



Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contatar com a
Eletrobras, informe
esta NOME

SEU CÓDIGO

0873552-2

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 730 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.846.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.381.082-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Versão 01-1
Boleto especial de Imprensa autorizada para 10/10/2018

Nº da Nota Fiscal: 015692591

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.458 de 29 de outubro de 2002.

DATA DA LEITURA	PERÍODO	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

DATA DA LEITURA	Nº	DATA DA LEITURA	Nº
Atual:	18172	28/12/2018	
Anterior:	18075	29/11/2018	
Correção de Multiplicador:	1,000	Próxima Leitura:	28/01/2019
Consumo Médio:	97	Residuo:	27/12/2018
Consumo Faturado:	97	Aproximada:	28/12/2018

NORMAL

DATA DA UNIDADE CONSUMIDORA	Nº	Mês	Plata	Código Ref.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	4128313			1.1.1.1	172

HISTÓRICO KWA:

Mês/Ano: 01/2018 - 12/2018
RESUMO DE TRIBUTO:
0,00 0,00 - 0,00 0,00

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	97 A R\$ 0,885642 =	86,19
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		18,81
CORREÇÃO MONETARIA IG 10/18-00		0,21
MULTA POR ATRASO 10/18-00		0,00
JUROS POR ATRASO 10/18-00		0,00
ADICIONAL BANDEIRA ANARELA -		0,03

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ 1º Vencimento: 01/01/2019 2º Vencimento: 15/01/2019 3º Vencimento: 29/01/2019 4º Vencimento: 15/02/2019 5º Vencimento: 29/02/2019 6º Vencimento: 15/03/2019 7º Vencimento: 29/03/2019 8º Vencimento: 15/04/2019 9º Vencimento: 29/04/2019 10º Vencimento: 15/05/2019 11º Vencimento: 29/05/2019 12º Vencimento: 15/06/2019 13º Vencimento: 29/06/2019 14º Vencimento: 15/07/2019 15º Vencimento: 29/07/2019 16º Vencimento: 15/08/2019 17º Vencimento: 29/08/2019 18º Vencimento: 15/09/2019 19º Vencimento: 29/09/2019 20º Vencimento: 15/10/2019 21º Vencimento: 29/10/2019 22º Vencimento: 15/11/2019 23º Vencimento: 29/11/2019 24º Vencimento: 15/12/2019 25º Vencimento: 29/12/2019

REAJUSTE TARIFARIO MÉDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR
ME RESOLUÇÃO ANEEL 2.490/2018.
LIGUE 0800 056 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 644A.23F7.41E8.4293.3E8D.3510.7A79.2F75

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 17,16	Baixa 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
Múltiplas: 26,12	Valor do COFINS: 5,89

INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE

7,27 14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

UNIAO 18/2018 8,75



Eletrobras
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO

0873552-2

TOTAL A PAGAR - R\$

97,73

MÊS FATURADO

12/2018

VENCIMENTO

04/01/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 730 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.846.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.381.082-0

Nº da Nota Fiscal: 015692591 FCAH

83650000000 2 97730017000 7 00000000873 0 55221218008 7



SEQ.: 00121 UC: 0873552-2 DT. LEIT.: 28/12/2018 T. ENTR.: 03

LEITURA: 18172 NÓRMAL TBTAL: 97,73 CARGA: 000

DT. VENDE.: 04/01/2019 IRREG.: UNN COLETOR: 7512



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0920963-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 00.540.748/0001-89 | Insc. Estadual: 15.301.383-5
Reta Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imprensa autorizado pela SEFAZ/04/98

Nº da Nota Fiscal 314835811

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS	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 - UNIAO

DETALHAMENTO DA LEITURA		DETALHAMENTO DA LEITURA	
Atual:	1850	Atual:	11/12/2018
Anterior:	1720	Anterior:	12/11/2018
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	09/01/2019
Consumo Médio:	130	Emissão:	10/12/2018
Consumo Faturado:	130	Apresentação:	11/12/2018

DETALHAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA		DETALHAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2041613	1.1.1.1 142

DETALHAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA		DETALHAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Mês/ano consumo	CONSUMO	130 A R\$ 0,818527 =	109,00
NOV/18	154	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CDSIP)	13,67
DEZ/18	232	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-10	0,52
SET/18	129	MULTA POR ATRASO 11/18-00	2,58
AGO/18	195	JUROS POR ATRASO 11/18-00	0,34
JUL/18	40	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,80
JUN/18	127		
MAI/18	103		
ABR/18	100		
MAR/18	109		
FEV/18	211		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 130 - 0,504266			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

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

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
REAJUSTE TARIFARIO MÉDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018. CONFOR
ME RESOLUÇÃO ANEEL-2.490/2018
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 10/12/2018, não constavam faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESTRINCIDO AO NÚMERO E64A.2DC2.68C0.28EF.2AF5.F491.B5D3.B89E

COMPOSIÇÃO DA CONTA DE		REFORÇO DE TIRADORES - R\$	
Distribuição:	21,68	Base de Cálculo:	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
Itens:	33,04	Valor do COFINS:	7,45

INDICATORES DE CONTINUIDADE

7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
0,00			0,00			0,00

UNIAO 10/2018 67,66



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 00.540.748/0001-89 | Insc. Estadual: 15.301.383-5

SEU CÓDIGO 0920963-8 TOTAL A PAGAR - R\$ 126,11

MÊS FATURADO 12/2018 VENCIMENTO 18/12/2018

Nº da Nota Fiscal 314835811 FCAM

83610000014 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 MAICON 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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coimbra, 1000 - Centro
Centro - Nogueira CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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	Número	Complemento
<u>LOC SAO FELIPE</u>		
<u>ZONA RURAL</u>	<u>Estado</u>	<u>CEP</u>
<u>UNIÃO</u>	<u>PI</u>	<u>64.120.000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(86) 99500-5512</u>

UNIÃO-PI, 14 de JANEIRO de 2019

Local e Data

Maicon Jackson Silva da 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 UNIÃO 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

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

vítima MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO, cujo o condutor era

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA /CG 150 FAN ESDE

Ans: 2013 / 2014

Placa: 0VY 483D

Chassi: 9C2KC1680ER470440

Data do Acidente: 24-12-2011

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



Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Marcos Antônio Lopes de Araújo

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

CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
2º ÓFICIO DE NOTAS, REGISTRO DE IPOMERI E REGISTRO CIVIL DE JUÍZO-PI
Rua Antônio Lopes, nº17 - Centro - Litorânea - PI - Fone: (86) 3222-1043 - CNPJ: 52.347.292/0001-42
Marta Delma Pintoaria de Resende - Tabelia Pública Interinaria - Juiz de Direito
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: VALDECIR DA
SILVA ARANHUB. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
UNIAO-PI, 14/02/2019. Enol.: 3.71 JUD: 74 Selo: 0/26
Total: 4,71 Selo: ABEL.43413 (F560P49)
ELOHISTE OLIVEIRA VIEIRA-Tabelia Interinaria





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.

UNIGUARIA FÁBRICAS MECÁNICAS
CNPJ. 43.504.107/0001-17

卷之三

HUT

**HOSPITAL
DE GRÉGORIA
DE TERRASSA**

NOME DO PACIENTE: Marco, Antônio Lopes de Sá

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 463 375

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: 05 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
(FILE)

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: S US	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 25/12/17 01:32 ESPECIALISTA: *atropelado*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Paciente vítima de acidente no bairro das Flores, foi atropelado na hora turbinada com forte dor no lado esquerdo, com lesões na face, na boca, no nariz, no lado esquerdo, com sangramento grande.*

(2) Encaminhado a clínica que atendeu o paciente, *Dr. Lafayete*, *CRM-PI 6474*

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1 de Janeiro 2018

Carimbo/Assinatura Prof. Parecerante
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

Data/Hora Solicitação: 25/12/17 01:40 ESPECIALISTA: *atropelado*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Paciente vítima de acidente de trânsito, atropelado na hora turbinada, com sangramento grande.*

Carimbo/Assinatura Prof. Parecerante
GENTE SEGUROADORA S.A.
Rue Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/18

Carimbo/Assinatura Prof. Parecerante
MÉDICO
CRM-PI 5733
CREMEC-16377

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNACÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 25/12/17

HORA:

Nº DO TELEFONE:

HOSPITAL SOLICITANTE Dr. José do Rocha Fundador MUNICÍPIO União
MÉDICO: Arlette Aquino Nogueira CRM: 6523 PI
NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:

() Obstétrico () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Marcos Antônio Ropes de Araújo

Data de Nascimento: 14/06/76

Idade: 41

anos

Sexo: () Masculino () Feminino

CPF: _____

Cartão Nacional de Saúde: 898 0037 3900 3858

Município de Procedência: União PI

HDA: Pcte previamente trágico da estrada sítio
di cidente motociclistico (moto-carro colisão frontal)
com escoriações leves + dor alga. Rx de Pelve:
luxação de shofte Pélvica

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - Á dor
- 1 - Nenhum

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - 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
mgs@gsa.com.br

SINAIS VITAIS

Tax: 36,5°C P: 72 SPT: R: 18 mm PA: 130x80 mmHg Sat C: 97% Glicemia: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio
- () Hidratação Venosa
- () Aspiração
- () Medicação (especificar) Dexanestorona + Diprone + Sutura (sem efeito)
- () Curativo
- () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Rx de pelve.

Arlette A. Nogueira

CRM-PI 6523
CPF: 013...

Assinatura e número do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clinica/Posto: Arlette A. Nogueira

MEDICA

CRM-PI 6523 / CRM-MA 9199

CPF: 013.438.253-30

Senha: _____

25/12/2017 00:2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

Marco Antonio Lopes de Souza

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

Ex-hipertensão arterial da pressão arterial

DATA: 26/12/2018

DATA: 06/01/2019

PRONTUÁRIO

63375

D. NASCIMENTO

ALÉRGICOS

6/15

HORÁRIO

16:00

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA:

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

16:00

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Francisco Antônio Lopes da Cunha IDADE 18 anos DATA 28/12/2017
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 9 hs 05 min TIPO DE ANESTESIA GERAL CRACÉ BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA DISfunção CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		SAÍDA
	ADMISSÃO	SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>100/60</u>		<u>118/63</u>
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	<u>70</u>		<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>90</u>		<u>93</u>
TEMPERATURA AXILAR (0°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Andréia</u>		<u>Andréia</u>

ÍNDICE DE ALDRETTES PROULX

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS		SAÍDA
		DPVAT	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
Movimento de quatro membros	2	2	2	2
Movimento de dois membros	1	1	1	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2
Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1
Tem apneia	0	0	0	0
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0
Está bêbado e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2
Deserta, se solicita	1	1	1	1
Não responde	0	0	0	0
ESTA TÍTULO A ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	2	2	2	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando ar ambiente	0	0	0	0
Acrescenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL
ESCALA DE DOR ALTA	09

ASS.	COLOSTOMIA	SONDA	INHALAÇÃO
14 JAN 2019	1	1	1

SONDA VESICAL	IORENO DE SUÇÃO	IORENO TORACICO	JOVE	COLOSTOMIA	SONDA	INHALAÇÃO
hs <u>35</u> mL	hs	hs	hs	hs	hs	hs
hs	hs	hs	hs	hs	hs	hs

OCLUSÃO DE ENFERMAGEM:

09:05 admitido no SRPA em P03 de thoracotomia para descompressão arterial patrício. Sobe escada de escada. Consciente, letárgico, sem reflexos, respirando ar ambiente. Sua queixas: dor

10:45 horas, orientado e encaminhado as Rx e atoleias.

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA

HORÁRIO _____

ANESTESIOLOGISTA _____

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] FIM-SESSÃO E GRÁFICOS []

POSTO [] [] [] [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] PED [] NEURO [] GERAL [] [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD

299 352

PRESCRIÇÃO MÉDICA



0111 - 06/01/2019

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		D. NASCIMENTO		CLÍNICA		ENF. ou APT.		LEITO	
Maicos Antônio Borges de Oliveira											
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALÉGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE							

Defuncão Síndrome Diética (S32.5) *Maicos*
PRESCRIÇÃO MÉDICA
DATA: 25/01/2019 HORA: 06:00h

- 1 - Dieta geral 3x0 alt de 06h00 a 18h00
2 - Sif 0,9% 500ml EV de 12/12h
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h
4 - Temoxicam 20mg + ADEV 12/12h
5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h
6 - Plastil 01 amp + ADEV 8/8h *SAU*
7 - CCGG + SSVV
8 - Sosx. 1000ml 01 14 20% /men
9. Cefalotina 1g + ED 01 06h00 a 18h00

Rocelio Rego

Quinta-feira, 25/01/2019

06:00h *Defuncão Síndrome Diética*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64002-470
Teresina-PI

Med. 007

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828156

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828156

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
99003729003837	MARCOS ANTONIO LOPEZ DE SOUSA		14/06/1976	M	463375
DOCUMENTO - CPF	TELEFONE / NOME DE MAE		RESPONSAVEL		
	03581083736	VALDECI DE SOUSA APARECIDA	JOSE IRIBAMAR		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
64120000			SN		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICIPIO		UF
CENTRO			TERESINA		PI

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

PACIENTE DE 41 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLISTA (COLISAO MOTO COM CARRO) COM ESCORIAOES LEVES AO RAO X LUXACAO DE SINFISE PUBICA.

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RAO X- EXAME FISICO - TC DE ABDOME

INFORMACOES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S124 - RUPTURA TRAUMATICA DA SINFISE PUBICA		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
6403540025 - ARTRODESE DA SINFISE PUBICA

LEITO/CLINICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CARATER	DATA SOLICITACAO
URGENCIA	25/12/2017
DATA ADMISSAO	DATA ALTA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO):

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTENEDOR NAO VERIFICADO

14 JAN 2019

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

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO SILENTE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZACAO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZACAO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
JOSE DE REBECA ALVES COSTA CNPJ: 22.564.330/0001-06	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSAVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E GESTORICO

DATA 31 / 02 / 2017

NOME DO PACIENTE: MARCOS ANTONIO JOPES DE PRADO PRONTUÁRIO Nº: 463375

DIAGNÓSTICO: DISJUNÇÃO DO ANEL PERÍFICO CIRURGIA: TTO CIRÚRGICO DE ASOCIAÇÃO DEPE
ANESTESIA: RAQUE N° DA SALVAGEM: 05
CIRURGÃO: DR. LAD - TSE CPF N°: 000.000.000-00
AUXILIAR: DR. LAERTE (R) CPF N°: 000.000.000-00
ANESTESIA: DR. ALDO CPF N°:
INSTRUMENTADORA: JACKSONY CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	08	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 545	PAR	08	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 72	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	70		PVP DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	08		PVP TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	40		PVP TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLOGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL Nº 16	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	05		ESFERA DE SIST. FECHADO	UNID.	01	
FIOS	UNID.	—		OCCORRÊNCIA KILO 661	UNID.	01	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	—			ELETRODOS	UNID.	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	—			LÂMINAS	UNID.	02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG	—			DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
CAT. GUT. CROMADO S/AG	—			14 JAN 2019			
ALCOFIL	—			GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI			
MONONYLON	Z-0	-11-	02	ENFERMEIRO			
FITA UMBILICAL	—			CIRCULANTE			
VICRYL	0	-11-	03				
PROLENE	—			FABRICA			



RELATORIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

MARCOS MATEONIO LOPES DE ARAUJO

Diagnóstico pré-operatório

DISJUNÇÃO DO ANTESENICO

Operação - Tipo

MITROFAGE DE SINUS PULV

Cirurgião

Dr. LAD - TSE

2º Assistente

DR. L. M. F. GOMES

1º Assistente

DR. L. M. F. GOMES

3º Assistente

Instrumentador(a)

JACKSONY

Anestesista

Dr. ALAO

Anestesia

RAQUE

Anestésico(s)

Data da Operação

28/12/2017

Inicio

7:30

Fim

8:45

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 JAN 2019

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

DESCRICAO DA OPERACAO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

01 Mh (2) ASSGP (3) corpos
01 Bula plástica (5) plástica (5)
Pulpa grande de aproximadamente 200g
01 fixação de duas agulhas (1) 01 fio
(6) elenco

DR. L. M. F. GOMES
CENTRO CIRÚRGICO
HOSPITAL DE URGENCIA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACAO AUTORIZACAO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 39046

ADM: 2217102521733

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898003729002857	MARCOS ANTONIO LOPEZ DE ARAUJO		14/06/1976	M	463375
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	TIPO DE VÍA	RESPONSÁVEL		
			JOSE RIBAMAR		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
64100-000	ENDERECO - LOGRADOURO		SN		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICIPIO		
			TERESINA		
CENTRO			UF		
			PI		

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

PACIENTE DE 41 ANOS VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLISTA (COLISAO MOTO COM CARRO) COM ESCORIAÇÕES LEVES AO RAIOS X LUXAÇÃO DE SÍNTESE PÚBLICA.

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RAIO X - EXAME FISICO - TC DE ABDOMEN

INFORMACOES COMPLEMENTARES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 1665
Centro - Teresina - PI
CNPJ: 00000000000000000000
CIDE: 04.002-470
Teresina-PICID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL
S03.4 - RUPTURA TRAUMATICA DA SÍNTESE PÚBLICA

CID 10 SECUNDARIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO
COD. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408040554 - TRATAMENTO CIRURGICO DE ASOCIACAO FRATURA LUXACAO FRATURALUXACAO DISJUNCAO DO ANEL PELVICO

LEITO/CLINICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

CARATER	DATA SOLICITAÇÃO	
URGENCIA	17/01/2019	
DATA ADMISSAO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
14/01/2019 09:21	19/01/2019 10:06	MELHORADO

FABIO MARCOS DE SOUSA
CPF: 11062478343CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)
TIPO ACIDENTE CNPJ SEGUROADORA N° DO SEGURO SERIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESAO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIACAO / AUDITORIA

FABIO MARCOS DE SOUSA

CRM: 11062478343

CRM: 11062478343

CRM: 11062478343

CRM:

CRM:

CRM: DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA	PARTERAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
18/03/1970	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO					
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
SISTEMA DIGESTIVO					
ESTADO MENTAL					
DIAGNÓSTICO PRE-OPERTÓRIO					
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	08.00	04.00	10.00	TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTG 500				
	SANGUE 300				
	OUTROS 100				
TEMPERATURA T	36	280	260	240	100
P. ARTERIAL		220	200	180	100
V		180	160	140	100
O		160	140	120	100
PULSO		140	120	100	100
INÍCIO E FIM ANESTESIA		120	100	80	80
X		100	80	60	60
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80	60	40	40
RESPIRAÇÃO O		60	40	20	20
SÍMBOLOS		40	20	10	10
TECNICAS					DURAÇÃO
OPERAÇÕES					INCIDENTE - ACIDENTE
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
PARTICULARIDADES					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO INCLUIDAS					



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 PÚBLICA.
- 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 LINFONODOMEGLIAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/12/2017

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável



Exame de urgência
realizado no dia
25/12/2017
Solicitação
Gente Seguradora



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: **SUS**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 25/12/2017

PELVE

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

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

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

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável





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 integros.
- 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



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: SUS

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 COSTOFRÉNICOS 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

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



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

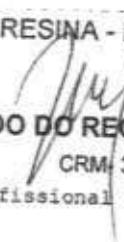
Articulações fêmoro-acetabulares de aspecto normal.

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI



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:

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

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 06/02/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.719.366	DATA DE EXPEDIÇÃO	27/03/12
NAME	MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO		
FILIAÇÃO	VALDECY DA SILVA ARAUJO JOSÉ RIBAMAR LOPES DE ARAUJO		
NACIONALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
UNIÃO-PI	14/06/1976		
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 5331 L A59 F 919 EXP UNIÃO-PI. 27/04/00		
TERESINA-PI	TERESINA-PI		
006.659.371-99	ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI Nº 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

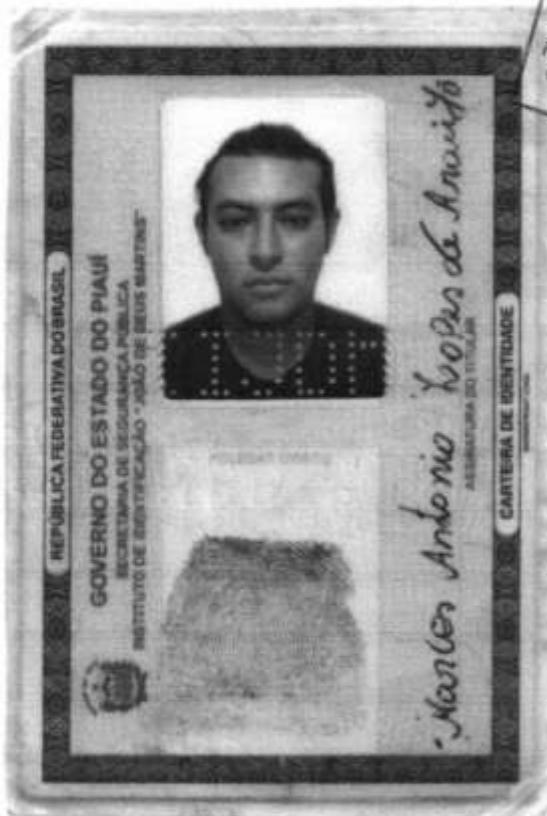
14 JAN 2019

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



CARTERIA DE IDENTIDADE

Marcos Antônio Lopes de Araújo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PI

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1654606003

NAME
MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

DOC. IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR/PI
2922535 SSP PI

CPF
038.077.223-00 DATA NASCIMENTO
12/03/1991

RESIDÊNCIA
HENRIQUE ALEXANDRINO
DE CASTRO
JANETE MARIA DA SILVA

PERMISSÃO
ADC CAT NAB
2B

Nº REGISTRO
05620838968 VALIDEZ
18/07/2023 Nº HABILITAÇÃO
18/10/2012

OBSERVAÇÕES
A

Maycon Jackson Silva de Castro

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA - PI DATA DE EMISSÃO
20/08/2018

Maycon Jackson Silva de Castro

ASSINATURA DO EMISSOR
PIAUI

82414894055
PI320640224

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

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

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00569121740		2017
VALIDADE DA SILVA ARAUJO			

CPF / CNPJ	PLACA	*****	
36169935391	CVY-4830	*****	
PLACA ANT / UF	CHASSI	*****	
902KC1680ER470440		*****	
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL	*****	
PAB / MOTOCICLETA / VEÍCULOS	ALCOOL / GAS	*****	
MARCA / MODELO	*****		
HONDA / CG150 FAN ESDI	ANO FAB	ANO MOD	*****
CAP / POT / CIL	2013	2014	*****
02P/014900	CATEGORIA	*****	
I	PARTICU	*****	
P	COTA PREDOMINANTE	*****	
V	VERMELHA	*****	
A	VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS	*****
FADA IPVA	1 ^º	IPVA	*****
PARCELAMENTO / COTAS	2 ^º	PAGO	*****
	3 ^º		*****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	100,00	PRÉMIO TOTAL (R\$)	100,00
SEGURADO (R\$)	000,00	DATA DE PAGAMENTO	000,00
SEGURADO OBRIGATÓRIO			
SEM RESTRIÇÕES	OPERAÇÕES	*****	
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
UNIÃO	LOCAL	DATA	
08/11/2017		08/11/2017	

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

O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

ESTÃO COBERTOS TODOS OS DANOS, EM TODO O BRITÔNIO NACIONAL, SEJAM ELES MOTORISTAS, Passageiros ou pedestres.

SE ÓPÉREOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, DANOS PERMANENTES E REIMBÔRDO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMM).

SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU ENCONTRAR DA INIDENIZAÇÃO, REINDE DOCUMENTADAÇÃO BAIXO INDICADA E SOLICITE A INIDENIZAÇÃO EM UM DAS CENTROS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONTRATO DE www.seguradoraalider.com.br) E TIVER DÚVIDAS SOBRE O SEU DPVAT LIGUE 0800-1551-1204.

VALORES DE INIDENIZAÇÃO POR VÍTIMA SÁBIA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INIDENIZAÇÃO:

INDE (1) INVALIDEZ PERMANENTE (2) DAMM (3) 100,00 R\$ 10.000,00 R\$ 100,00

1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA, EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIFICO DE COPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DAS SÉRVIOS DIVERSOS E PROVA DA QUALIDADE DE VÍTIMA DO FÓRUM DO FALCÃO.

2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA, EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, COPIA DOCUMENTARIA DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO INSTITUCIONAL LEGAL DA CIRCUNSTÂNCIA DO ACIDENTE, DOCUMENTO DA PESSOAL DA VÍTIMA, COM A INDICAÇÃO DA IDÉIA E QUANTIFICAÇÃO DAS DESPESAS, TOTAL DA PARCIAL, DE ACORDO COM OS DADOS DA TABELA CONFERENTE DO ANEXO DA LEI 9.514 E ALTRAS.

3) DAMM - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ELEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA, EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIM DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU UNIMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS MESAS MÉDICO-HOSPITALARES ESPECIAIS POSSAM OFERECER O ATENDIMENTO A VÍTIMA, COPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, COPIA FINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DESCRIBIÇÃO DE AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, CÁDOS DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS, OS EXAMES ESPECIAIS COM OS PREÇOS POR SÍNTE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E ELEMENTARES QUANDO ESTES FORAM COBRADOS PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS E DOCUMENTOS MÉDICOS, CONFERENDO O VALOR DAS MATERIAIS, MEDICAMENTOS, DESPESAS ELETRÔNICAS E PARCIAIS DA VÍTIMA, COPIAS CONFERENTES DE PAGAMENTO A CADA MEDICO OU FARMACÊUTICO, DATA, ASSINATURA, COPIA DO DOCUMENTO DE REGISTRO DA VÍTIMA E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO COBRADO A DATA EM QUE FOI PRESTADO.

* PODERÁ SER SOLICITADO DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOSSO TÉRMINO DO ANEXO A RESOLUÇÃO CNBPI/273/2012.

* IMPORTANTE:
- NÃO É NECESSÁRIO ADUSSO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INIDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

- O REIMBÔRDO DE DIAS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ELEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEVIDOS EM TABELA QUE ATENDA OS REQUISITOS DO ART 16 DA RESOLUÇÃO CNBPI/273/2012.

* PRAZO PARA PAGAMENTO DA INIDENIZAÇÃO OU REIMBÔRDO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

* A INIDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR VIGENTE DA DATA DA DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

* O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VÉHICULOS DE ACORDO COM A LEI N° 9.514/1994, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VÉHICULOS.

* PÉRIODO DA VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 21 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERIRÁ ESTE BILHETE.

* O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO APENAS DEMAIS PRIMEIRA QUOTA OU DEMAIS QUOTAS DO IMPORTE DE PROPRIEDADE DE VÉHICULOS AUTOMOTORES - IPVA, CASO SEJA FEITA A CÓPIA PELO PARCELAMENTO, O VENDIMENTO, TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCIAIS DO IPVA. OS VENCIMENTOS DO IPVA E DO SEGURO DPVAT SÃO SEMPRE NA MESMA DATA.

* O VÉHICULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO PE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO PÔR PAGO (RESOLUÇÃO CONTRAN N° 884/1998).

* SEM O VALOR DO PÉRIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO PÔR TIRAR A SEGUINTE DESPESA:

* R\$ 10,00 DE DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DETRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS A PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO UNICO DO ART. 76 DA LEI N° 8.503/1992 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAO DPVAT 0800 022 1204
Seguradora Lider - DPVAT www.seguradoraalider.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PESOS DE INIDENIZAÇÃO E REIMBÔRDO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCAS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E DEMAS DÚVIDAS.

SUSEP DIRETÓRIO - SUPER
0800 021 8884
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS

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

PI Nº 013029765848 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 08/11/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA

1 36169935391 MARCA / MODELO

00569121740 HONDA / CG150 FAN HONDA

ANO FAB CADÊNCIA 90 902KC1680ER470440

PRÉMIO TARIFÁRIO 000,00 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 200,00

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 06/11/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Apto C
Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-470

COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2^a COTA

IPVA - 3^a COTA OU COTA ÚNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 antalgica para os movimentos do quadril direito. Relata disfunção erétil e incontinência urinária.

Resultados terapêuticos: Realizou tratamento cirúrgico com placa e parafusos na sínfise pública. 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 **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ARAUJO

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 antalgica para os movimentos do quadril direito. Relata disfunção erétil e incontinência urinária.

Resultados terapêuticos: Realizou tratamento cirúrgico com placa e parafusos na sínfise pública. 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 **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ARAUJO

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 PÚBICA

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 **Data do acidente:** 24/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
ARAUJO

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 PÚBICA

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

PROCURACÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
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

OUTORGANTE	MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	UNIAÓ - 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	UNIAO - 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 Araújo

OUTORGANTE

CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA

2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE PROVÍNCIA E INTERNAÇÃO - CIVIL DE 07840-42
Rua Antônio Lottino, 407 - Centro - União - PI - Fone: (86) 3212-1200 - CEP: 64.012-470
Maria Delfina Pacheco da Nascimento - Técnica Pública - Conselheira Disciplinar - Encarregada de Arquivo

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRME DE: MARCOS ANTONIO
LOPES DE ARAÚJO, SOU PE. EM TEST. DA VERGODE.
UNIAÓ-PI, 14/01/2019. Enol. 3.71 1.74,74 Selo:0,26
Total 4,71 Selo:ABL.43411 (F560P49)

LOURINETE OLIVEIRA VIEIRA - Tabelião Notário



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015263/19

Vítima: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

CPF: 006.659.371-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/12/2017

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

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 antalgica 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 pública. 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: () 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.



BERGIEL BARBOSA BEZERRA
MÉDICO
CRM: 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI



()



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
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 ao beneficiário. O prazo para o encaminhamento 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	Download
26/01/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	Download

17/01/2019

ABERTURA DE
PEDIDO DE
SEGURO
DPVAT

(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/7Q+b2PUY0KhZ0NJvla0D0;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-Efetuados.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)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
 - › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.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](#))

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, 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

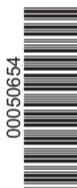
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	006.659.371-99	MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS/FAZENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCUÍTO SUSEP - N.º 445/2012				
Nome completo:		CPF:	006.659.371-99	
Profissão:	RECUSO	Endereço:	R. PE SIMPLICIANO	Número: 244 Complemento:
Bairro:	CENTRO	Cidade:	UNIÃO.	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).

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> 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 Lider 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 INCONVENIENTE 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 (IM) 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 da 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 Lider 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 UNIÃO 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 cô...panheiro(s), 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 Lider 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: UNIÃO, PI 14-01-19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

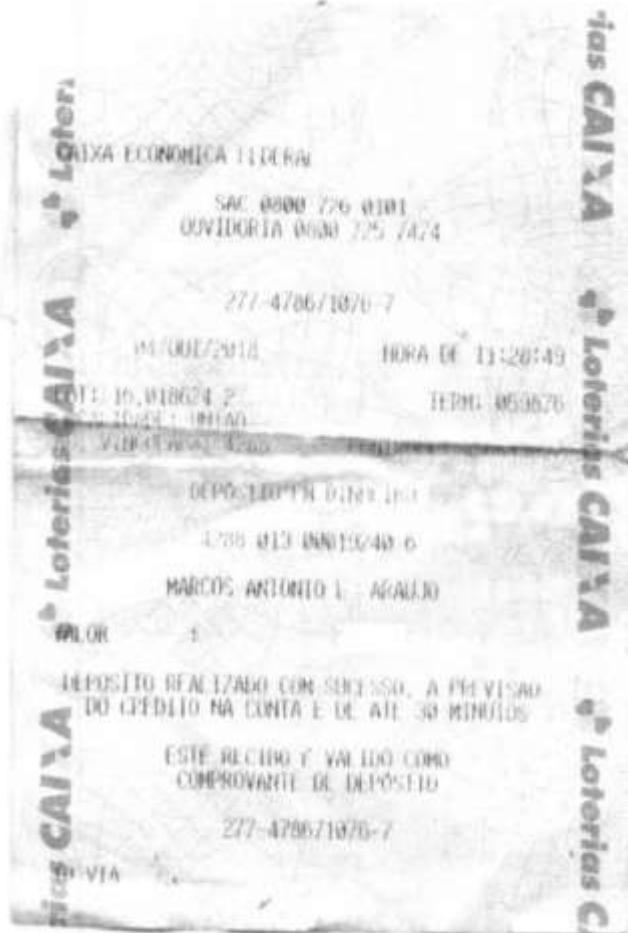
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





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

Data/Hora

24/12/2017 - 19:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

POVOADO MALHADA DA AREIA, Nº:

Complemento

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

Ponto de Referência

PROXIMO A ENTRADA DA CHÁCARA DO COQUI

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

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

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

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
Alberto Alves De Sales - Mat. 0381497

AGENTE DE POLÍCIA

MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO - Noticiante
MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia
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 FAZIDA PELO BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SOSEG/NR 04/05/2012

Nome completo: **MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAÚJO** CPF: **006.659.371-99**
Profissão: **RECUSO** Endereço: **R. PE SIMPLICIANO** Número: **244** Complemento:
Bairro: **CENTRO** Cidade: **UNIÃO** Estado: **PI** CEP: **64.120 000**
E-mail: **(86) 99552-1450**

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4288 DÍGITO: 013 CONTA: 00019240 DÍGITO: 6 <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: _____ DÍGITO: _____ CONTA: _____ DÍGITO: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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 do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ho 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 cônjuges, informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário, não alfabetizado	Local e Data: UNIÃO, PI 14-01-19	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____	
CPF: _____	CPF: _____	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		Assinatura
Marcos Antonio Lopes Araújo		Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) Assinatura

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

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

PREFEITURA DE
UNIÃO

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: 14/06/1978

IDADE: 41 ANO(S). SEXO: M

NOME DA MÃE: VALDECI DA SILVA ARAUJO

CNS: 898 0037 3900 3857

RG: 3719366

CONTATO: 99613418

ENDERECO: 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: 18/01/17

Miguel

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

VERMELHO

LARANJA

AMARELO

VERDE

AZUL

HORÁRIO:

ENFERMEIRO(A):

CONSELHO/REGISTRO:

03.HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO:

Pete vítima de trauma motociclistico, ECG: 15, com lesões evolutivas em corpo. Referindo dor lombar. Pete com movimentos preservados.

04.EXAMES COMPLEMENTARES:

LABORATORIAL

RX

US

05 - AGNÓSTICO:

06.PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- ① Dipirona - 1000 mg IM aqerol ✓
 ② Desonartazone - 1000 mg IM aqerol ✓



07.CONDUTA

ALTA	ÓBITO	EVASÃO	TRANSFERIDO PARA	INTERNAÇÃO	OUTRA UNIDADE	CENTRO DE SAÚDE
------	-------	--------	------------------	------------	---------------	-----------------

HORA/SÁIDA:

MÉDICO/CRM:

Dr. Nogueira
 CRM-PI 6.133-3
 CRM-PI 6.133-3
 CRM-PI 6.133-3
 CRM-PI 6.133-3

ENFERMEIRO/COREN:

URGÊNCIA

EMERGÊNCIA

NÃO URGÊNCIA

PACIENTE:

ENFERMEIRO/COREN
CONSELHO

MARCOS ANTONIO LOPES DE ARAUJO

Pequeno fúntem impulsionado na mucosa de lábio superior, sem necessidade de sutura.

Observações:

Rx de aqerol



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, vitima 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