

Browser tabs: Email - Alana, Controle de, Sistema, Sistema, Audiências, PJE Consulta pr, PJE 0823682-43, Baixar o arq, (41) Whats, +

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=588862&ca=41bfaeb2d5aaf034f355a68bb072d42eaf1...](http://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=588862&ca=41bfaeb2d5aaf034f355a68bb072d42eaf1...)

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Portal do Advogado, Google, Zimbra: Movimenta..., Publicações, Email - Alana Lima..., Online Video Cutter...

Header: **PJE** ProceComCiv 0823682-43.2020.8.18.0140  
FRANKNILSON BRAGA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

Search bar: 14576785 - CONTESTAÇÃO (2782714 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 08/02/2021 11:24:38

Left sidebar: 08 Feb 2021  
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO  
14576783 - CONTESTAÇÃO  
14576785 - CONTESTAÇÃO (2782714 CONTESTACAO 01)  
14576789 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)  
14576994 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)  
14576996 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)  
14576999 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 9 100%  
2782714- CS/ 2021-00166/ INVALIDEZ  
JOÃO BARBOSA  
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI  
Processo n.º 08236824320208180140

Taskbar: Windows icons, PT, 11:24, 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
14576789	08/02/2021 11:24	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15722344

Pag. 00587/00588 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as 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%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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 ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

016.967.313-80 Franklinson 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:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

Franklinson Braga da Silva  
Aux. Cozinha Rua: Francisco de Assis 2802  
Vila Terra de Leste  
Teresina PI 64.028-270  
(86) 9944-78059

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

34

Impressão digital da vítima 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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000097/2020-70**

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

**Delegado:** ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

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

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

**Unidade Policial Responsável**

**Data/Hora**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

12/01/2020 - 21:00

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Bairro**

PEDRA MIÚDA

**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 FRANKIE 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 Parreira  
Delegada Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7



# 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 ASL: 3 - CPF da vítima: 016.967.313-80 4 - Nome completo da vítima: Franklinson 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: Franklinson Braga da Silva 6 - CPF: 016.967.313-80  
7 - Profissão: Aux. Cozinha 8 - Endereço: Rua Francisco de Assis 2802 9 - Número: 2802 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Vila Tama dulce 12 - Cidade: Curitiba 13 - Estado: PR 14 - CEP: 64.028-270  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (41) 9944-720591

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA: 3487001 CONTA: 25125 (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.

34

Impressão digital da vítima 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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 22.04.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

tura do Representante Legal (se houver)



# 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





**ÁGUAS DE TERESINA**

CONPES 037 ATUALIZADA 11-01-2019  
 Av. Prof. Camilo Filho, 1060, Tardes do Santos, Cep 64209-040  
 Teresina - PI - Cx. Postal 223 2000 em 215 / (06) 98124-1124

**MATRÍCULA:** 23488780-1 **FATURA Nº:** 151275603  
**MÊS/ANO:** 4/2020

**NOME / ENDERÇO:**  
 MORADOR EXPEDITO BRAGA DE ABREU  
 RUA FRANCISCO DE ASSIS GARCIA, 2882-VILA JAMA  
 DULCE-TERESINA-PI-cep: 64018270

**LOCALIZAÇÃO:**  
 012-00028-007030 **GRUPO:** 012 **NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO:** A04L525266

MÊS/ANO	TIPO	LEDO	RETURADO
01-2020	1.40	07	10
02-2020	1.40	07	10
03-2020	1.40	11	10
04-2020	1.40	11	10
05-2020	1.40	11	10
06-2020	1.40	11	10

**CONDIÇÃO - CATEGORIA / TIPO TÁRIFA:**  
 1 Residencial - Normal

DATA	LEITURA
ANTERIOR 18/03/2020	1251
ATUAL 17/04/2020	1261

**CONSUMO MÊS ANTERIOR:** 10 **CONSUMO MÊS ATUAL:** 10

**TABELA DE TÁRIFAS:**

RESIDENCIAL	TÁRIFA DE CONSUMO (R\$/m³ e 2%)
0-10	3,0000 00
10-20	5,1710 00
20-999999	7,8410 00

**NÃO RESIDENCIAL - TÁRIFA DE CONSUMO (R\$/m³ e 2%):**

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DA FATURA:**

DESCRIÇÃO	QTD	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66		
> Residencial-Normal	10,0 m³	30,66

**VENCIMENTO:** 29/04/2020 **TOTAL A PAGAR:** 30,66

**IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES:**

**mensagem:**  
 A VIOLAÇÃO DO CORTE / AUTO RELIGAÇÃO PELO CONSUMIDOR É PASSÍVEL DE MULTA NO VALOR DE R\$ 450,00 A R\$ 2.510,00





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

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 Medido:	162	Emissão: 23/09/2019
Consumo Faturado:	162	Apresentação: 24/09/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
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 IG 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:  
Q A 162 - 0,655310

#### 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.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77 115,26
Energia:	60,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,50
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	6,49%
			7,48
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC		PIC	
	Normal	Trimestral	Anual
Limite	5,31	10,63	21,25
Realizado	0,00	0,00	0,00
Composto	TERESINA-MACALIBA		Período de apuração: 07/2019
			EURO: 53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
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://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020811243714900000013780486

Número do documento: 21020811243714900000013780486

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Keylly Lavoura de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Franknilson Braga da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.967.313-80

do sinistro de DPVAT cobertura TOTALIZADA da Vítima Franknilson Braga da Silva

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 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 maio</u>	Número: <u>554</u>	Complemento:
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Tuesina</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel.(DDD): <u>(85)944720501</u>

Local e Data: Tuesina - Piauí 22.04.2020

Keylly Lavoura de Oliveira  
Assinatura do Declarante







Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1666.	02 Data do chamado 12/01/20	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 21-35	05 Chegada ao local 21:50
	06 Saída do local 22:24	07 Chegada ao 1º hospital 22:37	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço BR-316 - Localidade Pedra Linda -			Código IBGE	
	11 Bairro	12 Município-UF			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência			15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	
	14 Nome Franklinna Braga da Silva			16 Idade 1 - Dia 2 - Mês 3 - Anos 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado			20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 9 - Ignorado			22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma			24 Sinais Vitais Pulso 87bpm Resp. 120/80 PA 120/80 TAX. 96% SatO2 96%	
Exame Físico	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não			29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica			32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	
Hospital de Destino	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte			35 Local da lesão	
	36 Observações Interdisciplinar Paciente vítima de Politrauma por capotamento em via de Alta Velocidade, Entrou Hemodinamicamente e consciente. Paciente com quadro entabecado e tubotizado. Transporte sem intercorrência.			37 Assinatura do Médico 38 Assinatura do Enfermeiro 39 Assinatura do Conductor	

Responsável pela recepção

Socorristas  
Médico Dr. Hermo  
AE/TE Dentista

Enfermeiro Mychell  
Conductor Vafes

Versão: 27.11.2011





NOME DO PACIENTE: Franklin Braga da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 124748

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS A SUA UTILIZAÇÃO".



**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

ORTOPEDIA

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

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

Imp: 12/01/2020 23:00:59

(User: MATHEUS VILARINHO)

(Estação: CONSULPA03)

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Cor:</b>
		Indefinido

Breve História Clas. Risco:

<b>SSVV:</b>	(Hora: ____ : ____)			
<b>Peso:</b> 0,00 Kg	<b>Altura:</b> 0,00 M	<b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2	<b>Pulso:</b> bpm	<b>Pressão:</b> mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA POR CAPOTAMENTO EM VIA DE ALTA VELOCIDADE  
EUPNEICO, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE E CONSCIENTE  
QUADRO ESTABILIZADO E IMOBILIZADO  
SINAIS VITAIS: PA: 120/80MMHG, FC: 87BPM, SAT: 96%SP02

- A) VIAS AEREAS PERVIAS, COM FONAÇÃO PRESERVADA, SEM CERVICALGIA  
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; EXPANSIBILIDADE PRESERVADA;  
C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL;-  
D) PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15  
E) MEMBRO ISUPERIOR ESQUERDO COM SUSPEITA DE FRATURA EXPOSTA

Diagnóstico Inicial:

?

**Exames Complementares:**

- (1410104) - MAO ESQUERDA  
(1410105) - BRACO ESQUERDO  
(1410106) - TORAX PA E PERFIL

**Prescrição Médica:**

Ao C e

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

**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

MATHEUS VILARINHO SERRA  
CRM 7423 Em: 12/01/2020 23:00:59

RAIO-X REALIZADO

DATA 13/01/2020

Técnico: [Assinatura]

CID:

RAIO-X REALIZADO

DATA 13/01/2020

Técnico: [Assinatura]

Dr. Marcelo Ribeiro  
Médico Cirurgião Geral  
CRM: 5472/PI 8588/MA



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





HO( )ALDE

**PRESCRIÇÃO MÉL.CA**

custino

[illegible]

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

NOME Franknilson Braga da Silva IDADE 32 anos DATA 13/01/2020

HORÁRIO DE ADMISSÃO 04h30 min TIPO DE ANESTESIA GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Tratamento cirúrgico de fratura de metacarpo "E" CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>149/84</u>	<u>metacarpo "E"</u>	<u>146/67</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>84</u>		<u>119</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>93%</u>		<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Adelino</u>		<u>Gesiane da Silva Ribeiro</u> COREN-PI: 514439-TE

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO	SAÍDA		
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>
	Movimenta dois membros	1	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
	Tem apnéia	0	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>
	Desperta, se solicitado	1	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
	Não responde	0	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	10		
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	na sala		

SONDA VESICAL	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORÁCICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG ( ) NAS
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

04:30 - Paciente chega na RPA no POI de tratamento cirúrgico de fratura de metacarpo "E", sonolento, ne-  
piração espontânea, boa SpO<sub>2</sub>, normocárdico, em HU,  
sem queixas

08:40 Alta de SRPA. na sala

MA APRECHIA COUTINHO  
COREN-PI 203517 - EVF

Elayne Mendes de Oliveira  
SAME - HUT  
Confere com o Original

RAIO-X REALIZADO  
DATA 13/01/2020  
Técnico: na sala de Barradas  
1457454 - EVF

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

MINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]

21020811243714900000013780486



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Franklinson Braga da Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fx - Lesões expostas da mão e</i>		
Operação - Tipo <i>huc + Fimocor com fix. de Kirsch</i>		
Cirurgião <i>Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> CRM: 3918 TCC: 12135	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Dominide</i>	Anestesista <i>Dr. João</i>	Anestesia <i>geral</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>13/01/2020</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		<i>0413042178 - T009</i> <i>+</i> <i>0408070377 - 5683 (2x)</i>
Relatório Imediato do Patologista		<i>40708031378 12x mm</i> <i>cada dedo</i>
Acidente Durante a Operação		
<p align="center"><b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>① Paciente em decúbito dorsal sob anestesia end</p> <p>② Limpeza antisséptica + Aplicação de Fimocor Estéril</p> <p>③ huc de mão e</p> <p>④ Fimocor de fx do 2º metacarpo</p> <p>⑤ Fimocor de lesões metacarpo falange do 3º dedo</p> <p>⑥ Suturas.</p>		
<p align="right"><i>Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> CRM: 3918 TCC: 12135</p>		<p align="right"><i>Ellayne Mangles R. de Oliveira</i> SAE - HUT Confere com o Original</p>

Mod. 76 HUT



## PREScrição Médica

[illegible]





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Ne laudo

279890

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Paciente com fratura do 2º metacarpo do mão E + Fx - Lúneo do 3º dedo</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>Verdade de TTS Lúneo</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Fratura + Enxerto fratura</i>			
23-Diagnóstico Inicial: Informação Posterior)	24-CID Prin:	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: <b>0415030013</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO</b>	Tempo: <b>999</b>	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b>	31-Docum.: <b>01</b>	32-Doc. Méd. Solic.: <b>000.058.973-00</b>
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>CELSON ANTONIO MENDES COIMBRA</b>	34-Data Solicitação: <b>12/01/2020</b>	Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra Ortopedia Traumatologia CRM: 3918 RBO: 13135	
		35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	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

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	Flammy Mendes R. de Oliveira SAME - HUT Confere com o Original	
48-Documeto: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Franknilson Braga da Silva</i>		Usuário: (LAYLA MORAIS) Consulta Local: 761386 Consulta SUS: Impressão: 13/01/2020 03:24	



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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/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	TELEFONE 86994134268	NOME DA MÃE ANTONIA RODRIGUES DA SILVA	RESPONSÁVEL FRANKEL BRAGA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA FRANCISCO DE ASSIS GARCIA			NUMERO / LOTE 2802
BAIRRO VILA IRMA DULCE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA POR CAPOTAMENTO EM VIA DE ALTA VELOCIDADE EUPNEICO, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE E CONSCIENTE QUADRO ESTABILIZADO E IMOBILIZADO SINAIS VITAIS: PA: 120/80MMHG, FC: 87BPM, SAT: 96% SPO2A) VIAS AEREAS PERVIAS, COM FONOAÇÃO PRESERVADA, SEM CERVICALGIA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; EXPANSIBILIDADE PRESERVADA; C) BNF, RR, ZT; ABDOME FLACIDO, PELVE ESTAVEL; D) PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15E) MEMBRO ISUPERIOR ESQUERDO COM SUSPEITA DE FRATURA EXPOSTA

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

0413040178 T009 LMC0408020377 S626 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (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 CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

#### LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CELSON ANTONIO MENDES COIMBRA  
CPF: 00005897300

CRM:

#### 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

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº 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 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA  SAMI - HUT Confere com o Original
DATA ANALISE: 11/02/2020 16:15:22	CPF CRM DATA ANALISE

#### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**DATA 13 / 04 / 2020

NOME DO PACIENTE: <u>Franklinson Braga da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>424748</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fx - Lesão aguda eletrocaso felaço</u>	CIRURGIA: <u>M.C. + Fimocose com</u>
ANESTESIA: <u>Dr. João</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. João</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Dr. L</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Grat</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Coimide</u>	CPF Nº: _____

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	2		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	1	
AGULHA 30X8	UNID.	1		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	2	
AGULHA 40X12	UNID.	2		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	2	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	13	
ÁLCOOL 70%	ML	70		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	2		SERINGA 20CC	UNID.	3	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	1		SERINGA 10CC	UNID.	1	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	1	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	6	
GASES	PAC.	4		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		<u>Eletródos</u>	-	5	
<b>FIOS</b>	<b>UNID.</b>	<b>QUANT.</b>	<b>PREÇO</b>	<b>OCORRÊNCIA</b>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>atadura xipom</u> → 2 <u>meia desmontante</u> → 3 <u>fitas de xipom 1.5</u> → 6 Ellayne Mendes R. de Oliveira SAME - HUT Confere com o Original			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Mama</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Baeta</u>			
ROLENE							



# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE: <u>Franklin Braga da Silva</u>					Nº DE REGISTRO: <u>124748</u>	
DATA: <u>13/01/2020</u>	P. ARTERIAL: <u>140 x 90 mmHg</u>	PULSO: <u>70 bpm</u>	RESPIRAÇÃO: <u>100 /</u>	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA: <u>Paciente intubado com guias - Neve longa e comestibilidade</u>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONquite
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
OXIGÊNIO <u>3L</u>						
1 <u>3L</u>						
2 <u>3L</u>						
3 <u>3L</u>						
LÍQUIDOS						
SO-UTO 500						
SANGUE 300						
OUTROS 100						
TEMPERATURA T						
Cº 260						
38 2						
P. ARTERIAL V O PULSO						
38 200						
180						
160						
140						
120						
100						
80						
60						
40						
20						
10						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS						
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES						
INCIDENTE - ACIDENTE						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						

76 - HUT





**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 íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/03/2017

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Ellayne 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 Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 761386  
Requisição: 1047638 Solicitação: 12/01/2020 Solicitante: MATHEUS VILARINHO SERRA  
Controle: 1410108 Convênio: S U S

**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

Pag: 1 de 1

**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: 1410109 Convênio: S U S

**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

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





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **KEITLY MOIRA DE OLIVEIRA**

DOC. IDENTIFICATÓRIO: **2212129 SSP PI**

CPF: **839.502.303-00** DATA NASCIMENTO: **18/12/1979**

FUNÇÃO: **ANTONIO JONES DE OLIVEIRA**  
**EVA MOIRA DA SILVA**

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CAT: **3**

REGISTRO: **07318478449** VALIDADE: **20/08/2020** FIM DA VALIDADE: **21/08/2019**

OBSERVAÇÕES:

*Keitly Moira de Oliveira*  
ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO: **21/09/2019**

ASSINATURA DO EMITENTE: *[Assinatura]*

ASSINATURA DO EMITENTE: **55070908293**  
**82/10/771158**

PIAUI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1919872460





## 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: 2434965 Órgão Emissor: SSP-PJ  
CPF: 016.967.313-80 Nacionalidade: Brasileiro  
Est. Civil: casado Profissão: Guarda de Trânsito  
Endereço: Rua. Francisco de Sales Gomes Nº 2802  
Bairro: Vila Imaculada Cep:  Cidade/UF: Turina-PJ  
Telefone: (86) 98887-7169 ( )

**OUTORGADO:**

Nome: keylly mouro de oliveira  
RG: 2.212.129 Órgão 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 subestabelecer 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

Turina, Rua 17 02 2020  
Local e data

Franknilson Braga da Silva  
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

