

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.040.748/0001-49 (Insc. Estadual 19.301.383-0)
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica - Válido 8-1
Empresa especial de prestação autorizada pela ANEEL 06/98

Nº da Nota Fiscal: 015692591

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	04/01/2019	97	97,73

VALDECI DA SILVA ARAUJO
R. PE SIMPLICIANO 244 1548 CENTRO
CPF: 00036169935391
CEP: 64.120-000 - UNIAO

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	18172	Atual:	28/12/2018
Anterior:	18075	Anterior:	29/11/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	28/01/2019
Consumo Medido:	97	Encerrado:	27/12/2018
Consumo Faturado:	97	Apresentação:	28/12/2018
NORMA		29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Rel.
RESIDENCIAL	MONO	4128313		1.1.1.1
				172

HISTÓRICO AWS	DESCRIÇÃO DA CONTA	
NOV/18 0	CONSUMO 97 A R\$ 0,88642 =	86,19
OUT/18 23	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	10,61
SET/18 12	CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00	0,21
AGO/18 82	MULTA POR ATRASO 10/18-00	
JUL/18 221	JUROS POR ATRASO 10/18-00	
JUN/18 224	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,03	
MAI/18 234		
ABR/18 204		
MAR/18 234		
FEV/18 249		
TARIFA SEM TRIBUTOS		
0 A 71 - 0,619100		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR
ME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVA DO FISCO 644A.23F7.41E8.4293.3EBD.3510.7A79.2F75

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	17,16	Base de Cálculo:	86,19
Energia:	32,60	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,12	Valor do ICMS:	18,96
Encargos:	5,19	Valor do PIS:	1,27
Tributos:	26,12	Valor do COFINS:	5,89

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Índice de Continuidade	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
Índice de Qualidade	0,00		0,00			0,00	

UNIAO 10/2018 8,75

Eletrobras Distribuição Piauí		SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
		0873552-2	97,73
		MÊS FATURADO	VENCIMENTO
		12/2018	04/01/2019
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI CNPJ 06.040.748/0001-49 (Insc. Estadual 19.301.383-0)		Nº da Nota Fiscal: 015692591	FCAN

83650000000 2 97730017000 7 000000000873 0 55221218008 7



SEQ.: 00121 UC: 0873552-2 DT. LEIT.: 28/12/2018 T. ENTR.: 03
LEITURA: 18172 NORMA: TOTAL: 97,73 CARGA: 000
DT. VENC.: 04/01/2019 INREG.: UNO COLETOR: 7512



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0920963-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.940.749/0001-09 | Insc. Estadual 15.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Registro Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 06/06

Nº da Nota Fiscal 314835811

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	18/12/2018	130	126,11

MARIA JOSE DOS SANTOS SILVA
LC SAO FELIPE S/N B-RURAL
CPF: 00035413301391
CEP: 64.120-000 - LINIAO

DADOS DA LEITURA		DADOS DA CONTAGEM	
Atual:	1850	Atual:	11/12/2018
Anterior:	1720	Anterior:	12/11/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/01/2019
Consumo Medidor:	130	Emissão:	10/12/2018
Consumo Faturado:	130	Apresentação:	11/12/2018
NORMAL		29	

Class/Subclass	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fis.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2041613		1.1.1.1	142

HISTÓRICO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
NOV/18	154	CONSUMO 130 A R\$ 0,8527 =	109,00
OUT/18	232	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CDSIF)	13,67
SET/18	129	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-10	0,52
AGO/18	195	MULTA POR ATRASO 11/18-00	2,58
JUL/18	40	JUROS POR ATRASO 11/18-00	0,34
JUN/18	127	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,80
MAI/18	103		
ABR/18	100		
MAR/18	109		
FEV/18	211		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 130 - 0,584256

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE: 02/12/2018. CONFOR
ME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 10/12/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESTRINGIDO AO REPO E64A.20C2.68C0.28EF.2AF5.F491.B5D3.B89E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		PRODUTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	21,68	Base de Cálculos:	109,00
Energia:	41,23	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	6,48	Valor do ICMS:	23,98
Encargos:	6,57	Valor do PIS:	1,61
Tributos:	33,04	Valor do COFINS:	7,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
0,00			0,00			0,00
LINIAO		10/2018		67,66		



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.940.749/0001-09 | Insc. Estadual 15.301.383-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0920963-8	126,11
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
12/2018	18/12/2018
Nº da Nota Fiscal: 314835811	FCAM

83610000001 4 26110017000 8 00000000920 9 96381218008 0

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 MARCON JACKSON SILVA DE CASTRO inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.077.223-00,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 006.659.371-99, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.659.371-99, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

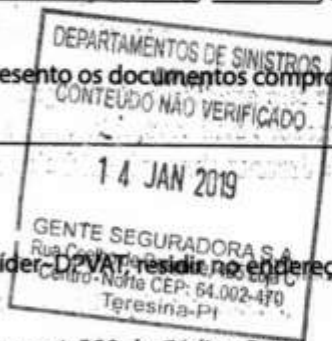
☒ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

☒ 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>LOC. SÃO FELIPE</u>		Número	Complemento
Bairro: <u>ZONA RURAL</u>	Cidade: <u>UNIAO</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64.120.000</u>
Email:		Telefone comercial (DDD):	Telefone celular (DDD): <u>(86) 99500-5512</u>

UNIAO-PI, 14 de JANEIRO de 2019

Local e Data

Marcon Jackson Silva de Castro
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VALDECI DA SILVA ARAÚJO,

RG nº 1.092.490, data de expedição 07/03/13,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 361.699.353-91, com

domicílio na cidade de UNIAO, no Estado de

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

R. PE SIMPLICIANO B. CENTRO, nº 244,

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 MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO, cujo o condutor era

MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESDE

Ano: 2013/2014

Placa: OVY 4830

Chassi: 9C2KC1680ER470440

Data do Acidente: 14-12-2017

Local e Data: UNIAO-PI 14-01-2019

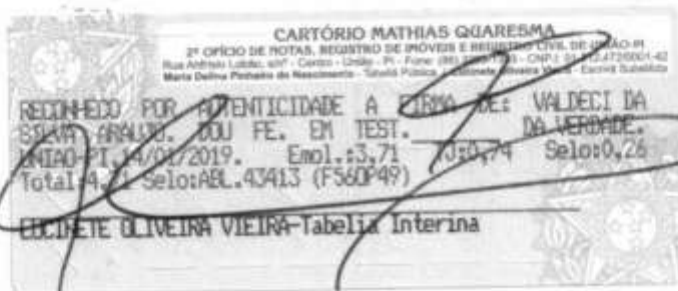


Valdeci da Silva Araújo
Assinatura do Declarante



Marcos Antonio Lopes de Araújo

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



20

Transferido 9:00

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: 0000086292

SERVIDOR: OSMARINA

DATA: 24/12/2017

HORA: 22:18:00

01. DADOS DO PACIENTE

NOME: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

DATA NASCIMENTO 14/05/1976

IDADE: 41 ANO(S) SEXO: M

NOME DA MÃE: VALDECI DA SILVA ARAUJO

CNS: 898 0037 3900 38 57

RG: 3719366

CONTATO 99613418

ENDEREÇO: RUA PADRE SIMPLICIANO N-244

CEP:

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: UNIÃO

UF: PI

FORMA DE ENCAMINHAMENTO: SAMU

DEMANDA ESPONTÂNEA

CENTRO DE SAÚDE

SAMU

PM

BOMBEIROS

OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MOTIVO DA PROCURA: ACIDENTE

TRAUMA:

CLÍNICO:

PEDIATRIA

S.V. S FC:

PA: QRLabel SAT.02:

T:

DOR:

ECG:

GLICEMIA

PESO:

ALTURA:

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 12-01-18

Assinatura

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

VERMELHO

LARANJA

AMARELO

VERDE

AZUL

HORÁRIO:

ENFERMEIRO(A):

CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO:

Pte vítima de trauma motociclístico, ECG: 45,
com lesões inscricivas em corpo. Referendo dor no abdômen
Pte com movimentos preservados

04. EXAMES COMPLEMENTARES:

LABORATORIAL

RX

US

05. AGNÓSTICO:

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA:

① Dipirone - 1000mg IM aq. 1
② Dexametasona - 1000mg IM aq. 1

07. CONDUTA

ALTA

ÓBITO

EVASÃO

TRANSFERIDO PARA

INTERNAÇÃO

OUTRA UNIDADE

CENTRO DE SAÚDE

HORA SAÍDA:

URGÊNCIA

EMERGÊNCIA

NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM:

ENFERMEIRO/COREN:

PACIENTE:

MÉDICO/CRM:

ENFERMEIRO/COREN:

MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

CRM-PI 633-30

CONSELHO

Valdeci da Silva Araújo

Pequeno ferimento impupial em mucosa de lábio superior,
sem necessidade de sutura.

Observe-se

Ana Maria Carvalho de Coutinho
Técnica Especializada em
Cobrança de Sinistros
25.00

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente **Marcos Antonio Lopes de Araújo** deu entrada neste hospital no dia 24 dezembro de 2017, às 22h18min, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo chegou ao hospital socorrido na ambulância do SAMU.

União (PI), 12 janeiro de 2018.



Antonia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva

Servidora do HMU.

ORGANIAS PAGUE MENOS
CNPJ: 11.504.707/0001-00

cielo

HOSPITAL SÃO MARCOS

DOC: 162542

VALOR:



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rosende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 54.002-470
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Marco Antonio Lopes de Azevedo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 463375

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".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 85 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

OTOPOLIN
NEXED
C12. GERAL →
SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: **MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO** Prontuário: **463375**
Mãe: **VALDECI DA SILVA ARAUJO** Pai: **JOSE RIBAMAR LOPES DE ARAUJO**
End. Resid.: **RUA PADRE SIMPLICIANO - CENTRO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000**
Nascimento: **14/06/1976** Idade: **41a:6m:11d** Sexo: **Masculino** Fone: **86-98808-3736**
Responsável: **JOSE RIBAMAR** CNIS: **898003739003857**
Profissão: **COMERCIANTE** CPF: **-** RG: **3719366 - SSP PI**
G. Instrução: **Não informado** E. Civil: **Solteiro(a)**
End. Local: **-**

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: **642993** Data: **25/12/2017 03:23:15** Condução: **AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR**
Tipo da Procura: **ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)** Convênio: **S U 3**
Acid. Trab.: **Não** Trajeto?: **Não** Típico: **Não** CID Secundário: **V299**

ADOS CLÍNICOS:

Distúrbio de consciência em motocicleta há cerca de 2h por acidente
via aérea permeável e sem secreções, al. pulmonar
muito br. a. RA. FR: 18 SatO2 93%
EE 2T. a/s. pulso doloroso a punção, abd. doloroso
Abdom. IS. pupila reativas e homolaterais
Dor em coto O, w. Imunidade de mobilidade

PA ☒ X ☐ anág Pulso: **100** bpm Temp.: **36.5**
Diagnóstico Inicial: **Distúrbio de consciência** **522.5**

ONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de pulso, coto O (2 unidades)
US de Abdômen

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RAIO-X REALIZADO

DATA: **25/12/2017**

ALTA: ☐ Melhorado ☐ Admin. Inter. ☐ Retorno a Unidade ☐ Transferência
☐ Curado ☐ For. Indicação ☐ CRAM 5733
☐ Vencido ☐ For. Exatão ☐ CREMEC-16377

DATA SAÍDA: **/ /** HORA: **:**

DESTINO: ☐ Família ☐ IM ☐ Anat. Patol.
☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs

Proced. Solicitado: **Internação na Unidade**

CID Compatível: **S33.4** Prof. Solicitante: **0408040025**
Internação: **Prof. Solicitante**

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Jesus Torres de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
(Médico do Trabalho)
Carimbo: Assinaturas - FOL 4633
CRM-PI: 75 - FOL 4633



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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 25/12/2017 03:26:05
(FOLLE)

Nome: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO		Prontuário: 463375
Mãe: VALDECI DA SILVA ARAUJO	Pai: JOSE RIBAMAR LOPES DE ARAUJO	
End. Resid.: RUA PADRE SIMPLICIANO - CENTRO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento: 14/06/1976	Idade: 41a:6m:11d	Sexo: Masculino Fone: 86-98808-3736
Responsável: JOSE RIBAMAR	CNS: 898003739003857	
Profissão: COMERCIANTE	Documento: CPF:	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local:		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 642993	Data: 25/12/2017 03:23:15	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 25/12/17 03:32 ESPECIALISTA: *Dr. Lofredo*
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Paciente vítima de acidente no trânsito por excesso de velocidade de cerca de 100 km/h com perda de controle da moto e queda com lesões de cabeça e membros superiores. Realizado exame de imagem de cabeça e pescoço com laudo de fratura de corpo de C6 e C7. Remanescente de exame de imagem de cabeça e pescoço.*
(2) O Exame de imagem de cabeça e pescoço após o acidente, realizado.

DADOS DO PARECER: Data/Hora: *1 de janeiro de 2018* Carimbo/Assinatura Solicitante

Dr. Lofredo
CRM-PI 6474

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 25/12/17 4:40 ESPECIALISTA: *Dr. Lofredo*
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Paciente vítima de acidente de trânsito por excesso de velocidade de cerca de 100 km/h com perda de controle da moto e queda com lesões de cabeça e membros superiores. Realizado exame de imagem de cabeça e pescoço com laudo de fratura de corpo de C6 e C7. Remanescente de exame de imagem de cabeça e pescoço.*

José Wilson Bezerra do Nascimento

MÉDICO
CRM-PI 5733
CREMEC-16377

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: *1 de janeiro de 2018*

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTRLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 25/12/17 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: Dr. José do Rocha Furtado MUNICÍPIO: União

MEDICO: Artelle Aguiar Nogueira CRM: 6523 PI

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Marco Antonio Lopes de Araújo

Data de Nascimento: 14/06/76 Idade: 41 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: 898 0037 3900 2054

Município de Procedência: União PI

HDA: Pete previamente ligada da entrada uterina
de acidente motoricístico (moto-carro colisão frontal)
com exortios leves + dorralgia. Ao Rx de pelve:
luxação de Síntese Púbica CID: _____

ESCALA DE GLASSGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- (X) Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (X) Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- (X) Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

SINAIS VITAIS

Tem: 36,5 °C P: 72 bpm R: 18 mm PA: 130x80 mmHg Sat O₂: 98% Glicemia: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa Dexametasona + Dipheno +
() Aspiração () Medicação (especificar) Sutura (para equito)
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Rx de pelve

Artelle Nogueira

CRM-PI 6523
CPF: 013

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clinica: Artelle A. Nogueira

MÉDICA
CRM-PI 6523 / CRM-MA 9199
CPF: 013.438.263-30

Senha: _____

25.12.2017 002

NOME DO PACIENTE <u>MARCOS AUGUSTO LOPES DE ARAUJO</u>	PRONTUÁRIO <u>463375</u>	D. NASCIMENTO <u>14.06.1926</u>	CLÍNICA <u>Ontor</u>	ENK ou APT. <u>237</u>	LEITO <u>254</u>
DIAGNÓSTICO ATUAL/COMORBIDADES <u>Sx. púrpura trombocitopênica</u>	MARCA <u>44</u>	MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE			
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: <u>28/12/17</u> HORA: <u>16:00</u>	OBSERVAÇÕES				
1) <u>Dor de cabeça</u>	10:30 Consciente, orientado, físico e respiração Buena de dor. Exame físico ao P-11				
2) <u>Sforço = 5000 / ml (f)</u>	Elaine Araújo Torres Enfermeira COREN-PI: 458.055				
3) <u>Exatidão 10 + 40 p e 60 c</u>	10:50 Paciente admitido procedente do Posto 1 com dispneia de início súbita, consciente, orientado, físico. Nega outros sintomas clínicos e alergia a medicamentos. Repetir				
4) <u>Tremor 100 x 100 - 10 e 8/10 SPT</u>	Indimila 300 mg Enfermeira COREN-PI: 442433				
5) <u>D. físico - 2.000 + 40 - 60 c SW 1900</u>					
6) <u>Sx v 60 c</u>					
7) <u>1/cholesterol</u>					
8) <u>(1000)</u>					
9) <u>1000</u>					
10) <u>1000</u>					
11) <u>1000</u>					
12) <u>1000</u>					
13) <u>1000</u>					
14) <u>1000</u>					
15) <u>1000</u>					
16) <u>1000</u>					
17) <u>1000</u>					
18) <u>1000</u>					
19) <u>1000</u>					
20) <u>1000</u>					
21) <u>1000</u>					
22) <u>1000</u>					
23) <u>1000</u>					
24) <u>1000</u>					
25) <u>1000</u>					
26) <u>1000</u>					
27) <u>1000</u>					
28) <u>1000</u>					
29) <u>1000</u>					
30) <u>1000</u>					
31) <u>1000</u>					
32) <u>1000</u>					
33) <u>1000</u>					
34) <u>1000</u>					
35) <u>1000</u>					
36) <u>1000</u>					
37) <u>1000</u>					
38) <u>1000</u>					
39) <u>1000</u>					
40) <u>1000</u>					
41) <u>1000</u>					
42) <u>1000</u>					
43) <u>1000</u>					
44) <u>1000</u>					
45) <u>1000</u>					
46) <u>1000</u>					
47) <u>1000</u>					
48) <u>1000</u>					
49) <u>1000</u>					
50) <u>1000</u>					
51) <u>1000</u>					
52) <u>1000</u>					
53) <u>1000</u>					
54) <u>1000</u>					
55) <u>1000</u>					
56) <u>1000</u>					
57) <u>1000</u>					
58) <u>1000</u>					
59) <u>1000</u>					
60) <u>1000</u>					
61) <u>1000</u>					
62) <u>1000</u>					
63) <u>1000</u>					
64) <u>1000</u>					
65) <u>1000</u>					
66) <u>1000</u>					
67) <u>1000</u>					
68) <u>1000</u>					
69) <u>1000</u>					
70) <u>1000</u>					
71) <u>1000</u>					
72) <u>1000</u>					
73) <u>1000</u>					
74) <u>1000</u>					
75) <u>1000</u>					
76) <u>1000</u>					
77) <u>1000</u>					
78) <u>1000</u>					
79) <u>1000</u>					
80) <u>1000</u>					
81) <u>1000</u>					
82) <u>1000</u>					
83) <u>1000</u>					
84) <u>1000</u>					
85) <u>1000</u>					
86) <u>1000</u>					
87) <u>1000</u>					
88) <u>1000</u>					
89) <u>1000</u>					
90) <u>1000</u>					
91) <u>1000</u>					
92) <u>1000</u>					
93) <u>1000</u>					
94) <u>1000</u>					
95) <u>1000</u>					
96) <u>1000</u>					
97) <u>1000</u>					
98) <u>1000</u>					
99) <u>1000</u>					
100) <u>1000</u>					

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MÉDICO/CRM:



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IRGENCIA DE TERESINA - HUT

1. JSPH, 4 DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MADEOS AURELIO AM		Ortopédica	237	254	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
28	Pósop # Pteu	OBSERVAÇÕES			
12		HORÁRIOS			
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO	11:40' Paciente metida			
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN	do e e em poi de disun			
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H	eão do anal pelvico			
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H	Tallina			
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H	Cód. 2000			
6	FILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12 H				
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8 H SN				
8	CURATIVO				
9	CCGG + SSV				
	Univile 000 v1 sc 12/124				
	Up valthol				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Rocha, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

LAO-124
1000-1005
1000-1005
1000-1005
1000-1005

OS - OPERATOR - SRPA

USUÁRIO: [] [] [] [] [] EMERGENCIA PED. GEM [] PED [] NEURO [] GERAL [] [] [] QUEIM. CLINICA: [] PED [] TORT [] NEU [] CIR [] MÉD.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Sousa, 465 Lota C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

09
SS. 1-7-77 James Brito
INFORMATION -
CONFIDENTIAL

1ª Avenida José de Brito
INTERMEX
CORRE-PI 200517

Kurita Institute, Inc. 11-1-1
MEDICAL
M-PI 6024
ANALYSIS SOCIETY

297 | 252

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE

Marcelo Antonio Lopes de Araújo

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

Data Verde - Obstrução - 7:30h

PRONTUÁRIO

B. NASCIMENTO

CLÍNICA

ENF. ou APT.

LEITO

ALERGIAS

MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

DATA: 25/12/17 HORA: 6:00h

- 1 - Dieta geral 3000 kcal
- 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h suspensa
- 3 - Dipirona 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
- 8 - 50% 1000ml @ 14 gotas/min
9. Oxalotina 1g + 100ml @ 14 gotas/min

11

Consumo de bebida alcoólica

transcorreu a noite tranquila

Sala verde, internado

pl. Ortopedia 730L

Prof. Rocio Rego

06:00h Funcionário HUP

EM MSO, com 101001-18

Rocio Rego

CRP 090.991.912

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

Jose Ferreira Neto

CRP 090.991.912

H	PA	T	P	R
12	120	70	100	
18				
24				
06				

MÉDICO/CRM:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 39046

AIH: 2217102521733

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898003739003837	MARCOS ANTONIO LOTES DE ARAUJO	14/06/1976	M	463375
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	88880887755	VALDECI DA SILVA ARAUJO	JOSE RUBAMAR	
CEF	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NÚMERO / LOTE		
64120000		SN		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
CENTRO		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE DE 41 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA (COLISÃO MOTO COM CARRO) COM ESCORIAÇÕES LEVES, AO RAIO X LUXAÇÃO DE SINFISE PÚBICA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X - EXAME FÍSICO - TC DE ABDOME

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S324 - RUPTURA TRAUMÁTICA DO SÍMFISE PÚBICA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COM/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0403040025 - ARTRODESE DA SINFISE PÚBICA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRA/UMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

25/12/2017

FABIO MARCOS DE SOUSA
CPF: 88852470763

DATA ADMISSÃO

25/12/2017 08:25

DATA ALTA

30/12/2017 13:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO



CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
JOSE DE RUBEN ALVES SANTOS FILHO CPF: 212.064.330-03	TERESINA, 14 DE JAN DE 2019 CPF: 88852470763

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28 / 12 / 2017

NOME DO PACIENTE: MARIAS ANTONIO JONES DE ARAUJO PRONTUÁRIO Nº: 463375

DIAGNÓSTICO: DISFUNÇÃO DO ANEL PELODICO

ANESTESIA: RAQUE

CIRURGIA: TIO DEFEITO DE ASSOCIAÇÃO DEPE

CIRURGIÃO: Dr. LAD - TSE

Nº DA SA 05

AUXILIAR: Dr. LAERTE (21)

CPF Nº

ANESTESIA: Dr. ALDO

CPF Nº

INSTRUMENTADORA:

JACKSONY

CPF Nº

CPF Nº

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 20-24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 405	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 70	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	70		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	08		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	40		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL Nº 16	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	01		REJEDE SIST. FECHADO	UNID.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA KIOS EGI	UNID.	01	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	-			ELETRODOS	UNID.	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG	-			LÁTEX	UNID.	02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG	-						
CAT. GUT. CROMADO S/AG	-						
ALCOFIL	-						
MONONYLON	2-0	-11-	02				
FITA UMBILICAL	-						
VICRYL	0	-11-	03				
PROLENE	-						

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

ENFERMEIRA

CIRCULANTE

FABRICA LUCIANA



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

MARCOS ANTÔNIO LOPES DE ARAÚJO

Diagnóstico pré-operatório

DISJUNÇÃO DO ANTEPERÍNEO

Operação - Tipo

INTUBAÇÃO DE RIMPE PUÍCU

Cirurgião

Dr. LEO TSE

1º Assistente

Dr. LAERTHE

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

JACKSONY

Anestesiado

Dr. ALDO

Anestesia

RAQUO

Anestésico(s)

Data da Operação

28/12/2017

Início

7:30

Fim

8:45

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- (1) MM (2) ASSÉRIA (3) CRUPOS
- (4) PULSO PULMONAR (5) PULSAÇÃO DE
- PULSAÇÃO GRANDE DE PULSAÇÃO DOS VETOR
- (6) PULSAÇÃO DE PULSAÇÃO PULSAÇÃO (7) PULSAÇÃO
- (8) PULSAÇÃO

Leo Tse
HISTÓLOGO
CENTRO CIRÚRGICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rosendo, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 39046

AMH: 2217102521733

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

898063719007857

NOME DO PACIENTE

MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

NASCIMENTO

14/06/1976

SEXO

M

PRONTUÁRIO

463375

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

MARCOS LOPES

VALDECI DA SILVA ARAUJO

RESPONSÁVEL

JOSE RIBAMAR

CEP

6412000

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

S/N

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

CENTRO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE DE 41 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA (COLISÃO MOTO COM CARRO) COM ESCORIAÇÕES LEVES AO RAIOS X LUXAÇÃO DE SÍNFISE PÚBLICA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X- EXAME FÍSICO - TC DE ABDOME

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S274 - RUPÇÃO TRAUMÁTICA DA SÍNFISE PÚBLICA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS DE MORTE

CID 10 CAUSAS DE MORTE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408040234 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA LUXAÇÃO FRATURALUXAÇÃO DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO

LEITO-CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

24/12/2017

FABIO MARCOS DE SOUSA

CPF: 898063719007857

DATA ADMISSÃO

24/12/2017 08:23

DATA ALTA

30/12/2017 10:08

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

FABIO DOS SANTOS MARCOS

CPF: 898063719007857

ASSIN

TÍTULOS ASSINADO: 01/01/2018 20:11:29

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 1055, Loja C
Centro - Teresina - PI, 64.002-470
Teresina-PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA	28/12/17	PORTAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA				DOS. URÉIA	
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	
SISTEMA DIGESTIVO				BRONQUITE	
ESTADO MENTAL				SISTEMA URINÁRIO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				CORTICOIDES	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				ATARÁXICOS	
				FÍSICOS	
				EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500			
		SANGUE 300			
		OUTROS 100			
TEMPERATURA T		35			
P. ARTERIAL		280			
V. O. PULSO		240			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		2			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		200			
RESPIRAÇÃO		180			
		160			
		140			
		120			
		100			
		80			
		60			
		40			
		20			
		10			
SÍMBOLOS				DURAÇÃO	
TÉCNICAS				ACIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
PARTICULARIDADES					



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO** (Prontuário: 463375)
Endereço: RUA PADRE SIMPLICIANO - CENTRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 14/06/1976 Idade: 41a 6m 11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 642993
Requisição: 801141 Solicitação: 25/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 992994 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 25/12/2017

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E PELVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- AUMENTO E DENSIFICAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO INGUINAL DIREITA E ASSOALHO PÉLVICO.
- ALARGAMENTO DO ESPAÇO ARTICULAR DA SÍNFISE PÚBICA.
- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA.
- AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/12/2017



LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

Assinatura do Médico (F. de Sousa)
MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO
SAMBUT
Centro de Diagnóstico

K



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO** (Prontuário: 463375)
Endereço: RUA PADRE SIMPLICIANO - CENTRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 14/06/1976 Idade: 41a:7m:14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 642993
Requisição: 801151 Solicitação: 25/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 993004 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 25/12/2017

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- DIASTASE PÚBLICA.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável



[Handwritten signature and notes]



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1810 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO** (Prontuário: 463375)
Endereço: RUA PADRE SIMPLICIANO - CENTRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 14/06/1976 Idade: 41a.7m:14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 642993
Requisição: 801151 Solicitação: 25/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 993005 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 25/12/2017

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



[Handwritten signature and stamp]

**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO** (Prontuário: 463375)
Endereço: RUA PADRE SIMPLICIANO - CENTRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 14/06/1976 Idade: 41a:7m:14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 642993
Requisição: 801151 Solicitação: 25/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 993006 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 25/12/2017

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Assinatura do Médico
Assinatura do
Assinatura do
Assinatura do

Ve

**CENTRO INTEGRADO DE SAUDE LINEU ARAUJO**

Rua Magalhães Filho, 152 - Su Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO** (Prontuário: 374623)
Endereço: RUA PE SIMPLICIANO CS 44 - CENTRO - UNIAO - PI CEP: -
Nascimento: 14/06/1976 Idade: 41a:7m:12d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0
Requisição: 105978 Solicitação: 16/01/2018 Solicitante: YURI FELIX
Controle: 125647 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 16/01/2018

BACIA UMA INCIDÊNCIA

Articulações fêmoro-acetabulares de aspecto normal.

Placa e parafusos metálicos de fixação na sínfise púbica.

Partes moles sem particularidades.

(MARIA DAS NEVES)

TERESINA - PI 26/01/2018

LEONARDO DO REGO MOTTA VELOSO.

CRM: 3013- PI

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO** (Prontuário: 463375)
Endereço: RUA PADRE SIMPLICIANO - CENTRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 14/06/1976 Idade: 41a:8m:23d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 204902
Requisição: 802108 Solicitação: 28/12/2017 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 994085 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 237 LEITO 254

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 28/12/2017

BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA.
os seguintes aspectos observados:

- Artrodese na sínfise púbica com presença de placa e parafusos metálicos.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 06/02/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Handwritten signature and notes:
Solicitação de laudo
Data de emissão
Data de entrega
Assinatura
Carimbo



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.719.366 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/03/12

NOME
MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

FILIAÇÃO
VALDECI DA SILVA ARAUJO
JOSÉ RIBAMAR LOPES DE ARAUJO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
UNIÃO-PI 14/06/1976

DOC. ORDEM
CERT. NASC. 5331 L A59 F 919
EXP UNIÃO-PI. 27/04/00

TERESINA - PI
006.659.371-99

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLETA UNICA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Marcos Antonio Lopes de Araújo

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013029765848
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD-RENAVAM 00589121740 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME VALDECI DA SILVA ARAUJO

CPF/CNPJ 36169935391

PLACA OVY-4830

PLACA ANT./UF CHASSI 9C2KC1680ER470440

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/VEHICULO COMBUSTIVEL ALCOOL/GAS

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP/POT/CIL 02P/014VCC CATEGORIA PARTICU COR/PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º PAGO

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

SEM RESTRICÕES OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

UNIAO LOCAL DATA 08/11/2017

ASSINATURA DO DETRAN

DETRAN - PI Nº 013029765848

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

ESTÃO COBERTOS TODOS OS DANOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELER MOTORISTAS, PASSAGEIROS OU PEDESTRES.

SÃO OPERADOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, VALORES PERMANENTES E RESGATE DE DESPESAS E ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DANS).

SE VOCÊ FOR VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU ENFERMIDADE DA INDENIZAÇÃO, RECLAMAÇÃO OU DANOS INDICADOS E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM LAY DOS DITOS DE ATENDIMENTO AUTOMÁTICO (SOLICITE-SE EM: www.seguradoralider.com.br). SE TIVER DÚVIDA LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTES (2)	DANS (3)
R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO LA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA E DOIS TESTEMUNHAIS E PROVA DA QUALIDADE BENEFICÁRIA (VÍNCULO COM O FALLECIDO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO LA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA E LAUDO PERITÓRIO LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO DO LOCAL ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VITIMA, COM A INDICAÇÃO DA EXTENSÃO E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM O CERTIFICADO DA TABELA CONSTATANTE DO ANEXO DA LE Nº 11.100/2005.

(3) DANS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO LA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, SETE DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITAIS EFETUADAS POSSAM ORIGINAR DO ATENDIMENTO A VITIMA DE DANOS PESSOAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEICULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA, COM A INDICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE SE AS DESPESAS, INCLUINDO QUARTAS E TAXAS, SÃO DE EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR LAIDE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITAIS QUANDO SETES POREM COBRADOS ALÉM DO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS E RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DAS RESPECTIVAS VALORES, RECIBOS DE PAGAMENTO EM NOME DA VITIMA OU DO BENEFICIÁRIO DO PAGAMENTO A GRÁ MODO DO BENEFICIÁRIO, COMPROVANDO DATA, ASSINATURA, RUBRICA E IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DO PAGAMENTO, COM A DATA DO PAGAMENTO.

(4) 5% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA QUITAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR AS VITIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LE Nº 8.212/1991).

• 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DETRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS A PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 18 DA LE Nº 8.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

• 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA QUITAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR AS VITIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LE Nº 8.212/1991).

• 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DETRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS A PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 18 DA LE Nº 8.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

• 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA QUITAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR AS VITIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LE Nº 8.212/1991).

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

PI Nº 013029765848 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA 1 CDD-RENAVAM 00589121740 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

ESTE É 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 08/11/2017

VIA 1 CDD-RENAVAM 00589121740 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

CPF/CNPJ 36169935391 PLACA OVY-4830

RENAVAM 00589121740 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP/POT/CIL 02P/014VCC CATEGORIA PARTICU COR/PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º PAGO

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

SEM RESTRICÕES OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

UNIAO LOCAL DATA 08/11/2017

ASSINATURA DO DETRAN

DETRAN - PI Nº 013029765848

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

ESTÃO COBERTOS TODOS OS DANOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELER MOTORISTAS, PASSAGEIROS OU PEDESTRES.

SÃO OPERADOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, VALORES PERMANENTES E RESGATE DE DESPESAS E ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DANS).

SE VOCÊ FOR VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU ENFERMIDADE DA INDENIZAÇÃO, RECLAMAÇÃO OU DANOS INDICADOS E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM LAY DOS DITOS DE ATENDIMENTO AUTOMÁTICO (SOLICITE-SE EM: www.seguradoralider.com.br). SE TIVER DÚVIDA LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTES (2)	DANS (3)
R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO LA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA E DOIS TESTEMUNHAIS E PROVA DA QUALIDADE BENEFICÁRIA (VÍNCULO COM O FALLECIDO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO LA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA E LAUDO PERITÓRIO LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO DO LOCAL ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VITIMA, COM A INDICAÇÃO DA EXTENSÃO E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM O CERTIFICADO DA TABELA CONSTATANTE DO ANEXO DA LE Nº 11.100/2005.

(3) DANS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO LA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, SETE DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITAIS EFETUADAS POSSAM ORIGINAR DO ATENDIMENTO A VITIMA DE DANOS PESSOAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEICULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA, COM A INDICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE SE AS DESPESAS, INCLUINDO QUARTAS E TAXAS, SÃO DE EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR LAIDE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITAIS QUANDO SETES POREM COBRADOS ALÉM DO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS E RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DAS RESPECTIVAS VALORES, RECIBOS DE PAGAMENTO EM NOME DA VITIMA OU DO BENEFICIÁRIO DO PAGAMENTO A GRÁ MODO DO BENEFICIÁRIO, COMPROVANDO DATA, ASSINATURA, RUBRICA E IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DO PAGAMENTO, COM A DATA DO PAGAMENTO.

(4) 5% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA QUITAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR AS VITIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LE Nº 8.212/1991).

• 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DETRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS A PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 18 DA LE Nº 8.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

• 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA QUITAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR AS VITIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LE Nº 8.212/1991).

• 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DETRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS A PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 18 DA LE Nº 8.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEPARTAMENTOS DE TRANSPORTES
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 1000 - 6º ANDAR
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

SUSEP

DIQUE - SUSEP
0800 021 8884
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190033061 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Disjunção da sínfise púbica.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta marcha claudicante, discreta hipotrofia muscular em ambos os membros inferiores e limitação antálgica para os movimentos do quadril direito. Relata disfunção erétil e incontinência urinária.

Resultados terapêuticos: Realizou tratamento cirúrgico com placa e parafusos na sínfise púbica. Encontra-se de alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190033061 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Disjunção da sínfise púbica.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta marcha claudicante, discreta hipotrofia muscular em ambos os membros inferiores e limitação antálgica para os movimentos do quadril direito. Relata disfunção erétil e incontinência urinária.

Resultados terapêuticos: Realizou tratamento cirúrgico com placa e parafusos na sínfise púbica. Encontra-se de alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/01/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190033061 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO(ARTRODESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE QUADRIL BILATERAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE QUADRIL BILATERAL.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190033061 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: DISJUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO(ARTRODESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosmo de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

OUTORGANTE	MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	UNIÃO - PI
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	3.719.366
Profissão	RECUSO	CPF nº	006.659.371-99
Endereço	R. PE SIMPLICIANO 244		
Bairro	CENTRO	CEP	64.120 000
Município/UF	UNIÃO - PI		

OUTORGADOS:

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2.922.535 e CPF nº 038.077.223-00, residente e domiciliado na Localidade São Felipe, zona rural, União - PI.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo os referido procurador em qualquer empresa, instituição ou órgãos públicos, nas esferas administrativas da União, Estados e Municípios e suas Empresas públicas, Autarquias e fundações, para que lhe represente e pratique todos os atos necessário para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: DAR ENTRADA E ACOMPANHAR PROCESSO ADMINISTRATIVO DE SEGURO DPVAT JUNTO À SEGURADORA LÍDER.

União/PI, 14 de JANEIRO de 2019

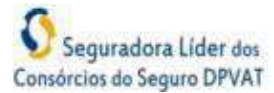


Marcos Antonio Lopes de Araujo
OUTORGANTE

CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE PROVEDO E REGISTRO CIVIL DE UNIAO-PI
Rua Andréa Lúcio, 407 - Centro - União - PI - Fone: (88) 3333-1111 - CNPJ 01.312.472/0001-42
Marta Dalma Pontes de Resende - Titular Pública - Endereço: Centro Velho - Teresina-PI
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. UNIÃO-PI, 14/01/2019. Emol.: 3,71 TJS: 7,73 Selo: 0,26 Total: 14,71 Selo: ARL 43411 (F560P49)
LUCIANE OLIVEIRA VIEIRA - Tabela Interina



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015263/19

Vítima: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

CPF: 006.659.371-99

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/12/2017

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

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

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO : 006.659.371-99

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: 14/01/2019
Nome: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
CPF: 038.077.223-00

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

**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.

Número do Sinistro: **3190033061**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R PE SIMPLICIANO, 244 - CENTRO - União - PI - CEP 64120-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3719366**

Data e local do acidente: [**24/12/2017**] **União-PI**

Data e local do exame: [**31/01/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Disjunção da sínfise púbica.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima apresenta marcha claudicante, discreta hipotrofia muscular em ambos os membros inferiores e limitação antálgica para os movimentos do quadril direito. Relata disfunção erétil e incontinência urinária.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizou tratamento cirúrgico com placa e parafusos na sínfise púbica. Encontra-se de alta.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do quadril direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quadril direito

% do dano: (X) 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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



DR. BERGIEL BARBOSA BEZERRA
MÉDICO
CRM: 3909 - PI

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI



(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190033061 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 00665937199

Posição em 16-03-2020 15:21:12

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00


Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/02/2019	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
20/02/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/d0VrWLbIN10__J+gDD7api_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0qQhRj7Cr3yrfRTRcQ61O8k=)
26/01/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/NUhxs6tC4u2DvRHjagirapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0qQhRj7Cr3yrfRTRcQ61O8k=)

17/01/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/7Q+b2PUY0KhZ0NjvIa0D0?api_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0qQhRj7Cr3yrfRTRcQ61O8k=)
------------	------------------------------------	--



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A 

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvat_oficial/)
l%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190033061

Vítima: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

Data do Acidente: 24/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190033061 **Vítima: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO**

Data do Acidente: 24/12/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01307/01308 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13861278

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190033061

Vítima: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

Data do Acidente: 24/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS ANTONIO LOPES DE 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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000004288

Conta: 0000019240-6

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



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: 006.659.371-99 Nome completo da vítima: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO

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

Nome completo: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO CPF: 006.659.371-99

Profissão: RECUSO Endereço: R. PE SIMPLICIANO Número: 244 Complemento: _____

Bairro: CENTRO Cidade: UNIAO Estado: PI CEP: 64.120 000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 99552-1450

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)

AGÊNCIA: 4288 013 CONTA: 00019240 6

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 atende 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 de 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE OUTROS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou co: panheiro(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: UNIAO, PI 14-01-19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 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.**





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000694/2018-75

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Alberto Alves De Sales

Data/Hora: 12/06/2018 - 11:20

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

POVOADO MALHADA DA AREIA, Nº:

Complemento

PI-112, QUE LIGA ESTA CIDADE DE UNIÃO-PI A MI

498080

Data/Hora

24/12/2017 - 19:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

PROXIMO A ENTRADA DA CHÁCARA DO COQUI

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO

Mãe: VALDECI DA SILVA ARAÚJO

Pai: JOSÉ RIBAMAR LOPES DE ARAÚJO

Endereço: RUA PADRE SIMPLICIANO, Nº 244

Bairro: CENTRO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9418-7050

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE NO DIA 24 DE DEZEMBRO DE 2017 POR VOLTA DAS 19:00 HORAS, O NOTICIANTE CONDUZIA A MOTOCICLETA MARCA HONDA/CG 150 FAN ESDI, ANO 2013/2014, COR VERMELHA, PLACA OVY-4830 UNIÃO-PI, CHASSI Nº 9C2KC1680ER470440, RENAVAM Nº 00539121740, DE PROPRIEDADE DA SENHORA VALDECI DA SILVA ARAÚJO, MÃE DO NOTICIANTE, TRAFEGANDO PELA PI-112 SENTINDO MIGUEL ALVES-PI A ESTA CIDADE DE UNIÃO-PI, POIS VINHA DE VIAGEM DO POVOADO JUÁ, QUANDO AO CHEGAR NA ENTRADA DA CHÁCARA DO COQUINHO, NESTE MOMENTO FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO TIPO FIAT PÁLIO, COR BRANCA, QUATRO PORTAS, PLACA NÃO IDENTIFICADA, VINDO A CAIR E FRATURAR A BACIA E SOFREU DESLOCAMENTO DE PÉLVICA; QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS, AO HOSPITAL DESTA CIDADE DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO; QUE POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-PI (HUT), ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, CONFORME LAUDOS MÉDICOS; QUE SÃO TESTEMUNHAS ARNILDO FERREIRA DE ARAÚJO E ERISVALDO MORAIS, RESIDENTES NESTA CIDADE; QUE INFORMA O NOTICIANTE QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO FOI IDENTIFICADO COMO SENDO O SENHOR CLEITON MACHADO SILVA. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Alberto Alves De Sales - Mat. 0381497
AGENTE DE POLÍCIA

MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO - Notificante
Responsável pela Informação

Ricardo Moura Lopes de Oliveira
Delegado de Polícia
Mat. 27 124-3
Delegado de Polícia

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: 006.659.371-99 Nome completo da vítima: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS - TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SOSEP Nº 445/2012

Nome completo: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO CPF: 006.659.371-99

Profissão: RECUSO Endereço: R. PE SIMPLICIANO Número: 244 Complemento: _____

Bairro: CENTRO Cidade: UNIAO Estado: PI CEP: 64.120 000

E-mail: _____ Tel. (DDD) _____ (86) 99552-1450

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)

AGÊNCIA: 4288 013 CONTA: 00019240 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de 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 UM DOS 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 co: panheiro(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: UNIAO, PI 14-01-19

Nome: _____

CPF: _____

(*) 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)

(*) 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.



PREFEITURA DE
UNIÃO

HOSPITAL Dr. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

04/12/2017

14/12/17

OSMARINA

Transferido 9:00



FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: 0000086292

SERVIDOR: OSMARINA

DATA: 24/12/2017

HORA: 22:18:00

01. DADOS DO PACIENTE

NOME: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

DATA NASCIMENTO 14/06/1976

IDADE: 41 ANO(S) SEXO: M

NOME DA MÃE: VALDECI DA SILVA ARAUJO

CNS: 898 0037 3900 38 57

RG: 3719366

CONTATO 99613418

ENDEREÇO: RUA PADRE SIMPLICIANO N-244

CEP:

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: UNIÃO

UF: PI

FORMA DE ENCAMINHAMENTO: SAMU

DEMANDA ESPONTÂNEA

CENTRO DE SAÚDE

SAMU

PM

BOMBEIROS

OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MOTIVO DA PROCURA: ACIDENTE

TRAUMA:

CLÍNICO:

PEDIATRIA

S.V. S FC:

PA: QRLabel SAT.02:

T:

DOR:

ECG:

GLICEMIA

PESO:

ALTURA:

DESCRIMINANTE FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 12-01-17

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

VERMELHO

LARANJA

AMARELO

VERDE

AZUL

HORÁRIO:

ENFERMEIRO(A):

CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO:

Pete vítima de trauma motorciclístico, ECG: 45, com lesões insufláveis em capo. Refusando dorsoal. Pete com movimentos preservados

04. EXAMES COMPLEMENTARES:

LABORATORIAL

RX

US

05. AGNÓSTICO:

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA:

*① Dipirona - 10mg IM aqora ✓
② Dexametasona - 10mg IM aqora ✓*

Ana Maria Carvalho da Costa
Técnica de enfermagem
CBO: 31.901.055
23.00

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

07. CONDUTA

ALTA

ÓBITO

EVASÃO

TRANSFERIDO PARA

INTERNAÇÃO

OUTRA UNIDADE

CENTRO DE SAÚDE

HORA SAÍDA

MÉDICO/CRM:

URGÊNCIA

EMERGÊNCIA

NÃO URGÊNCIA

ENFERMEIRO/COREN:

PACIENTE:

MÉDICO/CRM: 11.9195

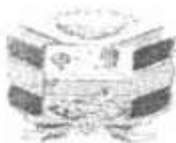
ENFERMEIRO/COREN
CONSELHO

MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

Pequeno furto impune em mucosa de lábio superior, sem necessidade de sutura.

Obs: 1. 2. 3.

Valdeci da Silva Araújo



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente **Marcos Antonio Lopes de Araújo** deu entrada neste hospital no dia 24 dezembro de 2017, às 22h18min, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo chegou ao hospital socorrido na ambulância do SAMU.

União (PI), 12 janeiro de 2018.



Antonia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva

Servidora do HMU.

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: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000019240-6

Nr. da Autenticação 45D379629D771394