lentis	Cidade	Teresina	Estado	PI
Fone		Telefone comercial(DDD)		CEP	64000-235

Teresina, 08 de maio de 2020
Local e Data

* Nelle Rose Soares Marques.
Assinatura do Declarante

01/2017





NOME DO PACIENTE: MARIA DE FÁTIMA DE SOUSA MACHADO
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 535699

Dina Vieira e Silva
IN
SAME - HUT
Confere com o Original

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”.



Venda
Nova emergência OK
- Ortopédica OK
Geral OK

Impresso: 25/01/2020 08:14:31

(User: EDUARDO SALMITO)

(Estação: CONSULPAG03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO		Prontuário: 535699
Mãe: HELENA MARIA SOUZA MACHADO	Pai: RAIMUNDO MENDES MACHADO	
End. Resid.: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO N°5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 06/04/1975	Idade: 44a9m19d	Sexo: Feminino Fone: 86-99586-5233
Responsável: IRMÃ-MARLENE SOUSA	CNS:	
Profissão: SERVIÇOS GERAIS	Documento: CPF: 036.871.613-43	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 763517	Entrada: 25/01/2020 08:27:47	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEDAS	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, FAZIA USO DE CAPACETE, COM ESCORIAÇÕES LEVES EM OMBRO E OMBRO ESQUERDO, QUILHA DE DOR NO TORAX E OMBRO ESQUERDO.		THAMYRES VIEIRA DA SILVA COREN #22717 Em: 25/01/2020 08:34:31

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 1H, FAZIA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, EPISTAXE, OTORRAGIA. A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR À PALPAÇÃO; B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS; C: SEM GRANDES SANGRAMENTOS, PULSO PERIFÉRICO CHEIO, BNF EM 2T, S/ SOPROS, PELVE ESTÁVEL, ABDOME FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E SEM MASSAS OU VISCIROMEGALIAS; D: PUPTIAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, GLASGOW 4+5+6, SEM SINAIS DE ALERTA NO LOCAL DO ACIDENTE, SEM SINAIS DE LATERALIZAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE; E: ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQUERDO E MÃO DIREITA. NÃO CONSEGUE MOBILIZAR BRAÇO ESQUERDO. DOR EM OMBRO.					

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
---------------------------	------

Exames Complementares: (1421122) - F.C. DE COLUNA CERVICAL (1421132) - OMBRO ESQUERDO (1421143) - CLAVÍCULA ESQUERDA	Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original	TOMOGRAFIA REALIZADA DATA 25/01/2020 HORA 09:57 EXAME C.CERVICAL TECNÓLOGO: →
---	---	--

Prescrição Médica: 1) Díspneia - suspiros, ev. agone RAIO-X REALIZADO 2) Télelito - suspiros, ev. agone DATA 25/01/20 HORA 9:57 RAIO-X REALIZADO TÉCNICO: Virginía Portela TÉCNICO: DATA 25/01/20 HORA MEDICA

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto) DATA: / / . RORA: : :

Virginía Portela

MÉDICA
CRM-PI 6306

Assinatura Paciente ou Responsável: RAIO-X REALIZADO DATA 25/01/20 HORA 10:06 TÉCNICO:
--

EDUARDO SALMITO SOARES
6339 PI Em: 25/01/2020 08:42:36

Neurocirurgia

Queda de moto.

Glasgow 15. Uso de colar cervical.

TC de Coluna cervical = sem fraturas ou listes

CD: Sem condite neurocirúrgica
alta de NLR

anidados clínicos

Retirar colar cervical

Dr. Emilio Borges de Oliveira
Médico Especialista
CRM-PI: 5084 Socf: 3144

AN: FRC de Moh

Trau en ombros

e ferax

CD: Nei tra en em
sei gtrax

Exame-clínico

Curativo

C Gued

NEISON ANTUNES MEDEIROS DE MOURA
CRM-MBA: 10.468
CRM-PI: 10837/EST: 14.831
Ortopedista

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

25/01/2020 às 10:40h

cinquise geral

Pt. atende de queda de moto

Rx: Rx: lesão de 1º arco costal D.

CD: 1) analgesia

2) atre de cinquise geral

Virginia Portela
MÉDICA
CRM-PI 6306

M Gilhelder





Dados do Chamado	01 Nº do chamado 3557	02 Data do chamado 25/09/20	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 7:50	05 Chegada ao local 8:15	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 8:15	07 Chegada ao 1º hospital 8:30	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço BR. 343	11 Bairro Disceas 1	12 Município-UF tupe	Código IBGE		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome Maria de Fátima de Souza Machado	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado 2	16 Idade 44a	1-Dia 2-Mês 3-Anos Ignorado	
Acidente de Transporte	17 Se idade ignorada, preencha com 999	18 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 0	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor Passageiro 3 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 3	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 3	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança 3
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 1- Espontânea 2- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX: Sat02 68 12x8 98	25 Local da lesão
Hospital de Destino	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 2	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 7 Moderada 10 Intensa	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 1	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Prancha longa/curta Oxigênio Colar cervical Curativos Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) Confere com o Original b) c)
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino H. U. T.					
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado 3					
	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte					
	<p>Paciente motociclista, sendo a passageira, apresentava escoriações + suspeita de fratura em ombro E. Conciente orientada.</p> <p>OU</p> <p>Responsável pela recepção Conhecido</p> <p>Socorristas Médico AE/TE Conhecido</p> <p>Enfermeiro Condutor Edvaldo</p>					

io:27.11.2011

**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:	MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO (Prontuário: 535699)		
Endereço:	RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/04/1975	Idade:	44a9m19d
Requisição:	1052665	Solicitação:	25/01/2020
Controle:	1421122	Convênio:	S U S
		Sexo:	Feminino
		Origem:	URGÊNCIA/EMERG
		Atendimento:	763517
		Solicitante:	EDUARDO SALMITO SOARES

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 25/01/2020

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: 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 VERTEBRAL COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

OBS.: FRATURA NA DIÁFISE CLAVICULAR ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/01/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

MARCELO COELHO AVELINO
 CPF: 552.218.663-15 2443 CRM
 Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
 Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 16



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:	MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO (Prontuário: 535699)		
Endereço:	RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/04/1975	Idade: 44a9m22d	Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
Requisição:	1052667	Solicitação: 25/01/2020	Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle:	1421132	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

OMBRO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
 Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 17



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:	MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO (Prontuário: 535699)		
Endereço:	RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO N°5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/04/1975	Idade: 44a9m22d	Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
Requisição:	1052667	Solicitação: 25/01/2020	Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle:	1421132	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

OMBRO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
 Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 18



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:	MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO (Prontuário: 535699)		
Endereço:	RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/04/1975	Idade: 44a9m22d	Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
Requisição:	1052671	Solicitação: 25/01/2020	Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle:	1421143	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 25/01/2020

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
 Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 19



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:	MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO (Prontuário: 535699)		
Endereço:	RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/04/1975	Idade: 44a9m22d	Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
Requisição:	1052706	Solicitação: 25/01/2020	Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle:	1424078	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

OMBRO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
 Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 20



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:	MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO (Prontuário: 535699)		
Endereço:	RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO N°5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/04/1975	Idade: 44a9m22d	Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
Requisição:	1052717	Solicitação: 25/01/2020	Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle:	1421270	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 25/01/2020

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

Dina Vieira e Silveira
 SAME - HUT
 Confere com o Original

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
 Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 21



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:	MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO (Prontuário: 535699)		
Endereço:	RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/04/1975	Idade: 44a9m19d	Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
Requisição:	1052665	Solicitação: 25/01/2020	Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle:	1421122	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 25/01/2020

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: 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 VERTEBRAL COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

OBS.: FRATURA NA DIÁFISE CLAVICULAR ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

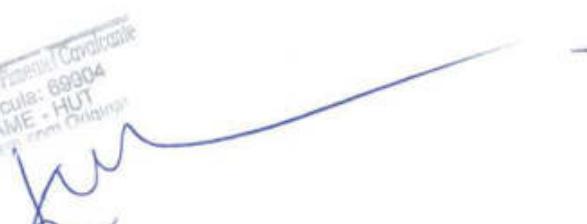
TERESINA - PI 25/01/2020

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

Karen Juracy Ferreira Coimbra
 Matrícula: 69904
 SAME - HUT
 Conf. com Original




Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
 Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 22



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:	MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO (Prontuário: 535699)		
Endereço:	RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/04/1975	Idade: 44a9m22d	Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
Requisição:	1052671	Solicitação: 25/01/2020	Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle:	1421143	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 25/01/2020

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Médico Responsável
Matrícula: 69004
SAME - HUT
Conselho Federal




Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
 Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 23



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: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)
Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO N°5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
Requisição: 1052667 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1421132 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

OMBRO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

Karen Júlia Ferreira Coutinho
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Confere com Original



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 24


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:	MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO (Prontuário: 535699)		
Endereço:	RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/04/1975	Idade: 44a9m22d	Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
Requisição:	1052717	Solicitação: 25/01/2020	Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle:	1421270	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 25/01/2020

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 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.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Jessica Souza Coutinho
 Matrícula: 69304
 SAME - HUT
 Confirme seu retorno






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:	MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO (Prontuário: 535699)		
Endereço:	RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO N°5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/04/1975	Idade: 44a9m22d	Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
Requisição:	1052706	Solicitação: 25/01/2020	Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle:	1424078	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

OMBRO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável

Residente Pós-Graduação
 Matrícula: 69304
 SAME - HUT
 Consultor em Radiologia

VLR



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
 Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 26

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.087.137
	DATA DE EXPEDIÇÃO 03/07/15
NOME MARIA DE FÁTIMA DE SOUSA MACHADO	
PILIAÇÃO HELENA MARIA SOUZA MACHADO RAIMUNDO MENDES MACHADO	
NATURALIDADE BURITI DOS LOPES-PI	DATA DE NASCIMENTO 06/04/1975
DOC. ORIGEM CERT.NASC. 3018 L A5 F 188V	
CPF EXP BURITI DOS LOPES-PI 30/08/77	
TELEFONE 038.871.613-43	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
 Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 27

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171729 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
MACHADO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DA CLAVÍCULA ESQUERDA. P5
FRATURA DO 1º ARCO COSTAL DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134019/20

Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

CPF: 038.871.613-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2020

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

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
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO : 038.871.613-43

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: 08/05/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171729 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
MACHADO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DA CLAVÍCULA ESQUERDA. P5
FRATURA DO 1º ARCO COSTAL DIRITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequelas

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <i>Maria De Fatima De Souza machado</i>		
RG: 2.087.137	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 03/07/15
CPF: 038.871.613-43	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Aux de confecção
ENDEREÇO: R. Uru Soálo nascimento		Nº: 5781
COMPLEMENTO: base	BAIRRO: Parque Poly	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64000-000 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:

Maria De Fatima de Souza machado

Data do acidente de trânsito : 25/01/2020

Cobertura da vitima : Invalidez

LOCAL / DATA: *Teresina 19 de março 2020*

Maria De Fatima de Souza machado

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO):

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



6º OFÍCIO





CARTÓRIO DE NOTAS DE TERESINA
AVENIDA JOSÉ QUIM NELSON, QUADRA 139, ITARARE, N° 17, TERESINA - PI, TEL: (86)
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DE
FATIMA DE SOUSA MACHADO. EM TEST. DA
VERDADE, DOU FE. TERESINA, 19/03/2020 09:22:47
SELO ABA12309 - XZT CONSULTE EM
www.tjpi.jus.br/portalextra



CARTÓRIO OF. DE
NOTAS DE TERESINA
Jacy Lima de Area Leão dos Santos
Escrevente Autorizada

CARTÓRIO OF. DE
NOTAS DE TERESINA-PI
Jacy Lima de Area Leão dos Santos
Escrevente Autorizada



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 12:14:36
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221214357400000011407935>
Número do documento: 2009221214357400000011407935

Num. 12055133 - Pág. 32

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134019/20

Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

CPF: 038.871.613-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2020

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

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
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO : 038.871.613-43

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: 08/05/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

