

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: 00000059297-7

Nr. da Autenticação 707CC2A3BC658DFC

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, 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, 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



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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

Prontuário: 202407

RAUJO MOR

202407

Nome: LUCAS DO VALE ARAUJO			
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
Responsável:	KELLYANE		
Profissão:	ESTUDANTE		
G. Instrução:	Médio Completo		
	Sexo: Masculino		Fone: 86-99453-0382
	CNS: 203450211120018		
	Documento: RG: 3494806 - PI		
	E.Civil: Casado(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

<u>DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</u>		
<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
 <i>MEDIDA CORRETA DA SEGUROS</i>		<u>Indefinido</u>
<u>Breve História Clas. Risco:</u>	<i>Recebido em: 07/02/10</i>	
		<i>RAIO-X REALIZADO</i> <i>DATA: 07/11/2010</i> <i>TOCADO</i>

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
Painz rotuno de dente metálico lo circa de 1h. Rulito am de leprote. Nig punta
concreta, noman noman. Dientes e dentes. ① Un dente con color encerado, grande
negro. ② MVS, un mico dentice. BNF, CR, 2t, 55. ③ Son ruelas de sangoronto ext
tico. Son ruelas de antigo prodanc. ④ Colgao ⑤, puxo ruelas e folha
⑥ Dente dente metálico

Diagnóstico Inicial: feocromocig. - feto (F) ✓ 022

Exames Complementares: *Exames de fundo de olho e audição, Rx e Tensão*

Prescrição Médica: *Isaías de Oliveira* *09/03/2013*

Motivo da Alta/Encerramento: DATA: / / - HORA: 19:20
Silveira Neto

Assinatura 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 07/11/10

NOME DO PACIENTE:	<u>Lucas do Nascimento Almeida</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>202407</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Hemorragia do Plano Pélvico</u>	CIRURGIA:	<u>Cirurgia de Cetecunhite</u>
ANESTESIA:	<u>Locação</u>	Nº DA SALA:	<u>03</u>
CIRURGIAO:	<u>Dr. Cesar Vaz de Oliveira Neto</u> Médico Ortopedista	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>CRM-PI: 3084</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Denise</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Edilene</u>	CPFNº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>04</u>		LUVA Nº	PAR	<u>03</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>04</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>05</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>80</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>04</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>60</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.			<u>Catéter 02</u>		<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletrôdes -</u>			<u>05 uno</u>
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Brincas -</u>			<u>03 uno</u>
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Eupom -</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				<u>Sofangumoutinho</u>			

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Celso

NOME DO PACIENTE

Celso Vaz Oliveira Neto

PRONTUÁRIO

202407

CLÍNICA

Ortopédica

LEITO

243

MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA

CÓDIGO

02

Celso Vaz Oliveira Neto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

202407

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

IP

Celso Vaz Oliveira Neto

202407

CLÍNICA

Ortopédica

Conscient, orientado

1 DIETA ORAL LIVRE

SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA

CONSCIENTE

e eufórico.

2 CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS

RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8\8 h

CONSCIENTE

e eufórico.

3 DIPIRRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h

TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h

CONSCIENTE

e eufórico.

4 TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF0,9% 8\8 SN

CUIDADOS GERAIS

CONSCIENTE

e eufórico.

Dr. Celso Vaz Oliveira Neto

Médico Ortopedista

CRM-PI: 2024

Celso Vaz Oliveira Neto



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Lucas do Valle Brum		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura do fêmur (1)		
Operação - Tipo	RAPS - Osteosíntese		
Cirurgião	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista	CRM-PI: 3054	1º Assistente
2º Assistente	CRM-PI: 3054	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Edilene	Anestesista	Denise
Anestésico(a)	Baqee		
Data da Operação	07/11/18	Inicio	15:45
Diagnóstico Pós-operatório	Ouromo		

Relatório Imediato do Patologista

✓

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)
<p>Perfuro abdome - Anexo, Autópsia Ano anexo - Míndri Ós femur - fechado e fixado femur - fechado - limpe - sutura - anotar</p>

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

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO	
DATA: 07.11.18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO						
SISTEMA DIGESTIVO						
ESTADO MENTAL						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						
AGENTES ANESTÉSICOS	PA = 160 x 80 mmHg Sot. 99%.			SISTEMA URINÁRIO	CORTICOIDES	ATARÁXICOS OUTROS
LÍQUIDOS	APLICADO AS			FÍSICOS		
TEMPERATURA T	APLICADO AS			EFEITOS		
P ARTERIAL	APLICADO AS			TOTAL DE DOSES		
V O PULSO	APLICADO AS			Seqüência		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	APLICADO AS			1 5 mg		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	APLICADO AS			2 Regaliz		
RESPIRAÇÃO O	APLICADO AS			3 Regaliz		
SÍMBOLOS	APLICADO AS			4 neostigmine		
TÉCNICAS	APLICADO AS			5 ouzide		
OPERAÇÕES	APLICADO AS			6 266		
CIRURGIÕES	APLICADO AS			7 bupivacaine		
ANESTESISTAS	APLICADO AS			8 bupivacaine		
PARTICULARIDADES	APLICADO AS			9 Procaine 130 mg		
REQUERIMENTO + redação						
Osteointerse de tibia						
Caio						
Jenise G. Guimaraes Enfermeira CRM 4925						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
INCIDENTE - ACIDENTE						
Morte paciente 131.11.18 / Brinde						
266						
Agua cloro						
Bupivacaine perda 13 mg						
fertilizante						
100 g.						



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: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exam: 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 tibia e fibula.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 22/12/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261-144-103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

MEDEIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 07/02/109



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045309/19

Número do Sinistro: 3190105610

Vítima: LUCAS DO VALE ARAUJO

Data do acidente: 07/11/2018

CPF: 059.937.183-82

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DO VALE ARAUJO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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 N° 012713791288
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 932720889

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO
2017

IVANILDE DE SOUSA MACHADO

CPF / CNPJ
70342989391

PLACA
PI0-3236

PLACA ANT. NUP
-

CHASSI

9C6KE094070022034

ESPECIFICO

COMBUSTÍVEL

PAS / MOTOCICLO / NEOMOT

MARCA / MODELO

YAMAHA / XTZ 125K

ANO FAB.

ANO. I.D.

2007 2007

CAP / POT. / CIL
002P / 124CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

I
P
V
A
COTA UNICA
FAIXA IPVA
PARCELAMENTO / COTAS

VENC. COTA UNICA

VENC. COTA / S

1º IPVA

2º

3º PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO
SEGURADO PAGO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

TERESINA

DATA

10/07/2017

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PIN N° 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

PLACA
PI0-3236

CPF / CNPJ
70342989391

MARCA / MODELO
YAMAHA / XTZ 125K

RENAVAN
932720889

Nº CHASSI

ANO FAB.
2007

CAT. TARE
09

Nº CHASSI
9C6KE094070022034

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)
81,28

DENATRAN (R\$)
9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$)
90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$)
4,15

IOF (R\$)
0,70

TOTAL A SER PAGO NO SEGURO (R\$)
185,50

PAGAMENTO
 COTA UNICA

PAGAMENTO
 PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
12/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.248.608/0001-04

www.seguradolarider.com.br

MDM
MDM CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 07/07/19

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045309/19

Vítima: LUCAS DO VALE ARAUJO

CPF: 059.937.183-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/11/2018

Titular do CPF: LUCAS DO VALE ARAUJO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUCAS DO VALE ARAUJO

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



~~MEDEIKA CORRETORA DE SEGUROS~~

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 900	02 Data do chamado 07/11/18	03 PRO (código) 2897	04 Saída do PA 8:31	05 Chegada ao local 9:44	
Local da Ocorrência	06 Saída do local gial	07 Chegada ao 1º hospital 9:17	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço R GOIAS N (PRAZERES)	11 Bairro CRISTAL	12 Município-UF Teresina-PI	Código IPGE		
tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência JAN. 001 TRINCA			15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado		
Acidente de Transporte	14 Nome LUCAS DO VILA MARIA	16 Idade 07/08/95	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado 23	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Exame Físico	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 17 - Já removido 18 - Falso chamado		
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 Cinto de segurança Assento para criança		
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = 15	ABERTURA OCULAR 1- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 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 77 Resp. 16/min PA 140/90 TAX. 97 Sat02 97	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais	27 Pulso Radial 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 Exposta Fechada 2- Não 3- Suspeito	
	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred	32 Hospital de Destino HUC	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 MEDIDA CORRETORA DE SEGURANÇA 07/10/2018 1-Sim Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) DIAZOXI 30-40 b) c) Não Removido	
	<p>Pr. vitims Lucas Maria X Vilas Boas 11 1º-ACUM FEBRIL PONTO PALLAD SI SLM 10 TCC-ABDOME-FEBRIL INDOL 51 DIAZOXI 30-40 1º- POLÍTROXICO C/ FRACTURA DE PERNAS D</p>					
	1- Responsável pela Recepção João Mendes	Socorristas Médico AE/TE João de Souza INCELESTE	Enfermeiro Condutor Ana Paula Priscila Lima			



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: RECEPÇÃO002)

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)			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Painel rotuno de cinturão metade direita há cerca de 1h. Rústico com dor de reposo. Alívio parcial com banho quente, náuseas, náuseas. Dor intensa e constante. (A) 1a Dorsum com color amarelo, grande nódulo. (B) MVO, um nódulo subcutâneo. BNF, CR, 21, 55. (C) Sem sinal de sangramento extratípico. Sem sinal de antigo(s) perturbação(s). (D) Abraço (E), aperto intensivo e prolongado. (F) Dor intensa intensificada.

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares: Rx de Busto D, Rx de abd, Rx de Tórax

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento: DATA: / / HORA: / /

Assinatura Paciente ou Responsável

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUANILDE DE SOUSA MACHADO,

RG nº 1.148.464, data de expedição 12/04/2016.
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 703429 893-91, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA FOLVALISTA DONDON Bl. 010 FLORES, nº 2931
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LUCAS DO VALE ARAÚJO, cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: YAMAHA XTZ 125K - MOTO.

Modelo: YAMAHA / XTZ 125 K.

Ano: 2007 / 2007.

Placa: PIO 3236.

Chassi: 9C6XE094070022034.

Data do Acidente:

Local e Data: Teresina 03/12/2018


MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Received on: 04/01/2019

Juanilde Souza Machado
Assinatura do Declarante

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


TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPÃO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1229 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (86) 3221-7686 - E-mail: atendimento@cartorio3teresina.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JUANILDE DE SOUSA MACHADO, DOU FE. EM TEST. Seu DA VERDADE.
TERESINA-PI, 03/12/2018. Emol. #3,71 Total: 0,74 Selos: 0,26
Total: 4,71 Selos: ABL. 96463 (F690PL79)

Tabelião Escrivão autorizado

Maria Elvira Cardoso Sousa - Escrivão autorizado

**Cartório Themistópcles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria Elvira Cardoso Sousa
Escrivão autorizada
Teresina - PI**

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 AXAUJO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	LUCAS DO VALE AXAUJO		CPF: 059.937.183-82
Profissão:	RECUSO	Endereço:	NUN JORNALISTA DODON
Bairro:	HOLTO PIRES	Cidade:	TERESINA
E-mail:			Estado: PI CEP: 64052 850 Tel.(DDD): 86 999003961

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004

CONTA: 59297

AGÊNCIA: _____

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

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

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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: Piauí 12/02/2019

Nome: LUCAS DO VALE AXAUJO

CPF: 059 937 183 82

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



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

Data/Hora

07/11/2018 - 08:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

CABRAL

Endereço

RUA GOIÁS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCAS DO VALE ARAÚJO (23 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

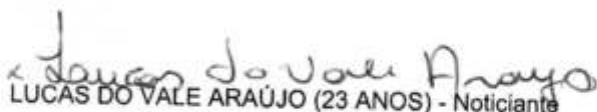
Natureza(s) da Ocorrência

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: 07/12/18

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:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

CPF:
059.937.183-82.

Número:
2931

Complemento:
64052850.

CEP:
6699900-324

Tel (DDD):
6699900-324

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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

AGÊNCIA: _____

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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECUSO INFORMAR

CONTA CORRENTE

VALIDADE DA COBERTURA DE SEGURO

RECEBIDO EM: 04/02/2019

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 Falecidos: 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: 06/02/2019

Nome: LUCAS DO VALE AKAUJO

CPF: 059.937.183-82

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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 *AYRAÚA*

LLM
EDIDA CORRETORA DE SEGUROS
recebido em: 07/02/13