Email – Alana L | Controle de do | Mensagens | Audiências | Acesso 1º Grau | Consulta proce | 0835518-47.20 | (32) WhatsApp

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=399528&ca=5955f7e088d7b1452d7f39fb7522738...

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

PJe ProceComCiv 0835518-47.2019.8.18.0140

ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSO...

26 Oct 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 12710300 - CONTESTAÇÃO
  - 12710310 - CONTESTAÇÃO (2759560 CONTESTACAO 01)
  - 12710318 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 12710330 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 12710333 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS .)
  - 12710335 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

12710310 - CONTESTAÇÃO (2759560 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 26/10/2020 10:16:18

19 de 17

downloadBinario.seam 1 / 10

2759560- C3/ 2020-03908/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PT 10:16 26/10/2020

Tribunal de Justiça do Piauí
PJe - Processo Judicial Eletrônico

26/10/2020

Número: **0835518-47.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Comarca de Teresina**
Última distribuição : **08/12/2019**
Valor da causa: **R$ 12.825,00**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA (AUTOR)	**ARTHUR LENNON ALVES MENESES (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12710318	26/10/2020 10:16	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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 Nº do chamado 17098
02 Data do chamado 11 05 19
03 PRO (código) 29018
04 Saída do PA 1345
05 Chegada ao local 1356
06 Saída do local 1411
07 Chegada ao 1º hospital 1423
08 Saída do 1º hospital
09 Chegada ao 2º Hospital

Local da Ocorrência

10 Endereço AV. Zequinha Freire
11 Bairro Vale Quem Tem
12 Município-UF THE
Código IBGE
13 Ponto de referência Comercial Carvalho

Dados do Paciente

14 Nome Antonio Francisco Meneses de Oliveira
15 Sexo 1 - Masculino 2- Feminino 9- Ignorado [1]
16 Idade 29/12/73 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado
Se idade ignorada, preencha com 999
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado [2]

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência [01]
01 - Acidente de transporte
02 - Agressão física-espancamento
03 - Agressão física-FAF
04 - Agressão física-FAB
05 - Urgência psiquiátrica
06 - Tentativa de suicídio
07 - Envenenamento
08 - Afogamento
09 - Queimadura
10 - Choque elétrico
11 - Queda
12 - Urgência clínica
13 - Urgência obstétrica
14 - Transferência
15 - Exames complementares
16 - Outros
17 - Já removido
18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima [2] 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
20 Meio de locomoção [3] 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida [5] 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
22 Equipamentos de segurança: [X] Capacete [ ] Airbag [ ] Cinto de segurança [ ] Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15

ABERTURA OCULAR: 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: 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 94 Resp PA 100x60 TAX Sat02 96
25 Local da lesão

26 Pupilas [1] 1 - Iguais 2 - Desiguais
27 Pulso Radial [1] Central [1] 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente
28 Sangramento [2] 1 - Sim 2 - Não
29 [ ] ESCALA DE DOR DE 0 A 10 — 0 Sem Dor, Leve, 3, Moderada, 7, Intensa, 10
30 Fratura 1 - Sim [ ] Exposta [ ] Fechada 2-Não 3-Suspeito [ ]

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)
[ ] Aspiração [X] Prancha longa/curta [ ] Imobilização de extremidades [ ] Glicemia 109
[ ] Oxigênio [X] Colar cervical [ ] Reanimação cardiopulmonar [ ] Acesso Venoso SFO 9%
[ ] Curativos [ ] Kred [ ] Assistência obstétrica [ ] Medicamentos a) b) c)
[ ] Não Removido

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino MUT
33 Condições de entrada [3] 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado
34 Óbito 1-Sim (2-Não) [ ] Antes do socorro [ ] Antes do transporte [ ] Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Pct sofreu colisão de moto c/ poste, consciente, orientado, ...
com escoriações

Dr. José ... Nascimento Médico CRM-PI 5999
Responsável pela recepção
Socorristas Médico Ana Michele
AE/TE Leandro Alva
Enfermeiro Renata Alves
Condutor Manoel
Acad. Enf. Poliana

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64002-470
Teresina-PI

Versão 27.11.2011

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:16:17
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610161730200000012023656
Número do documento: 20102610161730200000012023656

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3210 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-0

Imp: 11/05/2019 14:47:37
(User: ANTONINO NOVAIS)
(Estação: CONSULTA01)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA			Prontuário: 510832
Mãe: RAIMUNDO NONATO OLIVEIRA		Pai: MARIA DAS GRACAS NEVES OLIVEIRA	
End.Resid.: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 20/12/1973	Idade: 45a4m22d	Sexo: Feminino	Fone: 86-99572-7330
Responsável: TAYNRA		CNS: 898003902868068	
Profissão: DEPOSITO CERAMICA		Documento: RG: 1181530 - SSP-PI	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 721189	Entrada: 11/05/2019 14:24:10	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Crânio + Cervical
DATA: 11/5/19 às 15:31
TECNÓLOGO

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
AGRESSÃO	Mecanismo de trauma significativo	Laranja

Breve História Clas. Risco:
VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COLISÃO COM POSTE. COSCIENTE, DESORIENTADO, EUPNEICO, MANTENDO IMOBILIZAÇÃO POR COLAR E PRANCHA. SM ACOMPANHANTE.

ALINE SAMARA DA SILVA
COREN PI - 281368
Em: 11/05/2019 14:36:41

SSVV: (Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, CHOQUE COM POSTE HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. ESTAVA ALCOOLIZADO. REFERE DOR EM OMBRO DIREITO.

A) VIAS AEREAS PERVIAS ,FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. PULSO:64.BPM ,SAT 02:98%, FR 16 IRPM

C)AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.

Diagnóstico Inicial:
?

Exames Complementares:
(1214349) - T.C. DE CRANIO
(1214350) - T.C. DE COLUNA CERVICAL

RAIO-X REALIZADO
DATA ___/___/20__
TÉCNICO:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: __/__/__ HORA: __:__

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOURA
CRM 4330 Em: 11/05/2019 14:45:55

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI

0832127-2

Nº da Nota Fiscal 023505646

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JUNHO/2019	28-06-2019	77	74,17

ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA
CJ DOM AVELAR S/N QD U1 CASA 02 VALE QUEM TEM
CPF: 00070900306391
CEP: 64.057-540 - TERESINA

DADOS DA LEITURA

		DATAS DA LEITURA	
Atual:	833	Atual:	21/06/2019
Anterior:	756	Anterior:	22-05-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	22-07-2019
Consumo Medido:	77	Emissão:	20-06-2019
Consumo Faturado:	77	Apresentação:	21-06-2019
Forma de Faturamento:	PCAM	Dias de Consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL NORMAL	MONO	A2179899		1.1.1.1	139

DESCRIÇÃO DA CONTA

Mês/ano consumo		
MAI/19	92	
ABR/19	76	
MAR/19	62	
FEV/19	526	
JAN/19	101	
DEZ/18	147	
NOV/18	73	
OUT/18	130	
SET/18	97	
AGO/18	24	

CONSUMO 77 A R$ 0,860699 =	66,27
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,71
CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	0,29
MULTA POR ATRASO 05/19-00	1,59
JUROS POR ATRASO 05/19-00	0,31
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,22	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
B A 77 - 0,610310

REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R$
02/2019 546,03

******** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS ******** Informamos existir(em) debito(s) vencido(s) no valor de R$ ******546,03 (sem acrescimos legais) ate esta data. Caso o(s) debito(s) ja tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Eletrobras Distribuicao Piaui com o(s) comprovante(s) de pagamento.

LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO
EBE1.0A11.EE0C.6AAB.A216.1DC1.BC2B.522E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	13,94
Energia:	26,92
Transmissão:	4,55
Encargos:	2,22
Tributos:	18,64

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Alíquota ICMS:	66,27	22,00%	14,57
Valor do ICMS:			
Valor do PIS:		1,40%	0,72
Valor do COFINS:		6,49%	3,35

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC Mensal	DIC Trimestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Trimestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICRI
Limite								
Realizado	5,31	10,63	21,25	3,36	6,73	13,45	3,03	
Conjunto	0,00			0,00			0,00	

Mês de apuração: EUSD:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

158 v. 1.0

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO DRCT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002416/2019-49

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Resp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima**

Data/Hora: 26/06/2019 - 12:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

5415/19

Data/Hora
11/05/2019 - 13:45

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Municipio
TERESINA

Bairro
VALE QUEM TEM

Endereço
AV; ZEQUINHA FREIRE, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 1181530
Mãe: MARIADAS GRAÇAS NEVES OLIVEIRA
Endereco: RESID. DOM AVELAR. QD.U.1, CASA 02,CONJ. DOM AVELA, Nº
Bairro: VALE QUEM TEM
Cidade: TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CBX 200 STRADA, ANO 2001, PLACA-LWJ-5851-PI, RENAVAM-00758239386, DE PROPRIEDADE;FRANCISCO DE SALES VIEIRA DE CARVALHO, CPF-497.251.063-34, INFORMA QUE VINHA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO, INVAFIU A PREFERENCIAL E BATEL NA MOTO CAUSANDO A COLISAO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO;510832. DECLARAÇOES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Antonio Francisco Neves de Oliveira
ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:16:17
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610161730200000012023656
Número do documento: 20102610161730200000012023656

Seguradora LÍDER

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: 709.009.063-91
4 - Nome completo da vítima: Antonio Francisco Neves de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antonio Francisco Neves de Oliveira
6 - CPF: 709.009.063-91
7 - Profissão: Auxi. deposito
8 - Endereço: CJ Dom Avelar Q-V1 C02
9 - Número: 02
10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vale Quem Tem
12 - Cidade: Teresina
13 - Estado: PI
14 - CEP: 64057-560
15 - E-mail:
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 ☐ 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)
AGÊNCIA: 2004 ☐ CONTA: 94552 7
(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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
LÍDER SEGURADORA S.A.
Rua ... 465 Loja C
... Teresina-PI

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí - 14/08/19

Antonio Francisco Neves de Oliveira
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

ura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019

Seguradora LÍDER

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:
	709.009.063-91	Antonio Francisco neves de oliveira

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

5 - Nome completo: Antonio Francisco neves de oliveira — 6 - CPF: 709.009.063-91

7 - Profissão: Auxi. deposito — 8 - Endereço: CJ Dom Avelar Q-V1 C02 — 9 - Número: 02 — 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Vale Quem Tem — 12 - Cidade: Teresina — 13 - Estado: PI — 14 - CEP: 64057-560

15 - E-mail: — 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: 2004 ( ) (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 94552 (7) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ______
AGÊNCIA: ( ) ( ) (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ( ) ( ) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 referida avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua ... 465 Loja C
Bairro Norte CEP 64.002-470
Teresina-PI

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: ______
CPF: ______
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: ______
CPF: ______
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí - 14/08/19

Antonio Francisco neves de oliveira
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

...tura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

...002/2019

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE SALDO

16/07/2019 10:48:36
CONVENIO: 000470368
OPERADOR: ivani

AGENCIA: 2004 - AREOLINO DE ABREU, P
CONTA: 013 00094552-7
ANTONIO FRANCISCO NEVES D

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

RESUMO DO DIA
****

SALDO DISPONIVEL
SALDO BLOQUEADO
SALDO TOTAL
SALDO DISPONIVEL C/LIMITE

DISQUE CAIXA - 0800 726 0101
OUVIDORIA - 0800 725 7474

==========

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190482198 **Vítima: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 11/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01005/01006 - carta_01 - INVALIDEZ

00030503

Carta nº 14714585

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, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190482198 **Vítima: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 11/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

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$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R$ 675,00

Recebedor: **ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA**
Valor: **R$ 675,00**
Banco: **104**
Agência: **000002004**
Conta: **0000094552-7**
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, retorne 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

Pag. 01063/01064 - carta_15R - INVALIDEZ

00440532

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: 29/08/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 675,00

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 02004
CONTA: 000000094552-7

Nr. da Autenticação BE51C2BEE120C9F7

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280830/19

Vítima: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIF

Data do acidente: 11/05/2019

CPF: 709.009.063-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA : 709.009.063-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 15/08/2019	Data do cadastramento: 15/08/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES	Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 840.173.173-91	CPF: 897.999.253-04
NELLE ROZE SOARES MARQUES	Danielle Nobre de Sousa

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Antonio Francisco neves De oliveira
RG: 1.181.530 **ORG. EMISSOR:** SSP/PI **D. EXPEDIÇÃO:** 10/06/19
CPF: 709.009.063-91 **ESTADO CIVIL:** Casado **PROFISSÃO:** Aux. deposito
ENDEREÇO: CS Dom Avelar S/N Q241 C-02 **Nº:** 02
COMPLEMENTO: casa **BAIRRO:** vale Quem Tem
CIDADE: Teresina **ESTADO:** Piauí **CEP:** 64057-500 **TELEFONE :**

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: nelle Rose Soares marques
RG: 4.119.263 **ORG. EMISSOR:** SSP/PI **D. EXPEDIÇÃO:** 23/09/14
CPF: 840.173.173-91 **ESTADO CIVIL:** Solteira **PROFISSÃO:** Recurso
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 :

Antonio Francisco neves De oliveira

Data do acidente de trânsito : 11/05/2019

Cobertura da vitima : Invalidez

LOCAL / DATA : Teresina 29/07/2019

x Antonio Francisco neves de Oliveira

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO THEMISTOCLES
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardênia da Silva Santos
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

NEVES DE OLIVEIRA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI:29/07/2019. Selo:AAD83010-L32A
www.tjpi.jus.br/portalextra
KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:249
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CONSULTE O SELO DIGITAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190482198 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA. P6. P6,7,8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R$ 675,00
		Total	**5 %**	**R$ 675,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190482198 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA. P6. P6,7,8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R$ 675,00
		Total	**5 %**	**R$ 675,00**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Antonio Francisco Neves de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.181.530

DATA DE EXPEDIÇÃO 10/06/19

NOME ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO MARIA DAS GRAÇAS NEVES OLIVEIRA
RAIMUNDO NONATO OLIVEIRA

NATURALIDADE CAMPO MAIOR-PI

DATA DE NASCIMENTO 20/12/1973

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 64228 L A38 F 169V
EXP TERESINA-PI 10/06/19

CPF 709.009.063-91

ASSINATURA Francisco das Chagas Pinheiro Ma

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME
NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO
CICERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE
CRATEUS-CE

DATA DE NASCIMENTO
22/05/1971

DOC. ORIGEM
CERT.NASC. 529 L A1/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

047223

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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 Nº do chamado 17498 | 02 Data do chamado 11 05 19 | 03 PRO (código) 29018 | 04 Saída da PA 1345 | 05 Chegada ao local 1356

06 Saída do local 1411 | 07 Chegada ao 1º hospital 1422 | 08 Saída do 1º hospital | 09 Chegada ao 2º Hospital

Local da Ocorrência

10 Endereço AV. Zequinha Freire
11 Bairro Vale Quem Tem | 12 Município-UF THE | Código IBGE
13 Ponto de referência Comercial Carvalho

Dados do Paciente

14 Nome Antonio Francisco Neves de Oliveira | 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
16 Idade 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado — Se idade ignorada, preencha com 999
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência
01 - Acidente de transporte
02 - Agressão física-espancamento
03 - Agressão física-FAF
04 - Agressão física-FAB
05 - Urgência psiquiátrica
06 - Tentativa de suicídio
07 - Envenenamento
08 - Afogamento
09 - Queimadura
10 - Choque elétrico
11 - Queda
12 - Urgência clínica
13 - Urgência obstétrica
14 - Transferência
15 - Exames complementares
16 - Outros
17 - Já removido
18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima: 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
22 Equipamentos de segurança: Capacete, Airbag, Cinto de segurança, Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15
ABERTURA OCULAR: 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: 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 94 Resp PA 100x70 TAX Sat02 96
25 Local da lesão

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: 0 Sem Dor, Leve, 3, Moderada, 7, Intensa, 10
30 Fratura 1 - Sim Exposta Fechada 2-Não 3-Suspeito

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): Aspiração, Oxigênio, Curativos, Prancha longa/curta, Colar cervical, Kred, Imobilização de extremidades, Reanimação cardiopulmonar, Assistência obstétrica, Glicemia 109, Acesso Venoso SFO 9%, Medicamentos a) b) c)

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino MUT
33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado
34 Óbito 1-Sim 2-Não: Antes do socorro, Antes do transporte, Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Pct refere colisão de moto c/ poste, estabilizado, consciente, orientado, [illegible] com escoriações

Socorristas Médico Ana Michele
AE/TE Joana d'alva
Enfermeiro Renata Alves
Condutor Manoel
Acad. Enf. Poliana

Responsável pela recepção — Dr. José [illegible] Médico CRM-PI 2999

DEPARTAMENTOS DE SINIS[TROS] DPVAT — CONTEÚDO NÃO VERIFIC[ADO] — Não Remarcado — 15 AGO 2019 — GENTE SEGURADORA S[.A.] Rua Coelho de Resende, 455 Loja Centro-Norte CEP: 64.002-47[.] Teresina-PI

Versão 27.11.2011

Alta

HUT
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Antonio Francisco Neves de Alencar

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510832

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".

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:16:17
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610161730200000012023656
Número do documento: 20102610161730200000012023656

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: **ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA** **(Prontuário: 510832)**
Endereço: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP 64000-010
Nascimento: 20/12/1973 Idade: 45a4m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 72[illegible]25
Requisição: 952873 Solicitação: 11/05/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOTA
Controle: 1214350 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010 Data Exame: 11/05/2019

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 MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO) TERESINA - PI 11/05/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL
CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2082
Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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-

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 11/05/2019 14:43:57
(User: ANTONINO NETO)
(Estação: CONSULTORIO)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA			**Prontuário:** 510832
Mãe: RAIMUNDO NONATO OLIVEIRA		**Pai:** MARIA DAS GRACAS NEVES OLIVEIRA	
End.Resid.: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-210			
Nascimento: 20/12/1973	**Idade:** 45a6m22d	**Sexo:** Feminino	**Fone:** 86-99572-7390
Responsável: TAYNRA		**CNS:** 898003902080068	
Profissão: DEPOSITO CERAMICA		**Documento:** RG: 1181530 - SSP-PI	
G. Instrução: Médio Completo		**E.Civil:** Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 721189	**Entrada:** 11/05/2019 14:24:10	**Convênio:** S U S	**Proced:** 0301060061
Motivo da Procura (conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Crânio c/ Cervical
DATA: 11/5/19 às 15:31
TECNOLOGO

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: AGRESSÃO	**Classificação:** Mecanismo de trauma significativo	**Cor:** Laranja

Breve História Clas. Risco:
VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COLISÃO COM POSTE. COSCIENTE, DESORIENTADO, EUPNEICO, MANTENDO IMOBILIZAÇÃO POR COLAR E PRANCHA. SM ACOMPANHANTE.

ALINE SAMARA DA SILVA
COREN PI - 284368
Em: 11/05/2019 14:39:41

SSVV: (Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, CHOQUE COM POSTE HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. ESTAVA ALCOOLIZADO. REFERE DOR EM OMBRO DIREITO.

A) VIAS AEREAS PERVIAS ,FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. PULSO:64.BPM ,SAT 02:98%, FR 16 IRPM.

C)AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO. NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.

Diagnóstico Inicial:
?

Exames Complementares:
(1214349) - T.C. DE CRANIO
(1214350) - T.C. DE COLUNA CERVICAL

RAIO-X REALIZADO
DATA ___/___/20__
TÉCNICO:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: ___/___/___ HORA: ___:___

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOURA
CRM 6330 Em: 11/05/2019 14:43:55

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 11/05/2019 14:36

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA		**Prontuário:** 510832
Mãe: RAIMUNDO NONATO OLIVEIRA	**Pai:** MARIA DAS GRACAS NEVES OLIVEIRA	
End.Resid.: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 20/12/1973	**Idade:** 45a4m22d	**Sexo:** Feminino **Fone:** 86-99572-7330
Responsável: TAYNRA		**CNS:** 898003902858068
Profissão: DEPOSITO CERAMICA		**Documento:** CPF: . . -
G. Instrução: Médio Completo		**E.Civil:** Casado(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 721189	**Data:** 11/05/2019 14:24:10	**Condução:** AMBULANCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			**Convênio:** S U S
Acid.Trab.: Não	**Acid. Trajeto:** Não	**Acid. Trab. Típico:** Não	**CID Secundario:** V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	**Evento Principal:**	**Destino:**	**Classificação:**
AGRESSÃO	Mecanismo de trauma significativo	CIRURGIÃO GERAL	Laranja

Breve História:
VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COLISÃO COM POSTE. CONSCIENTE, DESORIENTADO, EUPNEICO, MANTENDO IMOBILIZAÇÃO POR COLAR E PRANCHA. SM ACOMPANHANTE.

Profissional Clas. Risco:
ALINE SAMARA DA SILVA
COREN PI - 284368
Em: 11/05/2019 14:36:41

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ___ : ___)

Pelo exame: 11/05/19
Acidente de moto
GSC 15, O2/AA
TC de crânio: normal
TC de coluna cervical: ... de ...

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PA ___ X ___ mmHg | Pulso: ___ | FC: ___ bpm | Temp.: ___

Diagnóstico Inicial: CID:
...

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: Alta ...

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / . HORA: : .

Se Internação, Indique o Procedimento e CID
Procedimento CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente: Antônio Francisco N. Oliveira

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de FP de 5º QD(D)

Operação - Tipo: Redução cirúrgica + fixação percutânea com fios x

Cirurgião: Dr. Bruno | 1º Assistente

Dr. Bruno ... Ortopedia-Traumatologia CRM-4345/TEOT 11438

2º Assistente | 3º Assistente

Instrumentador(a) | Anestesista | Anestesia

Anestésico(s)

Data da Operação | Início | Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Paciente em DDH sob anestesia
2) Preparo Habitual
3) Redução cirúrgica + fixação percutânea com fios x em FP de 5º QD(D). sob radioscopia
4) tala tipo luva

Mod. 76 HUT

FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Antonio Francisco N. de Oliveira | Sala: 06 | Alergia: Dipirona | Data: 13/08/19

Procedimento: fratura - 5º quirodactilo | Cirurgião: Bruno Freire | Observações:

Agentes	Unid
1 MDZ 5mg	
2 fentanil 50mcg	
3 cetamina 50mg	
4 propofol 100mg	
5 —x—	
6 Ropi + Lido 0,5% sj.	20ml
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
Oxigênio 5L/min	O2
Ar/N2O	
Volátil	%

Acesso Vascular
- Periférico ✓
- Cat. Venoso nº __ G
- Dificuldade aces. venoso
- Gastos __ cateteres
- Central ________

Via Aérea
- Cateter nasal ✓
- IOT nº ____
- LMA nº ______

Monitorização:
- Cardioscopia ✓
- PANI ✓
- Oxímetro de pulso ✓
- ETCO2
- Outros

Anestesia:
- Geral Venosa ✓
- Geral Balanceada
- Raquianestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros ✓ sedação

Decúbito: dorsal

150

100

50

SPO2 (%)
ETCO2 (mmHg)
SF0,9% 500ml
Aces. Venoso
Aces. Venoso
Diurese
Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia:

sedação + bloqueio de punho

Dra. [illegible] Mendes de Carvalho
Anestesiologista
CRM - PI 3819

Anestesiologista

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Fls. Nº
Proc. Nº
Rubrica

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO DATA 13, 05, 19

NOME DO PACIENTE: Antonio Fco Neves	PRONTUÁRIO Nº: 510832
DIAGNÓSTICO: Fratura de dedo	CIRURGIA:
ANESTESIA: Bloqueio	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO: Bruno Reise	CPF Nº:
AUXILIAR: Eduardo	CPF Nº:
ANESTESIA: Lorenol	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Maria José	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 20	UNID.	01		escova	03		

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				eletrodo 03
CAT. GUT.SIMPLES S/AG.				crepom 02
CAT. GUT. CROMADO C/AG				
CAT. GUT. CROMADO S/AG				
ALCOFIL				
MONONYLON				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:
VICRYL				CIRCULANTE: Teresinha Ferreira
PROLENE				

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

FMS SUS HUT

238845

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

204514

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	238845

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA — 6 - Prontuário: 510832

7-CNS: 898003902869069 — 8-Nascimento: 20/12/1973 — 9-Sexo: Feminino — RG: 1181530 - SSP-PI

11-Mãe: RAIMUNDO NONATO OLIVEIRA — 12-Fone: 86-99572-7398

13-Resp: TAYSRA — 14-Cor: Parda

15-Ender: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA — 17-Cod.IBGE: 221100 — 18-UF: PI — 19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente queixa-se de dedo [illegible]

21 - Condições que justificam a internação:

Pente

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

23-Diagnóstico Inicial: Fratura de outros dedos — 24-CID Prin: S626 — 25-CID Sec.: — 26-CID Causa:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020342 — 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)

29-Clínica: — 30-Caráter: 02 — Ident.: 01 — 31-Docum.: CPF — 32-Doc. Méd. Solic.: 877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA — 34-Data Solicitação: 11/05/2019

Carimbo Med.Sol. CRM

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito
37-( ) Acidente Trabalho Típico
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora: — 40-No.Bilhete: — 41-Delt.: — 42-CNPJ Empresa: — 43-CNAE Empresa: — 44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

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

48-Documento: ( )CNS ( )CPF — 49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: Jagmana Bacelar da Silva

Usuário: (RAYANE GALVÃO)
Consulta Local:
Consulta SUS:
Impressão:

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
Antonio Francisco Neves de Oliveira		PO2	Corret	2/top	

DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
[illegible]		18h. PA. 140x70mmHg, P. 97bpm
	[illegible]	Verifica 39.2 [illegible] FE
1 - Dieta geral	[illegible] 24 06	
2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h	[illegible] 04 06	18:20. Admitido no P2
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h	[illegible] 06	
4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h		
5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h		
6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h S/N		
7 - CCGG + SSVV		

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3920

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MÉDICO / CRM:

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:16:17
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610161730200000012023656
Número do documento: 20102610161730200000012023656

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: **ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA** **(Prontuário: 510832)**
Endereço: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP. 64000-010
Nascimento: 20/12/1973 Idade: 45a4m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 721189
Requisição: 952873 Solicitação: 11/05/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1214349 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 11/05/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- DISCRETO ALARGAMENTO DIFUSO DOS SULCOS CORTICAIS, FISSURAS SYLVIANAS E CISTERNAS CEREBRAIS, COM ECTASIA DO SISTEMA VENTRICULAR,POR EFEITO EX-VÁCUO.(DISCRETA "REDUÇÃO VOLUMÉTRICA ENCEFÁLICA DIFUSA").
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 11/05/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL
CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062
Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco de sales Vieira de Carvalho, RG nº 1401543 2000.8, data de expedição 05/02/2019, Órgão MA PI42, portador do CPF nº 497251063.34, com domicílio na cidade de Teresina PI, no Estado de PI Teresina, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) prefeito-Hugo Bastos, nº 7540, complemento B. Vale que Tem, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Antonio Francisco Neves de Oliveira

Veículo: Honda CBX 200
Ano: 2001-2001
Modelo: CBX Strada
Placa: LWJ 5851
Chassi: 9C2MC2700IR016851
Data do Acidente: 11/05/2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Local e Data: Av. Zequinha Freire, B Vale quem tem proximo Comercial Carvalho 11.05.2019 Horas 13.45

Francisco de sales Vieira de Carvalho
Assinatura do Declarante

Cartório Themistocles Sampaio
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lizandro Nogueira, 1021 - Centro - CEP 64000-220 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6199 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br
Titular: Anatólio Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO DE SALES VIEIRA DE CARVALHO. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI,27/05/2019. Selo:AAC56502-760Y
www.tjpi.jus.br/portalextra.

Maria Elvira Cardoso Sousa-Escrevente Autorizado
Emol.:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:211
DECLARACAO DO PROPRIETARIO DO VEICULO

Teresina pi 27.05.2019

equatorial ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-6
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato conosco, informe este NÚMERO: 0051869-7

Nº da Nota Fiscal 023654306

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JUNHO/2019	02/07/2019	205	208,95

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

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh		DATAS DA LEITURA	
Atual:	20555		Atual:	25/06/2019
Anterior:	20350		Anterior:	24/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	25/07/2019
Consumo Medido:	205		Emissão:	24/06/2019
Consumo Faturado:	205	FCAM	Apresentação:	25/06/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	196

HISTÓRICO kWh
Máximo consumo

MAI/19	204
ABR/19	178
MAR/19	243
FEV/19	297
JAN/19	365
DEZ/18	57
NOV/18	0
OUT/18	96
SET/18	299
AGO/18	232

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 205 - 0,617497

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	205 A R$ 0,918442 =	188,28
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		15,19
CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		0,81
MULTA POR ATRASO 05/19-00		3,79
JUROS POR ATRASO 05/19-00		0,88
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,44	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Ate o dia 24/06/2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO CA09.200B.54C4.130C.185D.EFF8.7664.8374

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$		
Distribuição:	37,03	Base de Cálculo:	188,28	137,44
Energia:	71,55	Alíquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	12,10	Valor do ICMS:		50,83
Encargos:	5,92	Valor do PIS:	1,40%	1,93
Tributos:	61,68	Valor do COFINS:	6,49%	8,92

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	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: 04/2019 EUSD: 62,87

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] 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 responsavel 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 Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Francisco Neves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.009.063/91, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Antonio Francisco Neves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.009.063/91, 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
AGENTE SEGURADOR
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Endereço: Rua 24 De Janeiro		Número: 544	Complemento: Sala
Bairro: Centro	Cidade: Teresina	Estado: PI	CEP: 64000-235
Email:	Telefone comercial(DDD):	Telefone celular (DDD): (86) 99534-6565	

Teresina, 14 de Agosto de 2019
Local e Data

x Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

DLDRL.D01 V001/2017