

04.206.0500000-84 - I.E. 19.455.632-8
 04.206.0500000-84 - I.E. 19.455.632-8

TIM

Comprovante de residencia

R\$ 134,27
VENCIMENTO
25/10/2017

EMISSION: 07/10/2017
 POSTAGEM: 16/10/2017
 NÚMERO: 3215557866

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009102056429012

CPF/CNPJ: 84939443353

CLIENTE: 1.51688701

ACESSO: 86 99981-6008



CTCE FORTALEZA CE PL8
 ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
 R 7 DE SETEMBRO 244 CS
 CENTRO
 64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI



IMPORTANTE PARA ADRIANA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluída o dígito 9 à frente dos números celulares dos DDIs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Mais informações em www.tim.com.br/nonodigit.

SERVIÇOS	VALOR
MENSALIDADES	R\$ 109,90
MENSALIDADES ADICIONAIS	R\$ 8,80
ITENS EVENTUAIS	R\$ 0,00
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 11,25
CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 2,37
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,82
COSRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 0,13

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99981-6008

MENSALIDADES

Todas as mensalidades das ofertas dos seus planos
Oferta TIM Pós A Plus (087/PÓS/SMP)
 4 GB de Internet
 Minutos locais e DDD com 41
 TIM Music (incluso)

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
		1	30	07/09 a 06/10	75,20
4GB	2,02GB	1	30	07/09 a 06/10	Incluído
Pacote	183m24s	1	30	07/09 a 06/10	Incluído
		1	30	07/09 a 06/10	9,90

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA ONLINE TIM

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar acesse meutim.com.br. Central de Atendimento: 1056

Mude agora mesmo para a Conta Online TIM. Ela é prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próximo à data de vencimento.

IMPÓSTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	PORCENTO	R\$ DÍG
ICMS	75%	R\$ 94,72	R\$ 71,04	75,00%	R\$ 0,24
INSCOMFINS - Serviços Telecom	3,65%				
INSCOMFINS - Serviços Não Telecom	0,25%				
INSCOMFINS - Serviços Não Telecom	4,65%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012
 As contribuições do FUST (0,5%) e FUNTET (0,5%) não são repassadas de tarifas

**PJ CORRETORA
 DE SEGUROS**
 02 JAN 2018
DPVAT

2017/007, TIM CEL SP 12, SP, 134C, ADM 3
 PLO - EMP: TIM - AUT: 6498714 - PAG: CLIENTE: 13 - PAG SP/03: 3783752968



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva inscrito (a) no CPF 849.394.433, 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Almir Jonson Barreiras Braga inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.739.093, 57, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Almir Jonson Barreiras Braga inscrito (a) no CPF sob o Nº 075.739.093, 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

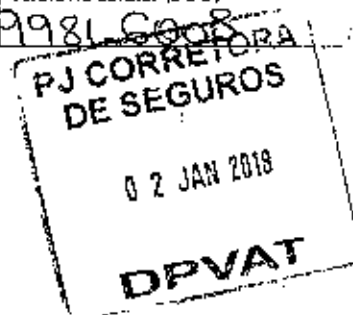
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Getúlio de Setembro</u>		Número <u>244</u>	Complemento <u>Centro</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Elestão Veloso</u>	Estado <u>Pi</u>	CEP <u>64.325-000</u>
Email <u>carladrianasara@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 9443-5001</u>	Telefone celular (DDD) <u>9981-6008</u>

Elestão Veloso, Pi. 16 de Dezembro de 2017
Local e Data

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do proprietário



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ELAN DE OLIVEIRA BEZERRA

RG nº 823161, data de expedição 20/01/2005

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 28743849334, com

domicílio na cidade de MIGUEL LEÃO, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Gamaleira, nº 511,

complemento centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA cujo o condutor era

ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA NXR 160 BROS CSDD

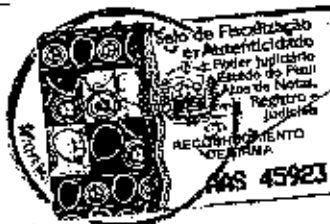
Ano: 2016/2016

Placa: PIQ-5524

Chassi: 9C2KDO8L0GR468884

Data do Acidente: 01.09.2017

Local e Data: Montenhor Gil, Pi 30.10.17



reconheço a firma, por autenticidade

Elan de Oliveira Bezerra
Almir Jonson Barradas Braga

Em testemunho, eu dou fé
em Montenhor Gil (PI) 30 de 10 de 2017

Mariucia Barradas e Carvalho
Escravente Substituta

Assinatura do Declarante

Almir Jonson Barradas Braga

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA		Imp: 01/09/2017 18:17	
Mãe: ANTONIA LUCIA BRAUN BARRADAS BRAGA		(User: TERCIO DANTAS)	
Pai: OSMIR JONSON BARRADAS BRAGA		(Instituição: UPA-SALADESUSSO)	
End. Resid.: QD 05 CASA 05 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI - CEP:	Prontuário: 947		
Nascimento: 19/03/1956	Idade: 21a:6m:14d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99244-6338
Responsável: O MESMO	CNS: 200575229300009		
Profissão:	Documento: RG: 3788749 - SSP PI		
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)		
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 197289	Entrada: 01/09/2017 17:19:35	Convenio: S U S
Motivo de Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	Crânio e Face	Sangramento compressível	Amarelo
Breve História Clínc. Risco: Refere acidente de motocicleta, com trauma capaxete, colisão cabeça no chão, nega síncope. Não se lembra.			

KARLA DANIELLE GOMES DE SOUSA E
COREN/PI 276984

Em: 01/09/2017 17:28:02

Ass. Profissional Clas. Risco:

SSVV:	(Hora:)			
Peso: 50,00 kg	Altura: 0,80 m	IMC: 0,80 Kg/m2	Pulso: 0 bpm	Pressão: 0 mmHg

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE AUTO
APRESENTA LAC
CD: ENCAMINHO PARA CIRURGIA

Diagnóstico Inicial:

Luxação da articulação acromioclavicular

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA COM RECUPERAÇÃO

DATA:

HORA:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT

CIB:
S431

Dr. Tercio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM PI 3034

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA
CRM PI 3034 Em: 01/09/2017 18:17:08



R00.0206.12

HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Almir Jansen Bezerra
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 138361 Amor

Alor

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUP

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Data: 01/09/2017 22:45:19

Usuário: MARCO POULHA

Estação: ACC001

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA		Prontuário: 138961	
Mãe: ANTONIA LUCIA ARAUJO BARRADAS BRAGA	Pai: OSMIR JONSON BRAGA		
End. Resid.: POVOADO CENTRO - ZONA RURAL - MIGUEL LEAO - PI - CEP: 64445-000			
Nascimento: 18/03/1996	Idade: 21a:6m:14d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99595 5061
Responsável: ANTONIA LUCIA ARAUJO BARRADAS BRAGA		CNS: 200575029300009	
Profissão: ESTUDANTE		Documento:	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 623124	Data: 01/09/2017 22:35:05	Condução: IMOBILIZADO / ALAVATA / TESTA CÍADES	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA IMOTO		Convênio: S U S	
Sid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE COM QUEIXA DE DOR E LIMITAÇÃO EM OMBRO DIREITO POR TRAUMATISMO EM "ACIDENTE" DE TRÂNSITO ÀS 13h. EOG:15. TEVE TCE LEVE.		Profissional Clas. Risco: MARCO ANTONIO VIEIRA ROCHA CREM 274043 Em: 01/09/2017 22:49:18	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

LAC grau V ombro	

PA ____ X ____ mmHg Pulso: ____ FC: ____ bpm Temp.: ____

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Internado p/ fto cirurgia	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ : ____	Procedimento: 0408010185	CID: DRVA 593
--------------------------	-------------------	---------------------------------	----------------------

Antônio Azeiteiro Barradas Braga
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Frederico Araújo Leite
Ortopedia e Traumatologia
Clínica da Coluna Vertebral
CRM 2716 TCOR 12489
Assinatura Profissional Médico

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Data: 01/09/2017 22:50:36

MARCOS ROCHA

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA		Prontuário: 138961
Mãe: ANTONIA LUCIA ARAUJO BARRADAS BRAGA		Pai: OSMIR JONSON BRAGA
End. Resid.: POVOADO CENTRO - ZONA RURAL - MIGUEL LEAO - PI - CEP: 64445-000		
Nascimento: 18/03/1996	Idade: 21a:6m:14d	Sexo: Masculino Fone: 86-99395-5061
Responsável: ANTONIA LUCIA ARAUJO BARRADAS BRAGA		CNS: 20057512338808
Profissão: ESTUDANTE		Documento:
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Solteiro(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 623124	Data: 01/09/2017 22:35:05	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

PJ CORRETORA DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT

Carimbo/Assinatura Solicitante

Wanderson Almeida
Médico
SUS - HUT
Contato com Clínica

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE <i>Alvin Jorgeson</i>	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	END. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE		
DATA: <i>01/07/17</i> HORA: <i>17h</i>	HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Diprofona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV					
<i>Dr. Frederico Alvaro Leite</i> Ortopedia e Traumatologia Cirurgia da Coluna Vertebral CRM-PI 27487 REG-12488					

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

02 JAN 2018

DPVAT

Medicamento
S. 01/07/17
Clínica de Urgência

MÉDICO/CRM:

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04/02/22

NOME DO PACIENTE: <u>Alanna Tamarina Bonade</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>138961</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Leucoplasia bucal - displasia</u>	CIRURGIA: <u>Exatomação da lesão</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Raphael Bona</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Raphael Bona</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Danielle</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>8</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	406	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	40	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON		3003					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		2002		CIRCULANTE: <u>12197</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Alvaro Joao Bonfada Braga

Diagnóstico pré-operatório

Lesão de articulação - clavicula @

Operação - Tipo

Reconstrução de lesão de articulação - clavicula @

Cirurgião

Dr. Raphael Bonã

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

04/02/17

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Lesão de articulação - clavicula @

Relatório Imediato do Patologista

|| ||

Acidente Durante a Operação

Sem intercorrências

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia geral, com
posicionamento de cabeça de prumo. Anestesia antisseptica,
desinfecção da articulação acromioclavicular @ e acesso por
plano axilar / visualização da articulação acromioclavicular @
por meio de incisão de articulação acromioclavicular @ / Exatidão
de articulação acromioclavicular @ com uso de Kirschner
húter por plano / Curativo occlusivo com esmalte @
Típica Americana em ambos @

Dr. Raphael Bonã

CRM: 10.111/11.111
TÉCNICO EM ANATOMIA PATOLÓGICA 2485

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE Therese Jansen Bastos Bruns				Nº DE REGISTRO		
DATA 04/9/17	P. ARTERIAL 110/60	PULSO 70	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO PN-DN					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-LITO 500 SANGUE 300 OUTROS 100				Neocain 20 AD - 10 Catrol 10 Citron 10	
TEMPERATURA T	C°				SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL V O PULSO	38				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS				DURAÇÃO 10		
TÉCNICAS Bloqueio de Psoas Duplo				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES Liberação de aneurisma						
CIRURGIÕES Rafael						
ANESTESISTAS Américo						
(assinatura) (assinatura) (assinatura)						
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		

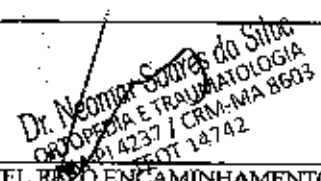
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 8351708	Nº DA REGULAÇÃO: 913
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA	NASCIMENTO: 18/03/1996

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: REFERE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, NÃO USAVA CAPACETE, COLIDIU CABEÇA NO CHÃO, NEGA SÍNCOPE. DOR EM OMBRO D. APRESENTA LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR. ENCAMINHO PARA CIRURGIA.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA:	01/09/2017 20:05:07
 Dr. Neomar Soares da Silva ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-MA 8603 RPPCT 14742 MÉDICO RESPONSÁVEL Pelo ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	


Wanderley
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-MA 8603
 RPPCT 14742
Carimbo com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1870 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 09.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA** (Prontuário: 138961)
Endereço: POVOADO CENTRO - ZONA RURAL - MIGUEL LEAO - PI CEP: 64445-000
Nascimento: 18/03/1996 Idade: 21a:7m:14d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 197385
Requisição: 771832 Solicitação: 04/09/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 958657 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 008

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 04/09/2017

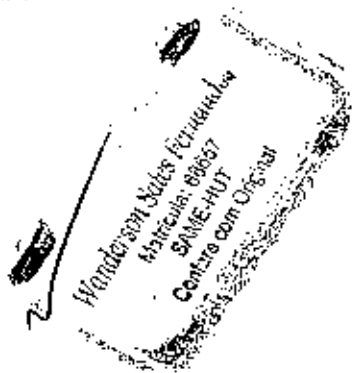
OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Controle de artrodese acrômio-clavicular com presença de fios metálicos.
- Redução mantida.
- Aumento de volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 02/10/2017



CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1828 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.317/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA** (Prontuário: 138961)
 Endereço: POVOADO CENTRO - ZONA RURAL - MIGUEL LEAO - PI CEP: 64445-000
 Nascimento: 18/03/1996 Idade: 21a:7m:14d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 197385
 Requisição: 771832 Solicitação: 04/09/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 958657 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 008

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 04/09/2017

OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Controle de artrodese acrômio-clavicular com presença de fios metálicos.
- Redução mantida.
- Aumento de volume das partes moles.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 02/10/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ALMIR Jonson Barradas Braga

CARTeira de IDENTIDADE

ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA

18/03/1996

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.768.749 DATA DE EMISSÃO 13/07/12

NOME ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA

FILIAÇÃO ANTONIA LUCIA ARAUJO BARRADAS BRAGA

OSMIR JONSON BRAGA

NATURALIDADE AGUA BRANCA-PI DATA DE NASCIMENTO 18/03/1996

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 3118 L 12-A F 144

EXP MIGUEL LEAO-PI

TENENCIA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 29/04/83 - DECRETO Nº 89.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
075.739.093-57

Nome
ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA

Nascimento
18/03/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
2BDC.9D65.738F.97E3

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:19:50 do dia 21/10/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

PI CORRETORA
DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS




Adriana Carla de Sousa Silva
1357344

REPRODUÇÃO DO TÍTULO
CARTÃO DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.651.371 DATA DE EXPIRAÇÃO 11/04/17

NOME ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

FILIAÇÃO MARIA CARMELITA DE SOUSA
JOSÉ MISSIAS DA SILVA

NATURALIDADE REGENERAÇÃO-PI DATA DE NASCIMENTO 30/07/1977

DOC. DIVOLTA CERT. NASC. 19381, L. A38 F. 178

EXP. ELESBÃO VELOSO-PI 22/05/90

849.394.433-53

1357344

LEI Nº 7.118 DE 28/06/83 - DECRETO Nº 62.260/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013029455121
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 01094071070 R.N.T.R.C. 2017

ELON DE OLIVEIRA BEZERRA

CNPJ 28743849334 PLACA PTO-5525

PLACA ANT. 9C2KD0810GR468884

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO DE NENHUMA COMBUSTIVEL ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO HONDA/NXR160-BROS-ESDD ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016

CAP. / POT. / CIL 02P/0162CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 IOP (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO 13/07/2017

OBSERVAÇÕES A/FED. ADMINISTRADORA DE CONS. NAC. EON DA

LOCAL TERESINA DATA 13/07/2017

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

PI Nº 013029455121 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/07/2017

VIA 1 CDD. RENAVAM 01094071070 R.N.T.R.C. 2017

MARCA / MODELO HONDA/NXR160-BROS-ESDD

ANO FAB. 2016 COTA ÚNICA 9C2KD0810GR468884

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 000,00 DENATRAN (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOP (R\$) 000,00 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 185,50

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 13/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.609/0001-04

JUT

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
02 JAN 2018
DPVAT

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA** Sinistro: **3180016145** Data: **01/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **LOCALIDADE CENTRO, SN - RURAL - Miguel Leão - PI - CEP 64445-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3768749**

Data local do exame: [**22/01/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITO. VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, (ADM EM 60º) ELEVÇÃO (ADM EM 50º) E ADUÇÃO (ADM EM 20º) DO OMBRO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEQUELA FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
OMBRO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180016145 **Cidade:** Miguel Leão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA **Data do acidente:** 01/09/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Luxação acrômio clavicular a direita submetida a tratamento cirúrgico com presença de fios metálicos

Resultados terapêuticos: Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

Sequelas permanentes: Debilidade permanente funcional de ombro direito

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: Dano moderado funcional de ombro direito

Documentos complementares:

Observações: Indenizado com base em documentação médica.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180016145 **Cidade:** Miguel Leão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA **Data do acidente:** 01/09/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO (ADM EM 90°), ELEVAÇÃO (ADM EM 90°) E ADUÇÃO (ADM EM 20°) DO OMBRO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

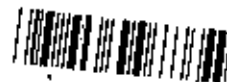
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA BRASILEIRO (a) ESTADO CIVIL SOLTEIRO PROFISSÃO LAVRADOR CI RGN. n.º 3768749 CPF/ MF N.º 075739093-57 RESIDENTE E DOMILIADO (a) A RUA POV. CENTRO S/N Zona Rural CIDADE DE MIGUEL LEAO - PIAUI ESTADO PIAUÍ CEP 6444500

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF N.º 849.904.433-53 E RG SOB N.º 1.651.971 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO N.º 244 BAIRRO CENTRO NA CIDADE DE ELIZABO VELOSO ESTADO DO PIAUÍ-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susap.

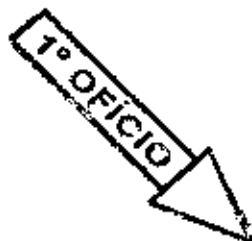
OBS.: É da responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Montesheres qd 30 de setembro de 20

PJ CORRETORA DE SEGUROS

02 JAN 2018

PRVAT



Almir Jonson Barradas Braga

OUTORGANTE

testemunho a firma. por autenticidade
Almir Jonson Bar-
radas Braga

Em testemunho. Just dou fº
Montesheres Gil (PI) 30 de 10 de 2017
Mariucia Barradas e Carvalho
Escrivente Substituta

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA**

Nº Sinistro: **3180016145**

Vitima: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA**

Data do Acidente: **01/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180016145**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12209662



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA**

Sinistro: **3180016145**
Vítima: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA**
Data do Acidente: **01/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180016145** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12294628

A/C: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA

Nº Sinistro: 3180016145
Vítima: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA
Data do Acidente: 01/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000405-7**

Conta: **00000590543-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Autorização de pagamento



Administradora do Seguro DPVAT



RTIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
INFORMAÇÕES CADASTRAS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

075.739.093-57

Nome completo da vítima

Alma Jonson Barnadas Braga

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alma Jonson Barnadas Braga		CPF titular da conta 075.739.093-57	Profissão Lavrador
Endereço Localidade Centro		Número 517	Complemento Zona Rural
Bairro Zona Rural	Cidade Miguel Leão	Estado Piauí	CEP 64.455-000
Email Recusou-se		Telefone (DDD) (86)9402-2764	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BRASESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0405 D/V 7 CONTA NRO. 0590543 D/V 5
(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Miguel Leão 23 de novembro de 2017

Local e Data

Alma Jonson Barnadas Braga

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

23 CONHECIMENTO DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

02 JAN 2018

DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Almir Jansen Barnadas Braga, portador da carteira de identidade nº 3.768.749 e inscrito no CPF/ME sob o nº 035.739.093-57, residente e domiciliado na localidade Centro SIN zona rural Cidade Miguel Leão, Estado Piauí, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

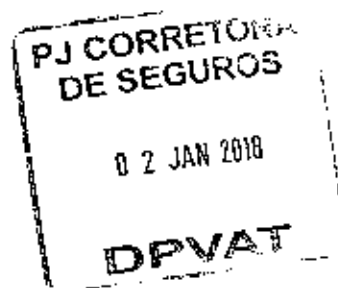
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Almir Jansen Barnadas Braga

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Miguel Leão Pi 23.11.2017

Local e data





17.577.205/0015-32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III CEP 64.082-110
Teresina - PI

Comprovação de ato declara



ATS Dte

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

S43.1

Da Unidade UPA	Para Unidade HUT/HAM
Paciente Alma Jansen Braga	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
Paciente com queda de rosto e apresentando LAC (V).	
HD. LAC (V)	Dr. Tércio Dantas Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3222
Data 07/09/17	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para Unidade PJ CORRETORA DE SEGUROS
DIAGNÓSTICO	
0-2 JAN 2018 DPVAT Wanderley dos Santos Silva Partido PPS SANTANA Município de Teresina	
Data	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	24/01/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALMIR JONSON BARRADAS BRAGA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00405-7

CONTA: 000000590543-5

Nr. Autenticação

BRABESCO2401201805000000000023700405000000590543168750 PAGO

COMPANHIA ENERGIA DO PIAU
Av. Maranhão 750 - Centro - Teresina - PI
CEP: 64.062-900
Fone: (0800) 724.0001 - 0800 724.0002
Site: www.cepia.com.br

Nº da Nota Fiscal: 000024745

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEF foi anexada ao nº 10.478 de 26 de abril de 2017

SETEMBRO/2017 11/09/2017 170 84,43

OSNIR JONSON BRAGA
LC CENTRO S/N B-RURAL
CPF: 0006534133349
CEP: 64.445-000 - MIGUEL LEAO

ROT: 83.406.03.03.006140

CONTAS DE CREDITO		CONTAS DE CREDITO	
Ativo	10641	Ativo	01/09/2017
Capacidade	10471	Ativo	02/08/2017
Consumo de Energia Elétrica	1,000	Ativo	03/10/2017
Consumo de Energia Elétrica	170	Ativo	01/09/2017
Consumo de Energia Elétrica	170	Ativo	01/09/2017
NORMAL		30	

Comprovante de residencia



EXIBIÇÃO DE SUBSIDIÁRIO CONSUMIDOR

Classe/Segmento	Uso	Subsidiário	Fonte	Código	Mês 12 meses
RESID. B.X. RENDA	MONO	A696771		1.4.1.1	126

DEBITOS		CREDITOS	
AGO/17	150	CONSUMO	30 A R\$ 0,212990 = 6,38
JUL/17	162		70 A R\$ 0,365120 = 25,55
JUN/17	149		70 A R\$ 0,547693 = 38,33
MAI/17	139	DIFERENÇA DE TARIFA	35,20
ABR/17	142	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	26,50
MAR/17	165	MULTA POR ATRASO (2X)	2,44
FEV/17	144	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	3,03
JAN/17	113	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,07
DEZ/16	57	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,28
NOV/16	77		
TABELA SEM TRIBUTOS:			
0 A 100	- 0,100000		
101 A 100	- 0,100000		
101 A 100	- 0,100000		

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
08/2017	66,62	Unidade creditada de acordo com o fornecimento de energia elétrica e valor de 10,00 de acordo com o valor histórico de consumo de energia elétrica. Informamos ainda a existência de créditos a serem utilizados no valor de 10,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor reconsiderar este aviso.

RESUMIDO AO FISCO		RESUMIDO AO FISCO	
Composição da Conta	28,79	Composição da Conta	105,46
Imposto	35,32	Imposto	20,00%
Imposto	4,26	Imposto	21,00%
Imposto	10,98	Imposto	0,89
Imposto	26,11	Imposto	4,13

6,87	13,74	27,48	3,92	7,85	15,70	3,97
0,00			0,00			0,00

- SAO PEDRO DO PIAU 07/2017 25,44

ROT: 83.406.03.03.006140

Eletrobras
Distribuição Piau

COMPANHIA ENERGIA DO PIAU
Av. Maranhão 750 - Centro - Teresina - PI
CEP: 64.062-900 Fone: (0800) 724.0001 - 0800 724.0002

SEU NÚMERO	0539877-0	TOTAL A PAGAR - R\$	84,43
MÊS FATURADO	09/2017	VENCIMENTO	11/09/2017
Nº da Nota Fiscal	000024745	ECAM	

826700000000 E 044700000000

PJ CORRETORA DE SEGUROS
02 JAN 2018
DPVAT