

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Sistema, Audiências, PJE Consulta pr, PJE 0826477-22, Baixar o arq, (34) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=612323&ca=f4403719018885acca0134851e5a7df0e73...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0826477-22.2020.8.18.0140
ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO...


Search bar: 13776469 - CONTESTAÇÃO (2772741 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 15/12/2020 11:02:55

Left sidebar (15 Dec 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 13776469 - CONTESTAÇÃO (2772741 CONTESTACAO 01)
 - 13776473 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13776484 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13776485 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
 - 13776490 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (SUBSTABELECIMENTO)

Main content area:

2772741- CS/ 2020-04518/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08264772220208180140

Bottom status bar: PT, 11:03, 15/12/2020



Número: **0826477-22.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **16/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES (AUTOR)		JULIANE ARAUJO DE OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13776473	15/12/2020 11:02	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200241021

Vítima: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15921973





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

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200241021

Vítima: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01035/01036 - carta_02 - INVALIDEZ

00040518



Carta nº 15936186



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:02:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511025485700000013029843>

Número do documento: 20121511025485700000013029843

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200241021 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA **Data do acidente:** 13/03/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
GOMES

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, NÃO SE OBSERVA DÉFICIT ANATÔMICO OU FUNCIONAL.

Resultados terapêuticos: NÃO SE OBSERVA DÉFICIT ANATÔMICO OU FUNCIONAL.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 14/07/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



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: 004.428.413-61 4 - Nome completo da vítima: Antonio Silvestre de Sousa Gomes

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

5 - Nome completo: Antonio Silvestre de Sousa Gomes 6 - CPF: 004.428.413-61
7 - Profissão: Pintor 8 - Endereço: Rua Neyvaldo Alves Barbosa 9 - Número: 3031 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Inguai 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: eduardoseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 43345 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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, 6º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s) (vivos/nascidos)? ☐ 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 a aqueles 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 eletrônica do representante legal

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI, 30/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:02:55





BOLETIM DE Ocorrência Nº: 100203.000367/2020-43

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Registro: Michelly Dayanne Soares Do Nascimento

Delegado: ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

Data/Hora: 28/06/2020 - 17:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

594299

Data/Hora

13/03/2020 - 10:33

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PLANALTO

Endereço

AVENIDA PROFESSOR JORNALISTA VIEIRA NUNES, Nº:

Complemento

AVENIDA

Ponto de Referência

PRÓXIMO AUDITÓRIO NOVA FAPI

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

RG: 2.037.875 SSP/PI

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS DE SOUSA

Pai: RAIMUNDO MARCELINO GOMES

Endereço: RUA NEY WALDO ALVES BARBOSA, Nº 3031

Complemento: CASA

Bairro: URUGUAI

Cidade: TERESINA - CEP: 64000-000

Telefone(s): 86-9509-5575

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - YAMAHA, OUTROS

2011

NIQ4072

9C6KE1400B0014071

Condutor: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

RG: 2.037.875 Órgão: SSP/PI UF RG: PI

End: RUA NEY WALDO ALVES BARBOSA Número: 3031 Complemento: CASA

Cidade: TERESINA UF: PI Bairro: URUGUAI

Proprietário: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

End: RUA NEY WALDO ALVES BARBOSA Número: 3031

Cidade: TERESINA UF: PI Bairro: URUGUAI

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATO QUE EU VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA DE MINHA PROPRIEDADE E EM MEU NOME MOTO YAMAHA/T115 CRYPTON ED,PLACA NIQ-4072,RENAVAM-00308250788,EU VINHA NA AVENIDA PROF-JORNALISTA VIEIRA NUNES PRÓXIMO AO AUDITÓRIO DA NOVA FAPI,QUANDO UM CARRO DE DADOS NÃO IDENTIFICADO INVADIU MINHA PREFERENCIAL,E EU VIM A CAIR,TIVE FORTE TRAUMA NO OMBRO DIREITO,TÓRAX E TORNOZELO DIREITO,FUI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E ENCAMINHADO AO HUT,PRONTUÁRIO Nº540812,A INFORMAÇÃO É DE TODA RESPONSABILIDADE MINHA. VALE RESSALTAR QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA NÃO POSSUI CNH ATÉ A PRESENTE DATA DE HOMOLOGAÇÃO DESTE BOLETIM.

Delegacia Virtual - WEB

ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Avelino Leal Parafita
Delegada Geral de Polícia Civil-PI

Boletim de Ocorrência emitido em: 29/06/2020 08:30 - DV Matr.: 176.233-7

Página 1/1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:02:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511025485700000013029843>

Número do documento: 20121511025485700000013029843

Num. 13776473 - Pág. 6

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: 004.428.413-61 4 - Nome completo da vítima: Antonio Silvestre de Sousa Gomes

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

5 - Nome completo: Antonio Silvestre de Sousa Gomes 6 - CPF: 004.428.413-61
7 - Profissão: Pintor 8 - Endereço: Rua Neyvaldo Alves Barbosa 9 - Número: 3031 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Uruguaia 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: ednaseguros2@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 43345 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ 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 aqueles 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 pessoal do representante legal

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 30/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)

30/09



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 de chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Baixo			
	12 Ponto de referência	13 Município UF			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo		16 Idade	
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência		19 Vitima	
Tipo de Ocorrência	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Acidente de Transporte	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow =				
Exame Físico	24 Sinais Vitais				
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas				
	27 Pulso Radial				
Hospital de Destino	28 Sangramento				
	29 Escala de Dor de 0 a 10				
Observações Interdisciplinar	30 Fratura				
	31 Procedimentos realizados				
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
35 Observações Interdisciplinar					

27.11.2011

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:02:55

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511025485700000013029843

Número do documento: 20121511025485700000013029843

Num. 13776473 - Pág. 8

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.137.474/0001-94 - L.E. 12045374
Av. Prof. Camilo Filho, 1.510, Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - (0800) 223 2000 ou 335 / (86) 98324-3199

1 - 49 - 432

MATRICULA

13920120-3

FATURA Nº

151465204

Mês/ANO

5/2020

NOME/ENDEREÇO
MORADOR ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GÔNES

RUA NEY WALDO ALVES
BARROSA, 3031-URUGUAI-TERESINA-PI-cep: 99999999

LOCALIZAÇÃO

004-00015-000790

GRUPO

004

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y10N369564

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
04-2020	Lido	23	23
03-2020	Lido	24	24
02-2020	Lido	24	24
01-2020	Lido	23	23
12-2019	Lido	23	23
11-2019	Lido	18	18

ECONOMIA - CATEGORIA / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA

LEITURA

ANTERIOR 06/04/2020 215
ATUAL 07/05/2020 2179

CONSUMO MÊS M3

24

LITROS POR M3

R\$ FASED 10,50+1,80= 12,30

REDAÇÃO

24

EDFAS 118,42+7,60= 126,02

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0	10 3.0600 00
10	25 5.7120 00
25	999999 9.8610 00

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE AGUA - 110,63
> Residencial-Normal

REF.

24,0 m3

VALOR

110,63

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

VENCIMENTO

19/05/2020

TOTAL A PAGAR

110,63

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 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 Lei Federal nº 11.443/2007, Art. 42, inciso I e nº 2.857/05, 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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉD	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉD	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COLI	655	655	0	Ausente	Ausente
	655	655	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 07/05/2020 HORA DA EMISSÃO: 08:42



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:02:55

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511025485700000013029843

Número do documento: 20121511025485700000013029843

1.49.432
20200602140549

MATRÍCULA 13302825-9 FATURA Nº 151740824
MÊS/ANO 6/2020

NOME/ENDEREÇO
MORADOR NELLE ROZE SOARES MARQUES
RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 544 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00040-005250 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A10X133657

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA	
MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	1 Comercial - Normal	
05-2020	Lido	01	10		
04-2020	Medida	00	10		
03-2020	Lido	01	10		
02-2020	Lido	01	10		
01-2020	Medida	00	10		
12-2019	Lido	02	10		

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS M3	LEI 12.741/2012
ANTERIOR 04/05/2020	184	10	PIS. PASEP: (15,93x1,00%) = 1,59
ATUAL 02/06/2020	184	10	CORINS: (15,93x7,68%) = 0,81

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)	DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
	VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,92		
	> Comercial-Normal	10,0 m3	62,92
	VALOR DE ESGOTO - 50,33		
	> Comercial-Normal	10,0 m3	50,33
	JUROS POR ATRASO	001/001	0,41
	MULTA POR ATRASO	001/001	2,27
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)			
0 10 0 24,00 00			
10 25 0,0070 00			
25 999999 11,1370 00			

VENCIMENTO 14/06/2020 TOTAL A PAGAR 115,93

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO: Nossos arquivos acusam 1 débito(s). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
A falta de pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/96, 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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLOROLÍNE	1493	1492	1	1,34	0,2-5,0 mg/L
CONDUTIVIDADE	2283	2258	25	5,25	Inferior a 15
PH	1990	1918	72	6,67	6,00-9,50
TURBIDEZ	2289	2258	31	2,01	Inferior a 5

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COL	601	601	0	Ausente	Ausente
	601	601	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 02/06/2020 HORA DA EMISSÃO: 14:05

1.49.432

20200602140549

MATRÍCULA 13302825-9 FATURA Nº 151740824
MÊS/ANO 6/2020

VENCIMENTO 14/06/2020 VALOR A PAGAR 115,93

82670000001-9 15931535000-3 00202015174-8 08240100104-3



***** AVISO DE DÉBITO *****

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Silvestre de Sousa Gomes inscrito
(a) no CPF sob o Nº 004.428.413 / 61 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Antonio Silvestre de Sousa Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.428.413 / 61, 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	<u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina 30 de Junho de 2020
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante





**CLÍNICA
MACHADO**

RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que o(a) sr(a) Silvestre
de Souza Gomes, foi vítima do acidente
de trânsito, e a suposta NA Lei de 9959 de 27.04.98
da Constituição Federal, a vítima acima
citada sofreu forte trauma no ombro direito
e tornozelo direito, cursando com luxação
do ombro direito e fratura do tornozelo direito
Respectivamente, tendo sido tratado
de forma convencional ou seja: Tipo A
e Tal Gessada, acompanhada de fisio-
terapia, relato como sequelas:
Dificuldade de caminhar, dificuldade
de se agachar, fortes dores com
sensação de encurtamento do mto.
com alto sofrimento, com
comprometimento de 50%, o sim.
Ocorrência em 18.02.2020 às 11:23 HS.

Edimar
18.05.2020

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(84) 9 9532-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929





NOME DO PACIENTE: ANTÔNIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 540812

NS
Dina Vieira e Silva
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".



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

a Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Cirurgia com
carotemia de 100
Neurogênicas de

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 13/03/2020 11:37:30

(User: ROGERIO MEDEIROS)

(Estação: CONSULPA03)

Nome: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES		Prontuário: 540812
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS DE SOUSA	Pai: RAIMUNDO MACELINO DE SOUSA GOMES	
End.Resid.: RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 31/12/1978	Idade: 41a2m13d	Sexo: Masculino Fone: 86-99447-0519
Responsável: ELIANE	CNS: 709601603867271	
Profissão: PINTOR	Documento: CPF: 004.428.413-61	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 771804	Entrada: 13/03/2020 11:23:26	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
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: TRAUMA TORACOABDOMINAL	Classificação: Mecanismo de trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: TRAZIDO PELO SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR EM OMBRO D, TÓRAX E MID, DOR AO RESPIRAR, NEGA ALERGIAS, ECG=15.		MARIA AMELIA LOPES DE SOUSA CABRAL COREN 93943 Em: 13/03/2020 11:28:56

SSVV: (Hora: ____:____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PCT VÍTIMA DE ACIDENTE UTOBILÍSTICO HÁ +- 2 HS, DEU ENTRADA NO PS TRAZIDO PELA SAMU COM DOR EM ANTEBRACO DIREITO, COTOVELO DIREITO E PUNHO DIREITO A) VIAS AERIAS PERVIAS, FASICA COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL; D) PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15. E) LESÃO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	RAIO-X REALIZADO DATA: 13/03/2020 Técnico: <i>[assinatura]</i> TOMOGRAFIA REALIZADA DATA: 13/03/2020 HORA: 13:00 EX: <i>[assinatura]</i> TECNOLOGO: <i>[assinatura]</i>
--	---

Diagnóstico Inicial: ?	RAIO-X REALIZADO DATA: 13/03/2020 Técnico: <i>[assinatura]</i>	CID:
----------------------------------	---	-------------

Exames Complementares: (1464981) - ANTEBRACO DIREITO (1464982) - COTOVELO DIREITO (1464983) - PUNHO DIREITO	RAIO-X REALIZADO DATA: 13/03/2020 Técnico: <i>[assinatura]</i>
---	---

Prescrição Médica: <i>Dina Vieira e Silva</i> SAME - HUT Confere com o Original	RAIO-X REALIZADO DATA: 13/03/2020 Técnico: <i>[assinatura]</i>
---	---

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

Assinatura Paciente ou Responsável

ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS
4327 Em: 13/03/2020 11:37:30

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:02:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511025485700000013029843>

Número do documento: 20121511025485700000013029843

Num. 13776473 - Pág. 14



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 de chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saúde do PA	05 Chegada ao local
	06 Saida do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saida do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Tipo de acidente de transporte				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança
	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
Exame Físico	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	29 Escala de Dor		30 Fratura		31 Procedimentos realizados
Assistência	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	35 Observações Interdisciplinar				

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES** (Prontuário: 540812)
Endereço: RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 31/12/1978 Idade: 41a2m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804
Requisição: 1072972 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS
Controle: 1464982 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 13/03/2020

COTOVELO DIREITO

O estudo radiológico do cotovelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/03/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES** (Prontuário: 540812)
Endereço: RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 31/12/1978 Idade: 41a2m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804
Requisição: 1072972 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS
Controle: 1464983 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 13/03/2020

PUNHO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

TERESINA - PI 18/03/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES** (Prontuário: 540812)
Endereço: RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 31/12/1978 Idade: 41a2m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804
Requisição: 1072972 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS
Controle: 1464984 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 13/03/2020

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/03/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES** (Prontuário: 540812)
 Endereço: RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 31/12/1978 Idade: 41a2m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804
 Requisição: 1072972 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS
 Controle: 1464985 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 13/03/2020

TORNOZELO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/03/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
 CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES** (Prontuário: 540812)
Endereço: RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 31/12/1978 Idade: 41a2m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804
Requisição: 1072973 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS
Controle: 1464986 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 13/03/2020

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 13/03/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES** (Prontuário: 540812)
 Endereço: RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 31/12/1978 Idade: 41a2m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804
 Requisição: 1073061 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
 Controle: 1465143 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 13/03/2020

OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito 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 18/03/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES** (Prontuário: 540812)
Endereço: RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 31/12/1978 Idade: 41a2m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804
Requisição: 1073061 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1465144 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 13/03/2020

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)


Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

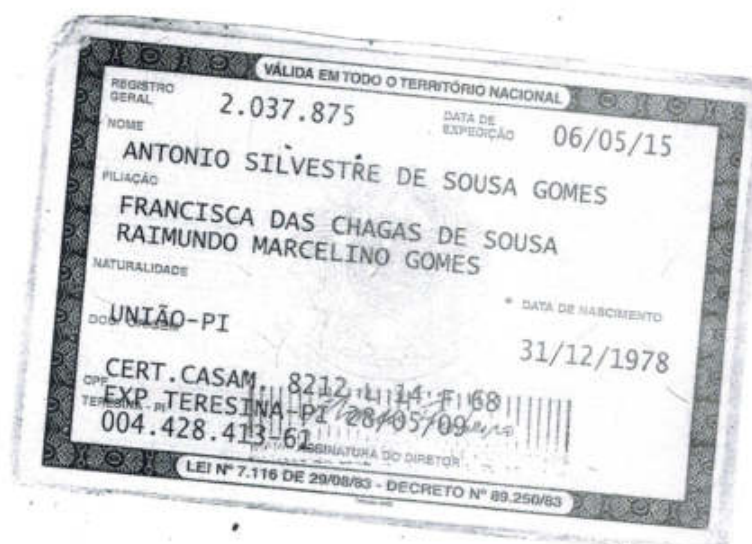
TERESINA - PI 18/03/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável







RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0188696/20

Vítima: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

CPF: 004.428.413-61

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/03/2020

Titular do CPF: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

CPF de: Próprio

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

ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES : 004.428.413-61

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: 07/07/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa



PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: <u>Antonio Silvestre De Sousa Gomes</u>			
RG: <u>2.037.875</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>06/05/15</u>	
CPF: <u>004.428.413-61</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>	PROFISSÃO: <u> Pintor</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua Neyvaldo Alves Barbosa</u>		Nº: <u>3031</u>	
COMPLEMENTO: <u>casa</u>		BAIRRO: <u>Jungua</u>	
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64000-000</u>	TELEFONE:

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

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS – DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Antonio Silvestre De Sousa Gomes

Data do acidente de trânsito: 13/03/2020

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina - PI 07/07/2020

x Antonio Silvestre de Sousa Gomes

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0188696/20

Vítima: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

CPF: 004.428.413-61

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

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

ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES : 004.428.413-61

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: 07/07/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

