

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: 22/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS DO VALE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000059297-7

Nr. da Autenticação 707CC2A3BC658DFC

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190105610

Vítima: LUCAS DO VALE ARAUJO

Data do Acidente: 07/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS DO VALE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização o 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 um dos membros

inferiores 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: LUCAS DO VALE ARAUJO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000059297-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190105610 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DO VALE ARAUJO **Data do acidente:** 07/11/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DAS DIÁFISES DISTAIS DE TIBIA E FÍBULA Á DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 um dos membros inferiores	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: 3190105610 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DO VALE ARAUJO **Data do acidente:** 07/11/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DAS DIÁFISES DISTAIS DE TIBIA E FÍBULA Á DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



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

Imp: 07/11/2018 09:21:38
 (User: CAMILA NORBERTA)
 (Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUCAS DO VALE ARAUJO		Prontuário: 202407	
Mãe: IRACEMA COSTA VALE		Pai: JOSE DE RIBAMAR ARAUJO MOREIRA	
End.Resid.: RUA JORENALISTA DONDON - HORTO FLORESTAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 07/08/1995	Idade: 23a3m0d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99453-0382
Responsável: KELLYANE		CNS: 203450211120018	
Profissão: ESTUDANTE		Documento: RG: 3494806 - PI	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 692625	Entrada: 07/11/2018 09:20:02	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

MEDICINA CORRETORA DE SEGUROS
 Recebido em: 07/11/2018

RAMO: FIZIOLÓGICO
 DATA: 07/11/2018
 FOLHA: 02

SSVV:	(Hora: ____:____)
Peso: ____ Kg	Altura: ____ M
IMC: ____	Pulso: ____ bpm
Pressão: ____ mmHg	

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente vítima de acidente motociclístico há cerca de 1h. Relato não de lesão. Não queda de cabeça, membros inferiores. Orientado e consciente. (A) VA Denom com coloração normal, pulso regular. (B) MV (+), sem ruídos adventícios. BNF, CR, 2T, SS. (C) Sem sinal de sangramento externo. Sem sinal de fratura palpável. (D) Abg (AB), pulso presente e forte. (E) Pilo adiante mediotórax.

Diagnóstico Inicial:

Fratura do Peito (D) S22

Exames Complementares:

Rx de Ant. D, Rx de Ant. L, Rx de Tórax

Prescrição Médica:

Tabl. Analgésicos
 ADCC & Talc

Motivo da Alta/Encerramento:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
 Médico Ortopedista
 CRM-PI-3054

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/11/18

NOME DO PACIENTE:	Lucas do Vale Azeite	PRONTUÁRIO Nº:	202407
DIAGNÓSTICO:	Hernia do Pêlo D	CIRURGIA:	Cistocnula
ANESTESIA:	Roque	Nº DA SALA:	03
CIRURGIÃO:	Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3084	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Drª Denise	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Ediane	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8,0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.			Cateter 02		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletródos -		05 unid.	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Gravatas -		03 unid.	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cupom -			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	Solange Martinho		
PROLENE							

RECEBIDA CORRETORA DE SEGUROS
07/10/19

Atestado de Recebimento
Município de Teresina
SAÚDE - MAT
CONFERE COMO ORIGINAL

Solange Nazaré C. Moutinho
Téc. Enfermagem
COREN-PI: 453.435 MOD - 094



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IRIGÊNCIA DE TERESINA - HUT

H. PITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Celso

NOME DO PACIENTE

PRONTUÁRIO

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLÍNICA
Ortopédica

ENF. OU AP
LEITO
935

247

MÉDICO ASSISTENTE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

- 03 - *Post - 7 Dias (8)*
- 11 -
- 18 -
- 1 DIETA ORAL LIVRE
- 2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA
- 3 CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS
- 4 RANITIDINA 50 MG - A AMP + AD, EV, 8/8 h
- 5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h
- 6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h
- 7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN
- 8 CUIDADOS GERAIS

*Admitido na
clínica ortopédica
em 05 de julho.
Consciente, orientado
físico, eufórico. Não
apresenta medicações
atua e patologias
crônicas. Sem febre
no momento.*

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto

Médico Ortopedista

CRM-PI: 3954

CONFIRME COM O ORIGINAL
Médico Ortopedista
Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto

CONFIRME COM O ORIGINAL
Médico Ortopedista
Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Lucas do Vale Aroujo</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>fratura do pé direito (S)</i>		
Operação - Tipo <i>RAP - 8 pontos</i>		
Cirurgião <i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</i> Médico Ortopedista CRM-PI: 3054	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Ediane</i>	Anestesista <i>Dr. Denise</i>	Anestesia <i>Diagnose</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>07/11/18</i>	Início <i>15:45</i>	Fim <i>18:30</i>
Diagnóstico Pós-operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato do Patologista <i>φ</i>		
Acidente Durante a Operação <i>φ</i>		

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

*Realizada sob antissepsia - Anestesia, Antissépsia
devido ao trauma medial direito (S)
Realizada - Redução e fixação de
fratura do pé direito - pontos
- Limpeza - fechamento - Anestesia*

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

MOD 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: **LUCAS DO VALE ARAUJO** (Prontuário: 202407)
Endereço: RUA JORENALISTA DONDON - HORTO FLORESTAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 07/08/1995 Idade: 23a4m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 692625
Requisição: 889819 Solicitação: 07/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1103223 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 07/11/2018

PERNA DIREITA

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

- Fraturas nas diafises distais da tíbia e fíbula.


(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 22/12/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável


MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 07/02/19



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045309/19

Número do Sinistro: 3190105610

Vítima: LUCAS DO VALE ARAUJO

CPF: 059.937.183-82

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 07/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DO VALE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUCAS DO VALE ARAUJO : 059.937.183-82

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: LUCAS DO VALE ARAUJO
CPF: 059.937.183-82

LUCAS DO VALE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170040903 Nº 012713791288
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 932720889 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
 IVANILDE DE SOUSA MACHADO

CPF / CNPJ 70342989391 PLACA PI0-3236

PLACA ANT. / UE CHASSI 9C6KE094070022034

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/REMPULSA COMBUSTIVO

MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ 125K ANO FAB. 2007 ANO 100 2007

CAP. / POT. / CIL 002P/124CC CATEGORIA PARTIC CCR. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

IPVA FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

**SEM RESTRICOES DE PORTE OBRIGATORIO
 NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA**

TERESINA

DATA /2017

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT**

PI Nº 012713791288 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/7/2017

CPF / CNPJ 70342989391 PLACA PI0-3236

RENAVAM 932720889 MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ 125K

ANO FAB. 2007 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C6KE094070022034

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENS (R\$) 81,28 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,50

PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 12/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.248.608/0001-04
 www.segura-lider.co.br

[Assinatura]
 MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
 Recebido em: 07/02/19

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045309/19

Vítima: LUCAS DO VALE ARAUJO

CPF: 059.937.183-82

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 07/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DO VALE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUCAS DO VALE ARAUJO : 059.937.183-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/02/2019
Nome: LUCAS DO VALE ARAUJO
CPF: 059.937.183-82

LUCAS DO VALE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

MEC/MEC-RECORRETO DE SEGURANÇA



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado

Local da Ocorrência

Dados do Paciente

Tipo de Ocorrência

Acidente de Transporte

Exame Físico

Assistência

Hospital de Destino

Observações Interdisciplinar

01 N° do chamado 900 02 Data do chamado 07/11/18 03 PRO (código) 2897 04 Saída do PA 8:31 05 Chegada ao local 8:40
06 Saída do local 9:01 07 Chegada ao 1° hospital 9:17 08 Saída do 1° hospital 09 Chegada ao 2° hospital

10 Endereço R GOIAS N (PRX FREI DOMINGOS) 11 Bairro CABAN 12 Município-UF TERESINA-PI 13 Ponto de referência J. W. MIST. T. C. N. L. 15 Sexo ☒ 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐ 9 - Ignorado

14 Nome LUIS DO SAO ALMEIDA 16 Idade 07/08/95 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado

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

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

23 Glasgow = 15 24 Sinais Vitais Pulso 77 Resp. 16 PA 120/80 TAX. 97 SatO2 97 25 Local da lesão na cabeça

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 30 Fratura ☒ 1 - Sim ☐ Exposta ☒ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☒ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☒ Acesso Venoso ☐ Oxigênio ☒ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Medicamentos a) DIPLOID 3ml - 100mg b) c) ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Não Removido

32 Hospital de Destino HUT 33 Condições de entrada ☒ 1 - Melhorado ☐ 2 - Piorando ☐ 3 - Inalterado 34 07/10/2018 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte

De vítima Luis do Saõ Almeida
fratura fechada de perna d. direita
TCC - Abdomen - fígado - pulmão - SI - S. 12
na poltrona e/ fratura de perna d.

Responsável pela recepção Luiz Henrique Socorristas Médico João de Deus Enfermeiro Francisco Condutor Francisco AE/TE Francisco



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

Imp: 07/11/2018 09:21:38
 (User: CAMILA NORBERTA)
 (Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUCAS DO VALE ARAUJO		Prontuário: 202407	
Mãe: IRACEMA COSTA VALE		Pai: JOSE DE RIBAMAR ARAUJO MOREIRA	
End.Resid.: RUA JORENALISTA DONDON - HORTO FLORESTAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 07/08/1995	Idade: 23a3m0d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99453-0382
Responsável: KELLYANE		CNS: 203450211120018	
Profissão: ESTUDANTE		Documento: RG: 3494806 - PI	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 692625	Entrada: 07/11/2018 09:20:02	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
 Recebido em: 07/11/2018

RAMO: REALIZADO
 DATA: 07/11/2018
 FOLHA: 1

SSVV:	(Hora: ____:____)
Peso: ____ Kg	Altura: ____ M
IMC: ____	Pulso: ____ bpm
Pressão: ____ mmHg	

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente vítima de acidente motociclístico há cerca de 1h. Relato não de lapso. Não queda de consciência, náuseas, vômitos. Orientado e consciente. (A) Membro com edema leve, pulso regular. (B) MV+, sem ruídos adventícios. BNF, CR, 2T, SS. (C) Sem sinal de sangramento externo. Sem sinal de fratura palpável. (D) Abdomen (AB), sem sinais de irritação e fígado. (E) Rolo direito normal.

Diagnóstico Inicial:

Fratura do Pênis (D) S22

Exames Complementares:

Rx de Encaixe D, Rx de axial, Rx de Tm

Prescrição Médica:

Tala de fixação
 ADCC & tala

Motivo da Alta/Encerramento:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____


Assinatura Paciente ou Responsável


Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
 Médico Ortopedista
 CRM-PI-3054

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUVILDE DE SOUSA MACHADO,
RG nº 1.148.464, data de expedição 12/04/2016,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 703429893-9, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA JORNALISTA DONDON BLOCO FLORESTA nº 2931
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LUCAS DO VALE ALVARO; cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: YAMAHA XTZ 125K - MOTO.
Modelo: YAMAHA XTZ 125 K.
Ano: 2007/2007.
Placa: PIO 3236.
Chassi: 9CGKE094070022034.
Data do Acidente:
Local e Data: Teresina 03/12/2018.


Juvilde de Sousa Machado
Assinatura do Declarante


MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 07/02/19

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório Themistocles Sampaio
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PUSERA
RUA LEONARDO NOGUEIRA, 1225 CENTRO - CEP: 64006-200 - TERESINA-PI
Fone: (0800) 3225-7886 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JUVILDE DE SOUSA MACHADO. DOU FE. EM TEST. 03 DA VERDADE. 03/12/2018. Emol.: 3,71 IJ: 10,74 Selo: 0,26
Total: 4,71 Selo: ABL 96463 (F690P179)

Maria Elvira Cardoso Sousa-Escrevente Autorizado
☐ Tabelião ☒ Escrevente autorizado

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria Elvira Cardoso Sousa
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

3º OFÍCIO DE NOTAS
Themistocles Sampaio
Assinatura de Maria Elvira Cardoso Sousa
Estado do Piauí
Registro e Judicial
NÚMERO DE FOLHA
ABL 96463

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	059.937.183.82	LUCAS DO VALE ARAÚJO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
LUCAS DO VALE ARAÚJO		059.937.183.82	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSO	RUA JORNALISTA DONDON	2931	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
MORTO PROTESTAL	TERESINA	PI	64052.850
E-mail:	Tel. (DDD):		
	86.999.00394		

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

59297

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina - PI 12/10/2019.
 Nome: LUCAS DO VALE ARAÚJO
 CPF: 059.937.183.82

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004198/2018-12

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Kátia Maria Evangelista

Data/Hora: 07/12/2018 - 14:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA GOIAS, Nº:

Complemento

Data/Hora

07/11/2018 - 08:00

Bairro

CABRAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCAS DO VALE ARAÚJO (23 ANOS)

Mãe: IRACEMA COSTA DO VALE ARAÚJO

Pai: JOSÉ DE RIBAMAR ARAÚJO MOREIRA

Endereço: RUA JORNALISTA DOMDON,, Nº 2931

Bairro: HORTO FLORESTAL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9532-1242

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE COMUNICA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO O VEÍCULO MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ 125K PLACA PIO-3236 DE PROPRIEDADE DE IVANILDE DE SOUSA, CPF 70342989391 QUE UM VEÍCULO TAXI, NÃO IDENTIFICADO, COLIDIU COM SEU VEÍCULO NO MOMENTO QUE O NOTICIANTE IA ENTRAR NA RUA GOIÁS, QUE CAIU FICANDO LESIONADO QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU CHAMADA 900 E LEVADO PARA O HUT PRONTUARIO 202407. AS DECLARAÇÕES PRESTADAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Kátia Maria Evangelista - Mat. 0088846
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

LUCAS DO VALE ARAÚJO (23 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 07/02/19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 059.937.183-82 Nome completo da vítima: LUCAS DO VALE AKAUJO

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

Nome completo: LUCAS DO VALE AKAUJO CPF: 059.937.183-82

Profissão: RECUSO Endereço: RUA JORNALISTA DONDON Número: 7931 Complemento: _____

Bairro: AORIO MOREIRA Cidade: PEREGRINA Estado: RS CEP: 64052850

E-mail: _____ Tel./DDD: 8699900-394

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 5927 (+)

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Pererina, 06/02/2019

Nome: LUCAS DO VALE AKAUJO

CPF: 059.937.183-82

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Ag = 2004

OP. 013

CP = 5927-7-

LUCAS DO VALE ARAÚJO


EDIDA CORRETORES DE SEGUROS
acebido em: 07/02/14