

0826477-22.2020.8.18.0140

13776469 - CONTESTAÇÃO (2772741 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 15/12/2020 11:02:55

15 Dec 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 13776466 - 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)

2772741-C3/2020-04518/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08264772220208180140

11:02

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
13776 473	15/12/2020 11:02	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15921973

Pag. 00063/00064 - carta_01 - INVALIDEZ



00020032



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. 1



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

Rio de Janeiro, 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

Num. 13776473 - Pág. 2

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 %



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 Antonio Silvestre de Souza Gomes

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Antonio Silvestre de Souza Gomes 6 - CPF: 004.428.413-61

7 - Profissão:

Pintor

8 - Endereço:

Rua Reynaldo Alves Barboza 3031 casa

11 - Bairro:

uruquai

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64000-000

15 - E-mail:

eduansseguros@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
 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 (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 43345

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víu/vô 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avôs vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Menos de 18
anos de
idade ou
menor de
16 anos
devidamente
autORIZADO

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina - PI 30/06/2020
Antonio Silvestre de Souza Gomes

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Nome do Representante Legal (se houver)

foto





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:02:55
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511025485700000013029843>
Número do documento: 20121511025485700000013029843

Num. 13776473 - Pág. 5



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

v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000367/2020-43

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Delegado: ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

Registro: Michelly Dayanne Soares Do Nascimento
Data/Hora: 28/06/2020 - 17:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Número: 594299 Data/Hora: 13/03/2020 - 10:33
Tipo Local: VIA PÚBLICA
Município: TERESINA
Endereço: AVENIDA PROFESSOR JORNALISTA VIEIRA NUNES, Nº:
Complemento: AVENIDA
Bairro: PLANALTO
Ponto de Referência: PRÓXIMO AUDITÓRIO NOVA FAPI

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES
RG: 2.037.875 SSPI PI
Mae: FRANCISCA DAS CHAGAS DE SOUSA
Pai: RAIMUNDO MARCELINO GOMES
Endereço: RUA NEYWALDO ALVES BARBOSA, Nº 3031
Complemento: CASA
Bairro: URUGUAI
Cidade: TERESINA - CEP: 64000-000
Telefone(s): 86-9509-5575

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: SSPI UF RG: PI
End: RUA NEYWALDO ALVES BARBOSA Número: 3031 Complemento: CASA
Cidade: TERESINA UF: Bairro: URUGUAI
Proprietário: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES
End: RUA NEYWALDO 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,TEVE FORTE TRAUMA NO OMBRO DIREITO,TÓRAX E TORNOCÉLO DIREITO,FUI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E ENCAMINHADO AO HUT,PRONTUÁRIO N°540812,A INFORMAÇÃO É DE TODA RESPONSABILIDADE MINHA. VALE RESSALTAR QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA NÃO POSSUI CNH ATÉ A PRESENTE DATA DE HOMOLOGAÇÃO DESTE BOLETIM.

ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegacia Virtual - WEB

Boletim de Ocorrência emitido em: 29/06/2020 08:30 - DV Mat.: 106.231-7

Página 1/1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:02:55
<http://tpj.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 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

004.428.413-61 Antonio Silvestre de Souza 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 Souza Gomes* 6 - CPF: *004.428.413-61*
 7 - Profissão: *Pintor* 8 - Endereço: *Rua Neyvaldo Alves Barboza 3031 casa* 9 - Número: *3031* 10 - Complemento: *casa*
 11 - Bairro: *Uruguaí* 12 - Cidade: *Teresina* 13 - Estado: *PI* 14 - CEP: *64000-000*
 15 - E-mail: *ledesseguros2@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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 43345 Dígito: 4
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velas/ovos): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 da
vítima da
morte ou
representante
legal autorizado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Teresina - PI 30/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1º Representante Legal (se houver)

INSC





Dados do Chamado	01 Nº de chamado 2055	02 Data do chamado 13/08/2020	03 PRO (código) 08485	04 Saída do PA 1033	05 Chegada ao local 10481	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 1028	07 Chegada ao 1º hospital 1105	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Juliette Neiva Nunes	11 Bairro Plano Urbano/rua	12 Município UF Tere	Código IBGE		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência espirito santo fsp					
Acidente de Transporte	14 Nome Anderson Silverste de Souza Gomes	15 Sexo 1-Masculino 2-Feminino 3-Ignorado				
	16 Idade 42	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 0- Não 9- Ignorado		
	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 - Quelmadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros		
	19 Vítima 1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 9-Ignorado	20 Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta	21 Outra parte envolvida 5-Ônibus/Micro-ônibus 6-Outro 9-Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança		
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL				
	ABERTURA OCULAR 0-Espontânea 1-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 0-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. SatO2	25 Local da lesão	
	26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	29	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10			
	27 Pulso Radial 0-Cheio 2-Fino 3-Ausente	30 Fratura 0-Sim 1-Exposta 2-Fechada	2-Não 3-Suspeito			
	28 Sangramento 1-Sim 2-Não					
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 Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT	Não Removido				
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 0-Antes do socorro 1-Antes do transporte	1-Sim 2-Não Durante o transporte			
Observações Interdisciplinar	Referir dor intenso em ouvido esq. com tontura e vertigo. SIC.					
		Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original				
	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor Santo				
	Responsável pela recepção M. Soares Coutinho					
	08:27.11.2011					



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.357.474.0001/06 - IE 191965578
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - 0800 223 2000 ou 159 / (86) 36124-3199

MATRÍCULA

1.49.432
28299682148549
13302825-9

FATURA Nº
MÊS/ANO

151740824
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

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	PATRULHADO
01-2020	Lido	81	18
02-2020	Lido	89	18
03-2020	Lido	81	18
04-2020	Lido	91	18
05-2020	Minijet	90	18
06-2020	Lido	87	18

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Comercial - Normal

TABELA DE TARIFAS

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

DISCRICÃO	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 (R\$)

DATA LEITURA CONSUMO MÊS M3 PIS/PASEP CORRIS

ANTERIOR 04/05/2020 184 18 10 127418042

ATUAL 02/06/2020 184 18 10 115,93+7,68= 0,81

VENCIMENTO

14/06/2020

TOTAL A PAGAR

115,93

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.987/96, Art. 6º, §3º, Inciso II.

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	1493	1492	1	1,34	0,2-5,0 mg/L
COP APROF.	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
CONFORMES TOTAL					

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	601	601	0	Ausente	Ausente
	601	601	0	Ausente	Ausente

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

1.49.432 28299682148549

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRÍCULA

13302825-9

FATURA Nº
MÊS/ANO

151740824

6/2020

VENCIMENTO

14/06/2020

VALOR A PAGAR

115,93

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



*** AVISO DE DEBITO ***

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.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:02:55
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/iew.seam?x=20121511025485700000013029843

Num. 13776473 - Pág. 10

Número do documento: 20121511025485700000013029843

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Silvestre de Souza Gómes inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.428.413/61, do sinistro de DPVAT cobertura IPPA da Vítima Antônio Silvestre de Souza Gómes, 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.

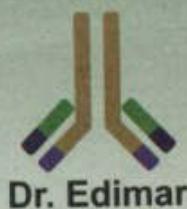
Endereço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número	<u>844</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	Estado	<u>PI</u>	CEP	<u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina, 30 de Junho de 2020
 Local e Data

Nelle Rose Soares Marques
 Assinatura do Declarante

101/2017





RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que o autor do relatório
que assinou abaixo, foi vitimado por sinistro
de trânsito, é autorizado na lei de 9959 de 27.04.98
da Constituição Federal, a vítima acima
citada, sofreu forte trouxa onbro direito
e tornozelo direito, causando coximização
do ombro direito e tornozelo direito
desprezívelmente, tendo sido tratado
de forma convencional ou seja: Trípicio
e Tela Gessada, acompanhado de fio
tenacina, retornou com sequelas:
dificuldade de caminhada, dificuldade
de se agachar, fortes dores e coceira
gerada de exercícios de nis.
Com estes sofismos, com
cooperativismo de 50%, o sinistro
ocorreu em 18.02.2020 às 11:23 HS.

18.05.2020

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 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

DS
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 URGENCIA DE TERESINA - HUT

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

C 18/03/2020 6:00 AM
CABO NEUROLOGICO
NEUROLOGICO

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 ALÉRGIAS, ECG=15.		
		MARIA AMELIA LOPEZ 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: bmp Pressão: mmHg	
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PCT VITIMA DE ACIDENTE UTMOMOBILISTICO HÁ +- 2 HS, DEU ENTRADA NO PS TRAZIDO PELA SAMU COM DOR EM ANTEBRAÇO DIREITO, COTOVEG DIREITO E PUNHO DIREITO A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, FASICA COM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDAS B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL; D) PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15. E) LESÃO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	RAIO-X REALIZADO PELA SAMU COM DOR EM ANTEBRAÇO DATA 1/120 Técnico: TONOGRAFIA REALIZADA DATA 13/03/2020 HORA 13:00 EX: OMAR TECNOLÓGICO: <i>o</i>

Diagnóstico Inicial: ?	RAIO-X REALIZADO DATA 1/120 REALIZADO CID: Técnico: <i>o</i>
Exames Complementares: (1464981) - ANTEBRAÇO DIREITO (1464982) - COTOVELO DIREITO (1464983) - PUNHO DIREITO	RAIO-X REALIZADO DATA 15/03/2020 CID: Técnico: <i>o</i>

Prescrição Médica:	RAIO-X REALIZADO DATA 1/120 CID: Técnico: <i>o</i>
<p><i>Dina Vieira e Silva</i> SAME - HUT Confere com o Original</p> <p><i>Durkson E. Sônia de Freitas</i> Médico DATA 1/120 CRM-PI 1729 Técnico: <i>o</i></p>	

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

Assinatura Paciente ou Responsável

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





Dados do Chamado	01 N° de chamado <i>2035</i>	02 Data do chamado <i>13/11/2020</i>	03 PRO (código) <i>20309</i>	04 Saída do PA <i>1033</i>	05 Chegada ao local <i>10481</i>																				
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>1038</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>1033</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital																					
Dados do Paciente	10 Endereço <i>Juliette Nieve Nunes</i>	11 Bairro <i>Prado Uruapan</i>	12 Município UF <i>142 RJ</i>	Código IBGE																					
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência <i>Espírito Santo fsp</i>																								
Acidente de Transporte	14 Nome <i>Adonis Silverstre de Souza Gomes</i>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ignorado																							
Exame Físico	16 Idade <i>42</i>	1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <i>30/11/1978</i>	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado																					
18 Tipo de ocorrência <table border="0"> <tr><td>01 - Acidente de transporte</td><td>06 - Tentativa de suicídio</td><td>11 - Queda</td><td>16 - Outros</td></tr> <tr><td>02 - Agressão física-espacamento</td><td>07 - Envenenamento</td><td>12 - Urgência clínica</td><td></td></tr> <tr><td>03 - Agressão física-FAF</td><td>08 - Afogamento</td><td>13 - Urgência obstétrica</td><td>17 - Já removido</td></tr> <tr><td>04 - Agressão física-FAB</td><td>09 - Queimadura</td><td>14 - Transferência</td><td>18 - Falso chamado</td></tr> <tr><td>05 - Urgência psiquiátrica</td><td>10 - Choque elétrico</td><td>15 - Exames complementares</td><td></td></tr> </table>						01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros	02 - Agressão física-espacamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica		03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	17 - Já removido	04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência	18 - Falso chamado	05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares	
01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros																						
02 - Agressão física-espacamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica																							
03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	17 - Já removido																						
04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência	18 - Falso chamado																						
05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares																							
Assistência	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1- Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2- Condutor <input type="checkbox"/> 3- Passageiro <input type="checkbox"/> 4- Bicicleta <input type="checkbox"/> 5- Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 6- Outro <input checked="" type="checkbox"/> 7- Motocicleta <input type="checkbox"/> 8- Ignorado	20 Meio de locomoção <input checked="" type="checkbox"/> 1- A pé <input type="checkbox"/> 2- Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 3- Motocicleta <input type="checkbox"/> 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida <input type="checkbox"/> 1- Automóvel <input type="checkbox"/> 2- Motocicleta <input type="checkbox"/> 3- Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança																					
Hospital de Destino	23 Glasgow = <i>15</i>	RESPOSTA VERBAL <table border="0"><tr><td>ABERTURA OCULAR</td><td>5- Orientada</td><td>RESPOSTA MOTORA</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 1- Espontânea</td><td>4- Confusa</td><td>6- Obedece a comandos</td></tr><tr><td>3- À voz</td><td>3- Palavras inapropriadas</td><td>5- Localiza dor</td></tr><tr><td>2- À dor</td><td>2- Palavras incompreensíveis</td><td>4- Movimento de retirada</td></tr><tr><td>1- Nenhuma</td><td>1- Nenhuma</td><td>3- Flexão anormal</td></tr><tr><td></td><td></td><td>2- Extensão anormal</td></tr><tr><td></td><td></td><td>1- Nenhum</td></tr></table>	ABERTURA OCULAR	5- Orientada	RESPOSTA MOTORA	<input checked="" type="checkbox"/> 1- Espontânea	4- Confusa	6- Obedece a comandos	3- À voz	3- Palavras inapropriadas	5- Localiza dor	2- À dor	2- Palavras incompreensíveis	4- Movimento de retirada	1- Nenhuma	1- Nenhuma	3- Flexão anormal			2- Extensão anormal			1- Nenhum	24 Sinais Vitais <i>P脉搏 150/80, Resp. 16, TAX. 2, SatO2 98</i>	25 Local da lesão
ABERTURA OCULAR	5- Orientada	RESPOSTA MOTORA																							
<input checked="" type="checkbox"/> 1- Espontânea	4- Confusa	6- Obedece a comandos																							
3- À voz	3- Palavras inapropriadas	5- Localiza dor																							
2- À dor	2- Palavras incompreensíveis	4- Movimento de retirada																							
1- Nenhuma	1- Nenhuma	3- Flexão anormal																							
		2- Extensão anormal																							
		1- Nenhum																							
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> 1- Iguais <input type="checkbox"/> 2- Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> 1- Cheio <input checked="" type="checkbox"/> 2- Fino <input type="checkbox"/> 3- Ausente	28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não	29 <input type="checkbox"/>	30 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 																				
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino <i>HUT</i>	33 Condições de entrada <i>B</i> 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	<input type="checkbox"/> Não Removido																				
	<i>Teror dor intensa em ouvido com tonus tímico</i>																								
	<i>Dina Vieira de Silva SAME - HUT Confere com o Original</i>																								
	Responsável pela recepção <i>Maia</i>	Socorristas Médico AE/TE <i>João de Souza</i>	Enfermeiro Condutor <i>Santos</i>																						
	Data: 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 FECPF: 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: 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)

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: 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 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



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. 18



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	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
Requisição:	1072972	Solicitação: 13/03/2020	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804
Controle:	1464985	Convênio: SUS	Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS

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 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



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. 19



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
Requisição:	1072973	Solicitação: 13/03/2020	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804
Controle:	1464986	Convênio: SUS	Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS

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.

(LUIZ 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
Requisição:	1073061	Solicitação: 13/03/2020	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804
Controle:	1465143	Convênio: SUS	

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 Silveira
 SAME - HUT
 Confere com o Original

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



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. 21



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	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: SUS	

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 integros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

TERESINA - PI 18/03/2020

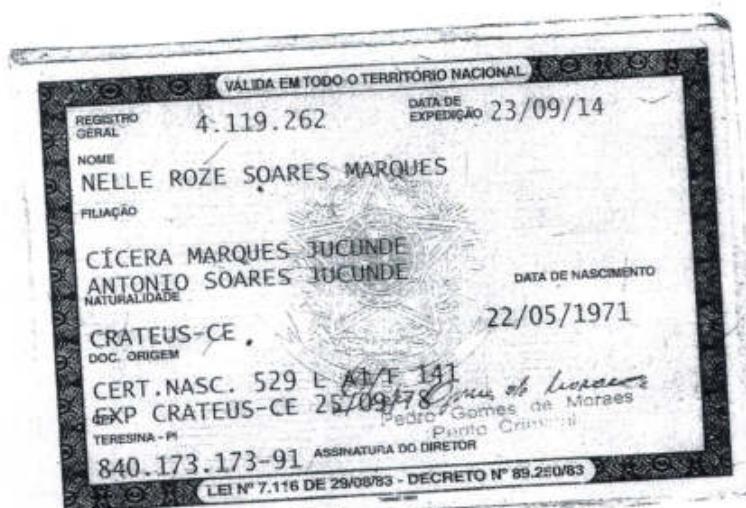
CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável



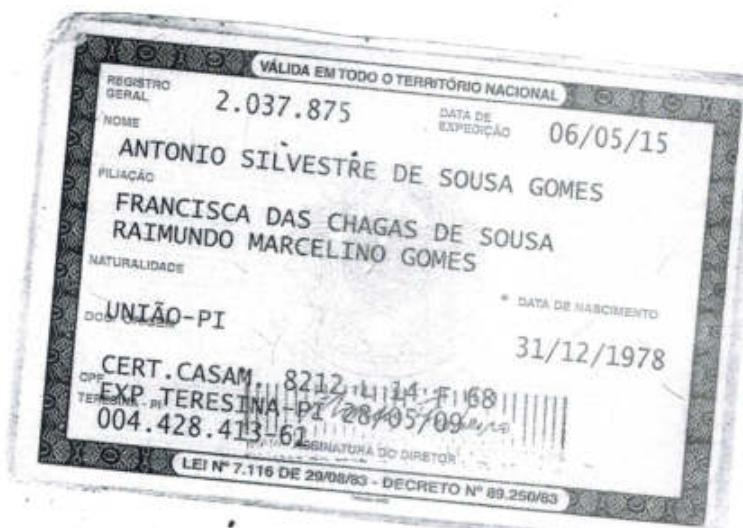
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 11:02:55
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511025485700000013029843>
 Número do documento: 20121511025485700000013029843

Num. 13776473 - Pág. 22



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. 23



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. 24

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0188696/20

Vítima: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

CPF: 004.428.413-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/03/2020

Titular do CPF: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

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: Antônio Silvestre de Sousa Gomes
 RG: 2.037.875 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 06/05/15
 CPF: 004.428.413-61 ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Pintor
 ENDEREÇO: Rua Reynaldo Alves Barbosa Nº: 3031
 COMPLEMENTO: case BAIRRO: Uruguai
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64000-000 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 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 PARTICULARS, 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.

Antônio Silvestre de Sousa Gomes

Data do acidente de trânsito: 13/03/2020

Cobertura da vítima: Invalidez

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

x Antônio 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/03/2020

Titular do CPF: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

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

