

Screenshot of a web browser showing a legal document viewer interface.

The main title bar reads: ProceComCiv 0823682-43.2020.8.18.0140

The document header is: 14576785 - CONTESTAÇÃO (2782714 CONTESTACAO 01)

Sub-header: Juntada por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 08/02/2021 11:24:38

Left sidebar (tree view):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 14576783 - CONTESTAÇÃO
 - 14576785 - CONTESTAÇÃO (2782714 CONTESTACAO 01)
 - 14576789 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14576994 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14576996 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14576999 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Right panel (document preview):

downloadBinario.seam
1 / 9 | - 100% + | ☰ ☷

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo n.º 08236824320208180140

Bottom status bar:

- Icons: Windows, Internet Explorer, Firefox, Chrome, Word
- Time: 11:24
- Date: 08/02/2021



Número: **0823682-43.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **15/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANKNILSON BRAGA DA SILVA (AUTOR)	JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14576 789	08/02/2021 11:24	<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, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200154091 Vítima: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

Data do Acidente: 12/01/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

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 15722344



Pag. 00587/00588 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/02/2021 11:24:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020811243714900000013780486>
Número do documento: 21020811243714900000013780486

Num. 14576780 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, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200154091 Vítima: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

Data do Acidente: 12/01/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Solução: 50% - 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalides Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FRANKNILSON BRAGA DA SILVA**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 000002512-5

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/02/2021 11:24:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020811243714900000013780486>
Número de documento: 21020811243714900000013780486

Num. 14576780 Pág. 2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
06.967.313-80 **Franknilson Braga da silva**

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Franknilson Braga da silva	06.967.313-80		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Auxiliar Cozinha	Rua Francisco de Assis Garcia 2802	11	14 - CEP: 64.038.270
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	15 - Tel. (DDD): (65) 3447-8059
Setor Tima dulce	Teresina	PI	
16 - E-mail:			

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Caixa Econômica**

AGÊNCIA: **3487**

CONTA: **2512**

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

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

NAO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data,

Luziânia - Piauí - 22.01.2020

Franknilson Braga da silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

tura do Representante Legal (se houver)

Ni. Oliveira

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha





**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: 100203.000097/2020-70

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

Delegado: ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

Data/Hora: 20/04/2020 - 21:56

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

12/01/2020 - 21:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PEDRA MIUDA

Endereço

BR 316, Nº: 00

Complemento

Ponto de Referência

LOCALIDADE PEDRA MIUDA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANKINILSON BRAGA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2434965 PI PI

Mãe: ANTONIA RODRIGUES DA SILVA

Pai: EXPEDITO BRAGA DE ABREU

Endereço: AVENIDA FRANCISCO DE ASSIS GARCIA, Nº 2802

Bairro: VILA IRMÃ DULCE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8874-7349

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

OBJETO(S) MATERIAL(IS) ENVOLVIDO(S)

1 - OUTROS.

Cor: Prata

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo: CHEVROLET / CLASSIC LS

Marca: CHEVROLET /CLASSIC LS

Nº Série:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE VINHA NA VIA CITADA COMO PASSAGEIRO DO VEICULO UM CHEVROLET / CLASSIC LS DE PLACA NXE8854 CHASSI 9BGSU19F0CB166593 ANO 2011/2012 DE PROPRIEDADE DE IRISMAR SILVA DOS S. SARMENTO . QUANDO O CONDUTOR FRANKEI BRAGA DA SILVA , PERDEU O CONTROLE E CAIU NA REBANCEIRA . A VITIMA NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT (PRONT. 124748)

Delegacia Virtual - WEB

FRANKINILSON BRAGA DA SILVA - Noticiante

Responsável pela Informação

Lucy Keiko Leal Parába
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 116.331-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
06.967.313-80 **Franknilson Braga da silva**

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Franknilson Braga da silva	06.967.313-80		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Auxiliar Cozinha	Rua Francisco de Assis Góes 2802	81	entre Tuna delce
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Setor Industrial	Curitiba	PR	81.038.270
15 - E-mail:	(50) 9911-780591		

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Caixa Econômica**

AGÊNCIA: **3487**

CONTA: **2512**

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NAO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data,

Luzerna - Pqdo. 22.01.2020

Franknilson Braga da silva

Rully, Leila

tura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

N. Oliveira

TESTEMUNHAS



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000002512-5

Nr. da Autenticação E90C0FAD31428E38



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/02/2021 11:24:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020811243714900000013780486>
Número do documento: 21020811243714900000013780486

Num. 14576789 - Pág. 6

**ÁGUAS DE
TERESINA**

CEP 65330-000 - Loteamento
Av. Prof. Camilo Pinto, 2969, Tabuleiro das Laranjeiras, CEP 64080-040
Teresina - PI - (085) 323 2000 ou 333 / (085) 323 2128

MATRIZ
FATURADA
MÊS / ANO
23488780-1 151275603
4/2020

NAME / ENDERÉCOS
MORADOR: EXPEDITO BRAGA DE ABREU
RUA FRANCISCO DE ASSIS GARCIA, 2802 - VILA TRAIÁ
DULCE - TERESINA - PI - CEP: 64018270

TELEFONE: 012-00028-007030

GRUPO: 012

NÚMERO DO HORÓSCOPO: AD41525266

HISTÓRICO DE CONSUMO		CONSUMO - LITROS/M3 / TETO TARIFA	
MÊS / ANO	TIPO	USO	FATURADO
01-2020	S-AB	97	18
02-2020	S-AB	97	18
03-2020	S-AB	97	18
04-2020	S-AB	97	18
05-2020	S-AB	97	18
06-2020	S-AB	97	18
07-2020	S-AB	97	18
08-2020	S-AB	97	18
09-2020	S-AB	97	18
10-2020	S-AB	97	18
11-2020	S-AB	97	18
12-2020	S-AB	97	18
ANTERIOR		1251	
ATUAL		1261	

DATA: 18/03/2020

CONSUMO MÊS ANTERIOR: 1251

CONSUMO ATUAL: 1261

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

> Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66

VENCIMENTO: 29/04/2020

TOTAL A PAGAR: 30,66

MENSAGEM:
A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80





Para contato
contato, informe
seu NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SERAZ/PI/ME

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	13692	Atual: 24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior: 26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 24/10/2019
Consumo Médio:	162	Emissão: 23/09/2019
Consumo Faturado:	162	Apresentação: 24/09/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335	1.1.1.1	152	
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo			DESCRIPÇÃO DA CONTA		
AGO/19	158	CONSUMO	162 A R\$ 0,912203 =	147,77	
JUL/19	151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		12,74	
JUN/19	154	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00		0,01	
MAI/19	140	CORRECAO MONETARIA IC 08/19-00		0,16	
ABR/19	143	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00		0,24	
MAR/19	153	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00		0,03	
FEV/19	204	MULTA POR ATRASO 08/19-00		2,89	
JAN/19	133	JUROS POR ATRASO 08/19-00		0,43	
DEZ/18	136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -		6,47	
NOV/18	160				
TARIFA SEM TRIBUTOS:	8 A 162 - 0,555310				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode agitar este bilhete no vencimento de suas faturas entre 1,5,10,15,20 ou 25 para que evite pagar multa de atraso de pagamento.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.80E6.B8A3.BC4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,58
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	1,62
			6,49%
			7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		OMIC		DIOB	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00		0,00			0,00		
Conjunto	TERESINA-MACAUBA		Período de Atenção:	07/2019	EUSI:	S3,46		

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0051867-0

164,27

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2019

01/10/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/02/2021 11:24:37
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102081124371490000013780486
Número do documento: 2102081124371490000013780486

Num. 14576789 - Pág. 8



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

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

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

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

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

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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kaylly Oliveira Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Franklin Braaga de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.967.313-80
do sinistro de DPVAT cobertura Titular da Vítima Franklin Braaga de Souza
inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.967.313-80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>Rew: 24 de Janeiro</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:	<u>PI</u>	CEP:	<u>64.000.902</u>
E-mail:				Tel.(DDD):		(86)994720501	

Local e Data: Teresina - Piauí 22-04-2020

Kaylly Oliveira Oliveira

Assinatura do Declarante





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 N° do chamado 1666.	02 Data do chamado 12 01 20	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 21 - 35	05 Chegada ao local 01:510		
Local da Ocorrência	06 Saída do local 08:01	07 Chegada ao 1º hospital 08:37	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço BR = 316 - Localidade Pedro minha -	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE			
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência						
Acidente de Transporte	14 Nome Franklin Braga da Silveira	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- Ignorado					
Exame Físico	16 Idade 09/08/89	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	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			
Assistência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros			
Hospital de Destino	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 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>			
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 87 bpm Resp. PA 130/80 TAX. 96% SatO2 96%	25 Local da lesão	
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
	30 Fratura 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso RC 500 ml EU Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	<input type="checkbox"/> Não Removido
	<p>Paciente vítima de Politrauma por capotamento em via de Alta Velocidade, entrou com quadro hemodinâmico e cardiovascular. Paciente com quadro estabilizado e intubado e ventilado. Transporte seu intercorrência.</p> <p><i>Ronaldo Dantorno</i></p>				<p><i>Edilene Mendes R. de Oliveira SAMU - HUT</i></p> <p><i>Confere com o Original</i></p>		
	<input checked="" type="checkbox"/> Responsável pela recepção	Socorristas Médico Dr. Hormone Dantorno AE/TE			Enfermeiro Mitchell Valdeci		

Versão: 27.11.2011



NOME DO PACIENTE: Franklin Braga da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 124-748

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".



ORTOPEDIA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA		Prontuário: 124748
Mãe: ANTONIA RODRIGUES DA SILVA	Pai: EXPEDITO BRAGA DE ABREU	
End. Resid.: AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 29/08/1987	Idade: 32a4m14d	Sexo: Masculino Fone: 86-99413-4268
Responsável: FRANKEL BRAGA	CNS: 161966922090004	
Profissão: AUX DE COZINHA	Documento: RG: 2434965 - SSP-PI	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Solteiro(à)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 761386	Entrada: 12/01/2020 22:40:32	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
--------------------------------	----------------	-----------------

Breve História Clas. Risco:	
-----------------------------	--

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:	RAIO-X REALIZADO
PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA POR CAPOTAMENTO EM VIA DE ALTA VELOCIDADE EUPNEICO, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE E CONSCIENTE QUADRO ESTABILIZADO E IMOBILIZADO SINAIOS VITAIS: PA: 120/80MMHG, FC: 87BPM, SAT: 96%SP02	DATA: 13/01/2020
A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, COM FONADA PRESERVADA, SEM CERVICALGIA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; EXPANSIBILIDADE PRESERVADA; C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTAVEL; D) PUPILLAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15 E) MEMBRO ISUPERIOR ESQUERDO COM SUSPEITA DE FRATURA EXPOSTA	TÉCNICO: _____

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

Exames Complementares:	RAIO-X REALIZADO
(1410104) - MAO ESQUERDA (1410105) - BRAÇO ESQUERDO (1410106) - TORAX PA E PERFIL	DATA: 13/01/2020
Técnico: _____	

Prescrição Médica:	Ellayne Menes R. de Oliveira SAMU - HUT Confere com o Original
<i>Ao Cc</i>	

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

Assinatura Paciente ou Responsável	MATHEUS VILARINHO SERRA CRM 7423 Em: 12/01/2020 23:00:59
------------------------------------	---





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Augustina

הנְּצָרָה

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/02/2021 11:24:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020811243714900000013780486>
Número do documento: 21020811243714900000013780486

Num. 14576789 - Pág. 13

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	Francnilson Braga da Silva		IDADE	32	anos	DATA	13/01/2020	
HORÁRIO DE ADMISSÃO	04 h 30 min	TIPO DE ANESTESIA	() GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO			CIRURGIA REALIZADA	Tratamento cirúrgico de fratura de metacarpo "E"	
SINAIS VITAIS	ADMISSÃO					HORÁRIO		
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	149 / 84					SAIDA	146 / 67	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	84					SAIDA	119	
SATURAÇÃO DE O2 (%)	93%					SAIDA	98%	
TEMPERATURA AXILAR (0° C)						SAIDA		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)						SAIDA	Gesiane da Silva Ribeiro CPREN-PI: 514439-TE Oliveira	
NOME/ MATRÍCULA	Isidene							
ÍNDICE DE ALDRETT E KROLIK					ADMISSÃO			SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2		2		2		2
	Movimenta dois membros	1		1		1		1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0		0		0		0
PIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2		2		2		2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1		1		1		1
	Tem apneia	0		0		0		0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2		2		2		2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1		1		1		1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0		0		0		0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2		2		2		2
	Desperta, se solicitado	1		1		1		1
	Não responde	0		0		0		0
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2		2		2		2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1		1		1		1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0		0		0		0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO							TOTAL	09
ESCALA DE DOR ALTA							ASS.	Muito
SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE		() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASI		
hs	mL	hs	mL	hs	inL	hs	mL	
hs	mL	hs	mL	hs	inL	hs	mL	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:								
04:30- Paciente chega na RPA no POI de tratamento cirúrgico de fratura de metacarpo "E", sonolento, respira espontânea, boa apgr, normocárdico, com HU, sem queixas								
08:40 alta de SPPA. m1								
LMP: Andreia Coutinho CPREN-PI: 20511-ENF								
Ellayne Mendes de Oliveira SAME - HUT Confere com o Original								
ALTA SPPA HORÁRIO 1469 Pi / Anestesiologista								
MINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []								
01 11 12 13 14 15 16 EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 14 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] NEU [] CIR [] IM								



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Franklin Braga da Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fr - Lesões expostas de mao e</i>		
Operação - Tipo <i>Linc + Finscôr com ferro de Kirchner</i>		
Cirurgião <i>Dr. Celso Antônio Mendes Camara</i> CRM: 3918 CRIT: 12135	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Romineide</i>	Anestesista <i>Dr. João</i>	Anestesia <i>Geral</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>13/01/2020</i>	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		<i>DA153042398 - T009 + 0702031358 (2x) 40702031358 (2x em cada duto)</i>
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)	
<i>① Fazendo o seu deslizamento dorsal sob a extensão da mão ② Desimpedindo + Aparação de tecidos Esticos ③ Linc de mao E ④ Finscôr de Frx do 2º metacarpiano ⑤ Finscôr de lesões metacarpofalângicas do 3º duto ⑥ Sutura.</i>	
<i>Dr. Celso Antônio Mendes Camara Ortopedia e Traumatologia CRM: 3918 CRIT: 12135</i>	
<i>Ellayne Mendes R. de Oliveira SAMM - HUT Confere com o Original</i>	

Mod. 76 HUT





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/02/2021 11:24:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020811243714900000013780486>
Número do documento: 21020811243714900000013780486

Num. 14576789 - Pág. 16



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Nº laudo:

279890

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	255834

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA	6 - Prontuário: 124748		
7-CNS: 161966922090004	8-Nascimento: 29/08/1987	9-Sexo: Masculino	RG: 2434965 - SSP-PI
11-Mãe: ANTONIA RODRIGUES DA SILVA			12-Fone: 86-99413-4268
13-Resp: FRANKEL BRAGA			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com fratura de 2º estocada do met e +
Fr. luxo de 3º dedo

21 - Condições que justificam a internação:

Vernalas de T7º braço

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

Auxílio + Exame junt R.

23-Diagnóstico Inicial:
(Informação Posterior)

24-CID Prin: _____ 25-CID Sec.: _____ 26-CID C.Ass.: _____

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedista Traumatologista
CRM: 3918 / EOT: 13135

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0415030013	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	Tempo: 995
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01	31-Docum.: IPF 000.058.973-00
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA	34-Data Solicitação: 12/01/2020	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	19-(NPF) Seguradora: _____	40-No.Bilhete: _____	41-Série: _____
37-() Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa: _____	43-CNAE Empresa: _____	44-CBOR: _____
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado	AUTORIZAÇÃO	Elaine Mendes R. de Oliveira
--	-------------	------------------------------

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	SAME - HUT Confere com o Original
48-Documento: _____ () CNS () CPF	49-Num. Documento: _____	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) Usuário: (LAYLA MORAIS) Consulta Local: 761386 Consulta SUS: Impressão: 13/01/2020 03:24

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Kandidinha Braga da Silva
--	---------------------------

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 279890 AIH: 2220100098513
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 702906536387271	NOME DO PACIENTE FRANKNILSON BRAGA DA SILVA	NASCIMENTO 29/08/1987	SEXO M	PRONTUÁRIO 124748
DOCUMENTO CPF 86994134268	TELEFONE ANTONIA RODRIGUES DA SILVA	RESPONSÁVEL FRANKEL BRAGA		
CEP ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA FRANCISCO DE ASSIS GARCIA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	NUMERO / LOTE 2802	UF PI
BAIRRO VILA IRMA DULCE				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE POLTRAUMA POR CAPOTAMENTO EM VIA DE ALTA VELOCIDADE E UPNEICO, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE E CONSCIENTE, QUADRO ESTABILIZADO E IMOBILIZADO, SEM SINAIS VITAIS: PA: 120/80MMHG, FC: 87BPM, SAT: 96% (SPO2A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, COM FONADAÇÃO PRESERVADA, SEM CERVICALGIA; B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; EXPANSIBILIDADE PRESERVADA; C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLACIDO, PELVE ESTAVEL; D) PUPILLAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15E) MEMBRO ISUPERIOR ESQUERDO COM SUSPEITA DE FRACTURA EXPOSTA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

0413040178 T009 LMC0408020377 S626 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLTRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 12/01/2020
DATA ADMISSÃO 12/01/2020 22:40	DATA ALTA 14/01/2020 09:00
	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA
CPF: 00005897300

CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)
TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ANTONIO CASTELO BRANCO DE DEUS CPF: 01309423326	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA SAMUEL HUT Confere com o Original
DATA ANALISE: 11/02/2020 16:15:22	CRM

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13/04/2020

NOME DO PACIENTE:	<u>Franklinen Biagp da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>124748</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fr - Lesão aguda estetoscopio feto</u>	CIRURGIA:	<u>Muc + finocar com</u>
ANESTESIA:	<u>Dr. São</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u> <u>fus de fundo</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. São</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>N.L</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Geral</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Colinide</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>2</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>1</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>1</u>		LUVA Nº	PAR	<u>2</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>2</u>		LUVA Nº	PAR	<u>2</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>-</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>13</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>70</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>-</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>50</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>-</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>-</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>2</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>5</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>1</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>1</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>70</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>1</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	<u>-</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>-</u>	
FORMOL	ML	<u>-</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>6</u>	
GASES	PAC.	<u>4</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>-</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>-</u>		<u>Elitrodes</u>		<u>-</u>	<u>5</u>

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>atadura expom</u> → <u>2</u>
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>incava despranti</u> → <u>3</u>
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<u>fio de kitone 15</u> → <u>6</u>
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				<u>Ellayne Mendes R. de Oliveira</u> <u>SAME - HUT</u> <u>Confere com o Original</u>
ALCOFIL				
MONONYLON				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Mama</u>
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Breita</u>
ROLENE				

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE: <i>Franklin Braga da Silva</i>					Nº DE REGISTRO <i>124748</i>		
DATA: <i>13/01/2020</i>	P. ARTERIAL <i>140x90 mmHg</i>	PULSO <i>70 bpm</i>	RESPIRAÇÃO <i>100/l</i>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Pecúnia nasal com guixas - Negra elongada com hirsutismo</i>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO RÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS	
							TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	<i>Bx 30</i>					
	1	2	3				
LÍQUIDOS	SO-UTO	500					
	SANGUE	400	<i>340ml</i>	<i>360ml</i>	<i>160ml</i>		
		300					
	OUTROS	200	<i>300ml</i>	<i>300ml</i>	<i>300ml</i>		
TEMPERATURA T	C°	260					
		240					
P. ARTERIAL V O PULSO	38	2					
		200	<i>180</i>	<i>180</i>	<i>180</i>		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	200						
		180					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	180						
		180					
RESPIRAÇÃO O	180						
		180					
SÍMBOLOS							SEQUÊNCIA
							1. Cladum - ? 2. Fentanil 250mcg 3. Propofol 200mg 4. Jucim. 180ml 5. Atacan. 15mg 8. Dipran. 2g 10. Dexametasona 10g 11. Unidomin. 4g 13. Bx 30, 40ml 14. Naloxone 2mg
							DURAÇÃO <i>Atacan. 075</i>
TÉCNICAS <i>General</i>							INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES <i>Tat. amyg. frotos melanop.</i>							<i>Ellayne Mendes R. de Oliveira SAMU - HUT Confere bem o Original</i>
CIRURGIÕES <i>Dr. Celso + RL</i>							
ANESTESISTAS <i>Dr. João CNM- 5876</i>							
PARITICULARIDADES							
							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS





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: **FRANKNILSON BRAGA DA SILVA** (Prontuário: 124748)
Endereço: AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/08/1987 Idade: 29a6m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 598181
Requisição: 726547 Solicitação: 12/03/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 904988 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 12/03/2017

MAO ESQUERDA

O estudo radiológico da mão esquerda 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.

TERESINA - PI 23/03/2017

(IRANDI SILVA)

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

*Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original*



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/02/2021 11:24:37
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020811243714900000013780486>
Número do documento: 21020811243714900000013780486

Num. 14576789 - 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:	FRANKNILSON BRAGA DA SILVA (Prontuário: 124748)		
Endereço:	AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	29/08/1987	Idade: 32a4m18d	Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 761386
Requisição:	1047638	Solicitação: 12/01/2020	Solicitante: MATHEUS VILARINHO SERRA
Controle:	1410108	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 12/01/2020

MAO ESQUERDA

O estudo radiológico da mão esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes no colo do 2º e 3º metacarpos com desvio.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/01/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	FRANKNILSON BRAGA DA SILVA	(Prontuário: 124748)
Endereço:	AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010	
Nascimento:	29/08/1987	Idade: 32a4m18d
Requisição:	1047638	Solicitação: 12/01/2020
Controle:	1410109	Convênio: SUS
		Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 761386

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 12/01/2020

BRACO ESQUERDO

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

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

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/01/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável

Ellayne Mendes R. de Oliveira
 SAME - HUT
 Confere com o Original



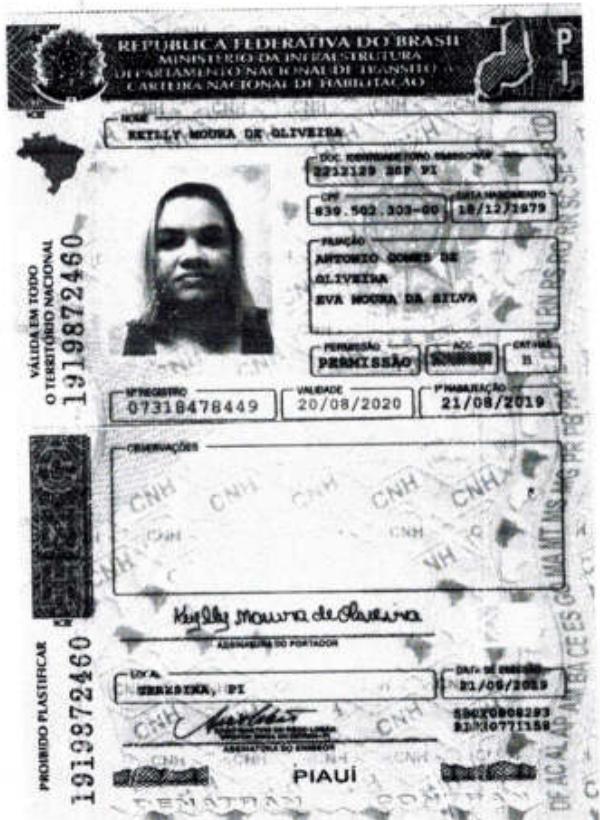


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.434.965
DATA DE EXPEDIÇÃO	18/12/14
NOOME	FRANKNILSON BRAGA DA SILVA
FILIAÇÃO	ANTONIA RODRIGUES DA SILVA EXPEDITO BRAGA DE ABREU
NACIONALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
TERESINA-PI	29/08/1987
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 21858 L/B58 F 96 EXP TERESINA-PI 02/12/11
TERESINA - PI	016.967.313-80 ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/02/2021 11:24:37
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020811243714900000013780486>
Número do documento: 21020811243714900000013780486

Num. 14576789 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/02/2021 11:24:37
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020811243714900000013780486>
Número do documento: 21020811243714900000013780486

Num. 14576789 - Pág. 25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200154091 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA Data do acidente: 12/01/2020 Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DA MÃO ESQUERAO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA.(P3/6FC/10/11/12/13)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERAO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERAO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200154091 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA Data do acidente: 12/01/2020 Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DA MÃO ESQUERAO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA.(P3/6FC/10/11/12/13)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERAO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERAO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Franknilson Braga da silva
RG: 0434965 Orgão Emissor: SSP- PI
CPF: 016.967.313.80 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: Casado Profissão: Mercador de Idoso
Endereço: Rua Fumínea de Aris Garcia Nº 2802
Bairro: Vila Inocência Cep: _____ Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 98887-7169 () _____

OUTORGADO:

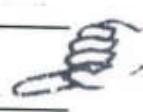
Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Franknilson Braga da silva
CPF: 016.967.313.80 Data do Acidente: 12/01/2020

Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Teresina, Piauí 17/02/2020
Local e data

Franknilson Braga da silva 

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Themistócles Sampaio
Rua Lázaro Higaes, 1011 - Centro - CEP: 64000-220 - Teresina-PI - Fone: (86) 3211-0158 - E-mail: melhorcartorio.sampaio.com.br

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Titular: Antônio Gonçalves de Sampaio Dorela
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANKNILSON BRAGA DA SILVA, DOU FE. EM TEST. Franknilson Braga da Silva DA VERDADE.
Teresina-PI, 17/02/2020
Selos: AAU73187-1BY4
www.tjpi.jus.br/portalextra

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escrivane Autorizada
Emol: 4,02 TJ: 0,80 FNMP/PI: 0,10 Selos: 0,26 Total: 5,18 - OP: 166
PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

3º OFÍCIO DE NOTAS

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

