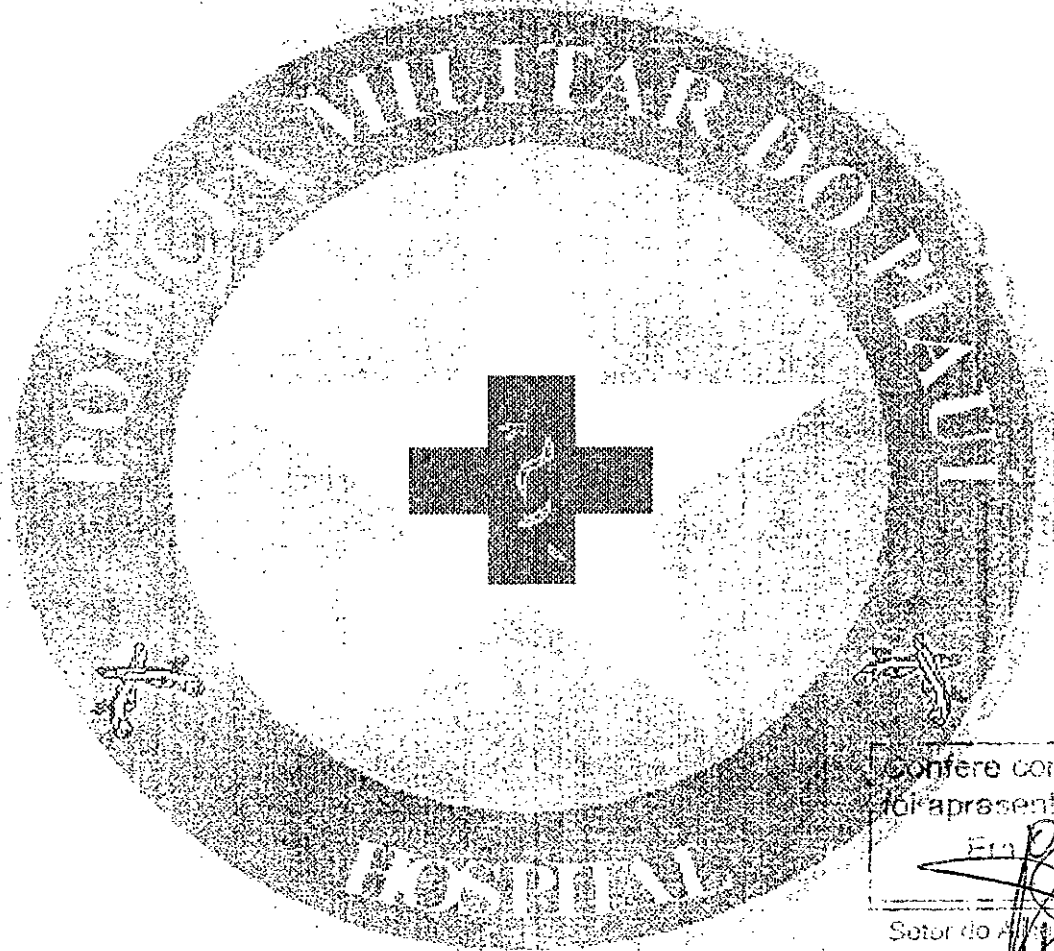
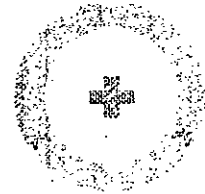




GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original que foi apresentado(a) e ass. fe

Em 04/06/18

Sotor do Arquivo Técnico
Luis Henrique Vasconcelos Reis - TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG 105198193-2 Mat. 14495-6

NOME DO PACIENTE:

Antônio Silva Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

224930/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
REDEVELOPIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)	Nº LAUDO: 60426
	AIH: 2218100161277

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	2323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
703001872649873	ANTONIO SILVA SOUSA		25/12/1984	224930	M
DOCUMENTO RG	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
2573572	86995395916	RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO SILVA	MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO		
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)			NUMERO / LOTE	
64138000	LOC AREIAS.			0	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
ZONA RURAL			LAGOA ALEGRE	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA	0408020431

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		CÓDIGO	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA		0408020431	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		CÓDIGO	
TRATAMENTO C CIRURGIAS MULTIPLAS		0415010012	
DIAGNOSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO (ULNA)	S524		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

105198193-2 Mat. 14495-9
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE COM FRATURA DO ANTEBRACO ESQUERDO, NECESSIDADE DE CIRURGIA, COM TRATAMENTO CIRURGIAS MÚLTIPLAS: TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACO C/ SINTESE: CID: S52.4 COD - 0408020423. RETIRADA DE PLACAS CID: 247.0 COD-0408060379.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
180904106050001	11/04/2018

DR. EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 2313 TEST - 8054

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO		
CNS AUTORIZADOR	ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO	
170600533260002	19/03/2018 00:00:29	



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2 - CNES 2323451	Atendimento 603880
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	4 - CNES 2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome: ANTONIO SILVA SOUSA	6 - Prontuário: 224930
7 - CNS: 703001872649873	8 - Nascimento: 25/12/1984
9 - Sexo: M	CPF: 012.442.713-81
11 - Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO SILVA	12 - Fone: 86-9.5395916
13 - Resp: MARIA DO SOCORR DA CONCEICAO	14 - Cor: PARDA
15 - Ender.: LOCALIDADE AREIAS	19 - CEP: 64138-000
16 - Munic: LAGOA ALEGRE	17 - Cod. IBGE: 220555
	18 - UF: PI
	RG: 25735-72

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Ortocha
Uso gesso Antebraço e

*Dr. Henrique Vasconcelos Reis 1º Ten. ...
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9*

21 - Condições que justificam a internação:

El

Retirada de Placa

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

040 8060 379 (247.4)
Osteossíntese 0408020423 (552.4)

23 - Diagnóstico Inicial: **FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO**

24 - Cid Princ.: **S52.3**

25 - Cid Sec.: **S52.4**

26 - Cid C.Ass.: **S52.4**

Refratado do osso da ulna e

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA**

29 - Clínica: **POSTO II**

30 - Carater.: **02**

31 - Documento: **CPF 65265386491**

32 Doc. Med. Solic.: **65265386491**

33 - Nome Profissional / Assistente: **EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR**

34 - Data de Solicitação: **18/03/2018**

Tempo SUS: **2**

Procedimento Solicitado: 0415040012

*Dr. EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 160 / C.F. 015.000-8 (2005)
35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante*

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - N°. Bilhete.	45 - Série
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE, Empresa	44 - CBOR.
38 - () Acidente de Trabalho Trajetos.			

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47 - Data Autorização:
48 - Documento:	49 - Assinatura do Profissional Autorizador:

17/04/2018

*Henrique Vasconcelos Reis Filho
Assessor de Administração - DRCAM/IMS
CRM-PI 160 / C.F. 015.000-8 (2005)
50 - Ass. Carimb. Med. Solicitante*

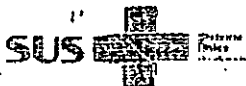
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

X Maria do Socorro da Conceição

Unidade: **ROSANGELA ARAUJO**

Consulta Local: **2018031851769**

Consulta SUS: **0:36:00**



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	603880
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	ANTONIO SILVA SOUSA	6 - Prontuário:	224930
7 - CNS:	703001872649873	8 - Nascimento:	25/12/1984
9 - Sexo:	M	10 - CPF:	012.442.713-81
11 - Mãe:	RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO SILVA	12 - Fone:	86-8.5395916
13 - Resp:	MARIA DO SOCORR DA CONCEICAO	14 - Cor:	PARDAS
15 - Ender.:	LOCALIDADE AREIAS	16 - CEP:	64138-000
17 - Cod. IBGE:	220555	18 - UF:	PI
19 - RG:	25735-72		

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Queda
sem trauma aparente

21 - Condições que justificam a internação:

El

Dr. Henrique Vasconcelos F. da T. T. T.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
BG: 105192193-2 Mat. 14495-9

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Re

23 - Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO

24 - Cid Princ.: *S52.1*

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

27 - Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA

28 - Cod. Proced.: 0408020431

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Caracter.: 02

31 - Documento:

CPF: 65265386491

32 - Data de Solicitação:

18/03/2018

33 - Nome Profissional / Assistente:

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:

18/03/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante:

DR. EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 2213 TEOT - 2054
35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	45 - Série
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR.
38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.			

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização.	50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)
48 - Documento	49 - Num. Documento	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

X Maria do Socorro da Conceição

Usuário: ROSANGELA ARAUJO

Consulta Local:

Consulta SUS: 2018031851769

Impressão: 6:36:00



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		18/03/2018	
SIM ☐ NÃO ☐		Nome: ANTONIO SILVA SOUSA		Pront.: 224930	
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 25/12/1984 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM ☐ NÃO ☐		Atendimento: 603880		Enfermaria: POSTO II	
CLÍNICA		Pal: ANTONIO FELIX DE SOUSA		ENF 205 LEITO	
		Mão: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO SILVA		Leito: 205	
Médico Assistente		RG: 2573572			
Permanência		Residência:			
CLÍNICA		LOCALIDADE AREIAS		Bairro: ZONA RURAL	
		Nr.: 0		Cidade: LAGOA ALEGRE	
		Cep: 64138000		Telefone: 86 - 95395916	

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Doença
ver sobre An D. Inesaco

DIAGNÓSTICO		
Provisório: Ref. Placa + Rx. Rachio + ulna E	CID S524	
Principal: Ref. Placa + Rx. Rachio + ulna E	CID S524	
Procedimento: Ref. Placa + Rx. Rachio + ulna E		
Sintomas e Sinais Principais ver sobre An D. Inesaco E	Causa Médica	Histo. Patológico: Ref. Placa + Rx. Rachio + ulna E Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI RG: 105192193-2 Mat. 14495-3

TRATAMENTO			
Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☒ Médico Cirurgico	Ref. Placa + Rx. Rachio + ulna E		☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☒ Médico Cirurgico

DURAÇÃO		
Data/Hora de Internação 18/03/2018 23:40:42	Data da Alta 25/03/18	Data da Hospitalização 18/03/18

ALTA		
Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico	☐ Divisão Médica ☐ Por Indisciplina ☐ Evasão ☐ P. Ambulatório ☐ Fisiologia ☐ Psiquiatria ☐ Outros	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE 18/03/18

Assinatura:

DR. EDUARDO DE SOUZA RIBEIRO JUNIOR
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 23137/OT 8093

"Humanizando o Cuidado Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 25/05/18
Nº DO PRONTUÁRIO: 22495 SALA: 07
CÓD DA CIRURGIA:

NOME: Antonio Silva Sousa Idade: Sexo: ASA:
PROCEDIMENTO: Histeria no Antinago (C) Apt/Enf e Leito:
CIRURGIÃO: Dr. Edmar AUX: Samuel ANEST.: Ivan ANESTESIA: bloqueio
INSTR.: Clara CIRC.: J. F. INICIO: FIM: SALA: 02
P.A.: F.C.: PESO: Hto: Glicemia: Creatina: Respir.:

OXIGENIO	SEQUÊNCIA	
	1	2
1		
2		

SaO ₂ (%)	E.C.G.	EtCO ₂ (mmHg)	MONITORIZAÇÃO	X - Monitorização venóse (venia)
100				ECG 10x12
95				1. 6.62 (20ml)
90				Bupivac (20ml)
85				a. 1:200 000;
80				2. 0.2 2.5mg
75				Finta 100µg
70				3. 0.5ml de
65				X final da
60				INICIO FIM
55				anestesia
50				
45				
40				
35				
30				
25				
20				

DIURESE (ml)	DIURAÇÃO
10	
20	
30	
40	
50	
60	
70	
80	
90	
100	
110	
120	
130	
140	
150	
160	
170	
180	
190	
200	
210	
220	
230	
240	
250	
260	
270	
280	
290	
300	
310	
320	
330	
340	
350	
360	
370	
380	
390	
400	
410	
420	
430	
440	
450	
460	
470	
480	
490	
500	
510	
520	
530	
540	
550	
560	
570	
580	
590	
600	
610	
620	
630	
640	
650	
660	
670	
680	
690	
700	
710	
720	
730	
740	
750	
760	
770	
780	
790	
800	
810	
820	
830	
840	
850	
860	
870	
880	
890	
900	
910	
920	
930	
940	
950	
960	
970	
980	
990	
1000	

Técnica Anestésica: Bloq. pleco braquial via INE / via axilar
Comentários Adicionais:

MONITORIZAÇÃO
☐ ECG ☐ Oxímetro ☐
☐ PAM ☐ Capnógrafo ☐
☐ PANI ☐ PVC ☐

Gases	U/min	Início	Fim	Tempo
Oxigênio ()				
N ₂ O ()				
Ar MedK ()				

Medicamentos Utilizados			
Adrenalina _____ Amp	Dolantina _____ Amp	Midazolam _____ Fr	Propofol _____ ml _____ Amp
Água dest. 10ml _____ Amp	Droperidol _____ Amp	Metronidazol _____ Fr	Ranitidina _____ Amp
Atropina _____ Amp	Efortil _____ Amp	Neocaina Psa 0,5% _____ Amp	Quelicin _____ Amp
Bextra _____ Amp	Efredim _____ Amp	Narcan _____ Amp	Quetamina _____ ml
Bromoprida _____ Amp	Enflurano _____ ml	Novabupl 0,5% _____ Fr	Remifentanil _____ Fr
Cefazolina 1g _____ Fr	Fentanil _____ ml	Nubain _____ Amp	Ringer-lactado _____ Fr
Cefatolina _____ Fr	Fentanil (S/C) _____ Amp	Neocaina _____ % _____ V _____ Fr	S. FisioIdg. 0,9% _____ ml _____ Fr
Ciprofloxacina _____ Fr	Halotano _____ ml	Neocaina 0,5% Isobár. _____ Amp	S. Glicosado 5% _____ ml _____ Fr
Clonidin _____ Amp	Hidrocortisona _____ ml	Neostigmina _____ Amp	Scalp n° _____ Und
colóide () _____ Fr	Isoflurano _____ ml	Omeprazol _____ Fr	Tracur _____ Amp
Dexametazona _____ Amp	Jelco n° _____ Und	Ondasetrona _____ Amp	Tilatil _____ Fr
Diazepam _____ Amp	Lidocaina _____ % _____ V _____ fr	Poliso Cel _____ Fr	Tiopental _____ Fr
Dilmorf _____ mg _____ Amp	Metoclopramida _____ Amp	Pancurônio _____ Amp	
Dipirona _____ Amp	Mahitol _____ Fr	Profenid _____ Fr	

Anestesiista - CRM

Jonh Herbert de Oliveira Rocha
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 6206



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 25 / 03 / 78
Nº DO PRONTUÁRIO 224930 SALA 07
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

- (1) A V V A en Dor -
- (2) Dor no MSÉ
- (3) A A en Dor -
- (4) Fractura A-D-H-E
- (5) Red Alvaras.
- (6) Red fix. radio + ulna e
- (7) Alvaras UCT 3,5
- (8) SinD - Alvaras
- (9) SinD - Alvaras
- (10) SinD - Alvaras
- (11) SinD - Alvaras
- (12) SinD - Alvaras
- (13) SinD - Alvaras
- (14) SinD - Alvaras
- (15) SinD - Alvaras
- (16) SinD - Alvaras
- (17) SinD - Alvaras
- (18) SinD - Alvaras
- (19) SinD - Alvaras
- (20) SinD - Alvaras
- (21) SinD - Alvaras
- (22) SinD - Alvaras
- (23) SinD - Alvaras
- (24) SinD - Alvaras
- (25) SinD - Alvaras
- (26) SinD - Alvaras
- (27) SinD - Alvaras
- (28) SinD - Alvaras
- (29) SinD - Alvaras
- (30) SinD - Alvaras
- (31) SinD - Alvaras
- (32) SinD - Alvaras
- (33) SinD - Alvaras
- (34) SinD - Alvaras
- (35) SinD - Alvaras
- (36) SinD - Alvaras
- (37) SinD - Alvaras
- (38) SinD - Alvaras
- (39) SinD - Alvaras
- (40) SinD - Alvaras
- (41) SinD - Alvaras
- (42) SinD - Alvaras
- (43) SinD - Alvaras
- (44) SinD - Alvaras
- (45) SinD - Alvaras
- (46) SinD - Alvaras
- (47) SinD - Alvaras
- (48) SinD - Alvaras
- (49) SinD - Alvaras
- (50) SinD - Alvaras
- (51) SinD - Alvaras
- (52) SinD - Alvaras
- (53) SinD - Alvaras
- (54) SinD - Alvaras
- (55) SinD - Alvaras
- (56) SinD - Alvaras
- (57) SinD - Alvaras
- (58) SinD - Alvaras
- (59) SinD - Alvaras
- (60) SinD - Alvaras
- (61) SinD - Alvaras
- (62) SinD - Alvaras
- (63) SinD - Alvaras
- (64) SinD - Alvaras
- (65) SinD - Alvaras
- (66) SinD - Alvaras
- (67) SinD - Alvaras
- (68) SinD - Alvaras
- (69) SinD - Alvaras
- (70) SinD - Alvaras
- (71) SinD - Alvaras
- (72) SinD - Alvaras
- (73) SinD - Alvaras
- (74) SinD - Alvaras
- (75) SinD - Alvaras
- (76) SinD - Alvaras
- (77) SinD - Alvaras
- (78) SinD - Alvaras
- (79) SinD - Alvaras
- (80) SinD - Alvaras
- (81) SinD - Alvaras
- (82) SinD - Alvaras
- (83) SinD - Alvaras
- (84) SinD - Alvaras
- (85) SinD - Alvaras
- (86) SinD - Alvaras
- (87) SinD - Alvaras
- (88) SinD - Alvaras
- (89) SinD - Alvaras
- (90) SinD - Alvaras
- (91) SinD - Alvaras
- (92) SinD - Alvaras
- (93) SinD - Alvaras
- (94) SinD - Alvaras
- (95) SinD - Alvaras
- (96) SinD - Alvaras
- (97) SinD - Alvaras
- (98) SinD - Alvaras
- (99) SinD - Alvaras
- (100) SinD - Alvaras

Dr. Henrique Vasconcelos F. Reis
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105199193-2 Mat. 14495-3

DR. ELMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 2313 TEOT - 8054

Cirurgia: Red Alvaras radio + ulna + Fix. radio + ulna e

Cirurgião: Edmar de Souza Lima Junior
1º Auxiliar: Ad. Samuel
2º Auxiliar: Ad. Samuel
3º Auxiliar:

Instrumentador: O. O. O.

Circulante: J. J. J.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNI. DE CONTROLE, AVLIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA-DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSPARENCIA

DATA 18/3/18 HORA: 14:14 Nº DO TELEFONE:

HOSPITAL SOLICITANTE MUNICÍPIO União

MÉDICO: Gleydson Freire CRM: 6486

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Cirúrgico () Pediatria (X) Outro Osteopatia

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: Antonio da Costa

Data de Nascimento: 25/11/84 Idade: 33 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF: Cartão Nacional de Saúde 7030018 7264 9873

Município de Procedência Bacia Alagoa

HDA: Queixa de mobilidade com escoriações em rosto e deformidade em membros anteriores esquerdo. Exame físico normal. Exame neurológico normal.

HD: Exame de racio e unca 35.4

ESCALA DE GLASGOW 15 Permissão de MSE por via oral

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confuso
- 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

SINAIS VITAIS

Temperatura: 36.5°C Pulso: 53 bpm Pressão: 110x70 mmHg As: O2: 99% Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração (X) Medicação (especificar) Dipirona
- () Curativo () Outros Imobilização

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Radiografia

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM

Clínica/Posto: Senha: 2018 0318 31769

Assinatura e carimbo do Médico Gleydson Freire MEDICO CRM-PI 6486



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 93244

PACIENTE: ANTONIO SILVA SOUSA

NOME DA MÃE: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO SILVA

DATA DO NASCIMENTO: 25/12/1984

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 22/03/2018

DATA DO LAUDO: 02/04/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura completa, desalinhada, na diáfise distal do rádio e da ulna, com desvio lateral das porções laterais. Placa e parafusos metálicos nas porções proximais.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.

Elis Henrique Vasconcelos F. de S. 1º Ten.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM - PI
RG: 105192193-2 Mat. 14195-3


Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 93438

PACIENTE: ANTONIO SILVA SOUSA

NOME DA MÃE: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO SILVA

DATA DO NASCIMENTO: 25/12/1984

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 23/03/2018

DATA DO LAUDO: 28/03/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fraturas oblíquas localizadas no rádio e ulna distais, fixadas por placas e parafusos metálicos.

Túneis radiolucientes de fixação metálica prévia localizadas na diafise média do rádio e ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do antebraço.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fraturas oblíquas localizadas no rádio e ulna distais, fixadas por placas e parafusos metálicos.

Túneis radiolucientes de fixação metálica prévia localizadas na diafise média do rádio e ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do antebraço.

Leis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-3

Dra. Liege de Sampaio
Médica
CRM-PI: 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3246-1520

HPMPI

ANTONIO SILVA SOUSA

Idade: 086Y

Sexo: M

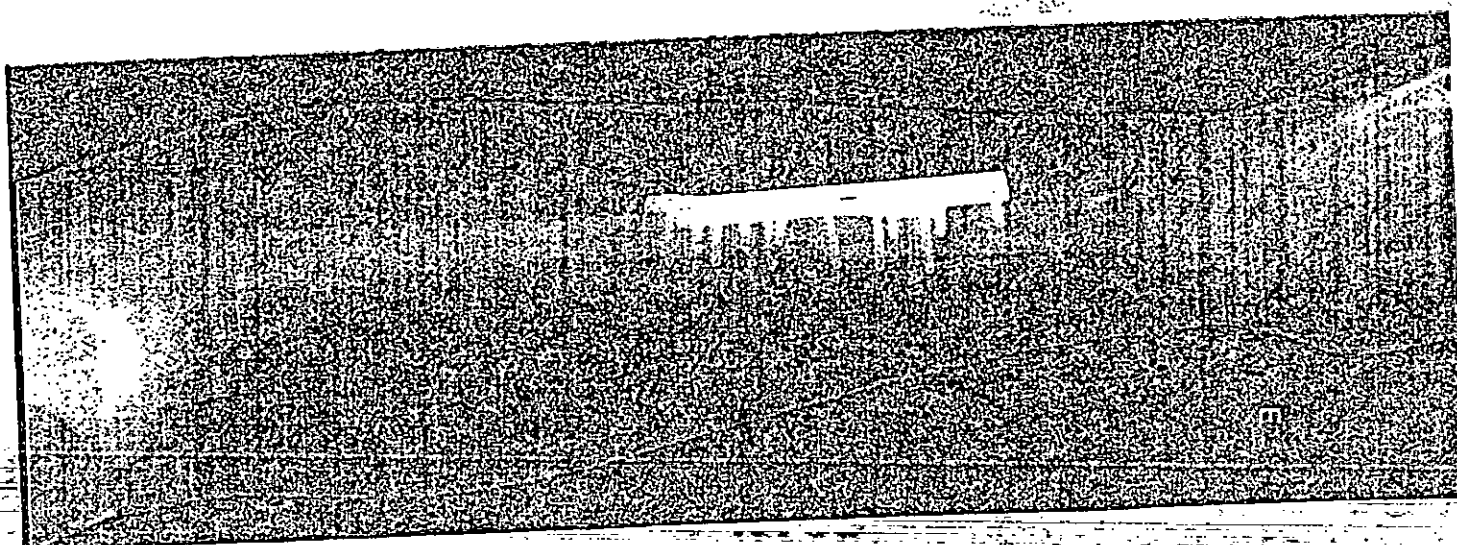
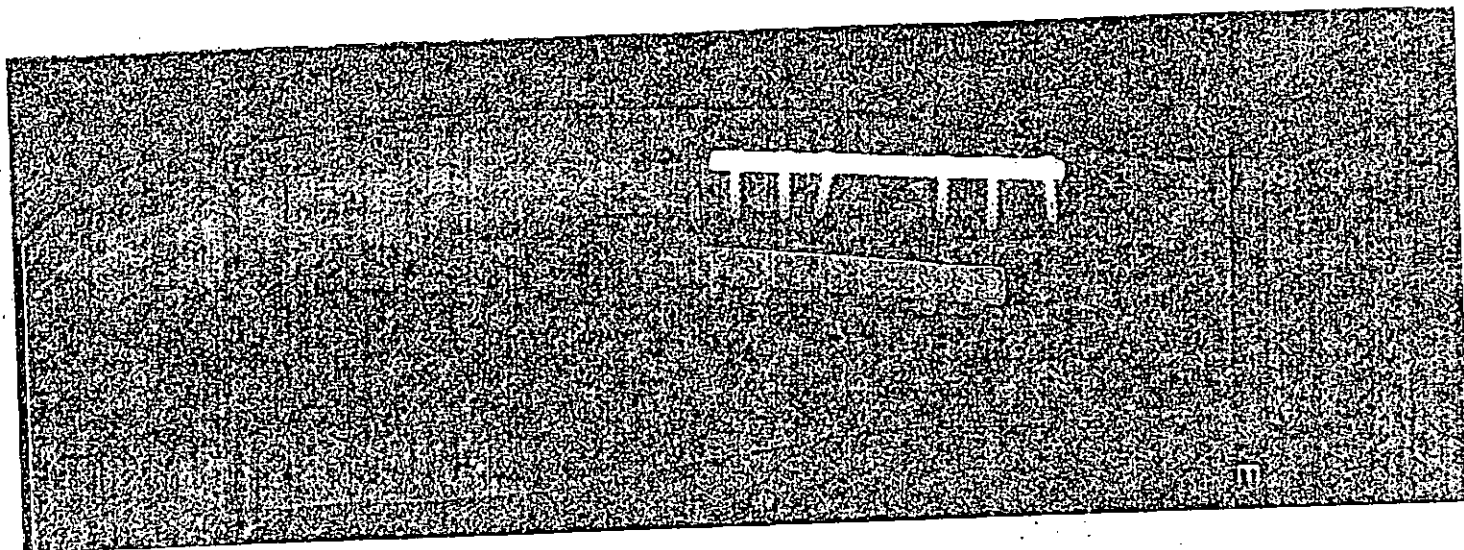
Elis Renê Vasconcelos F. de S. 1º TEI...
Chefe de Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-3

WC: 416
WW: 931

Guest
Exame: 25/03/2016 Hora: 09:31

HPM/P1
ANTONIO SILVA SOUSA
Idade: 083Y
Sexo: M

Elis Mendonça Vasconcelos Reis 1ª TEA, 2ª
Chefe do Arquivo Técnico do HPM FI
R.O. 15/03/2018 2ª MAI 14:00:00

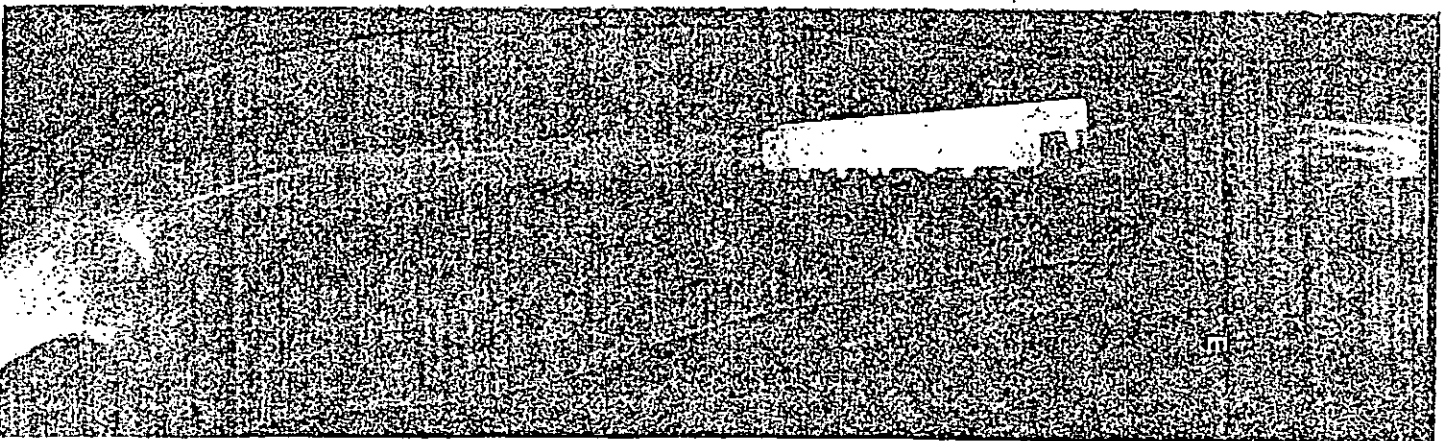
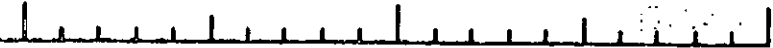
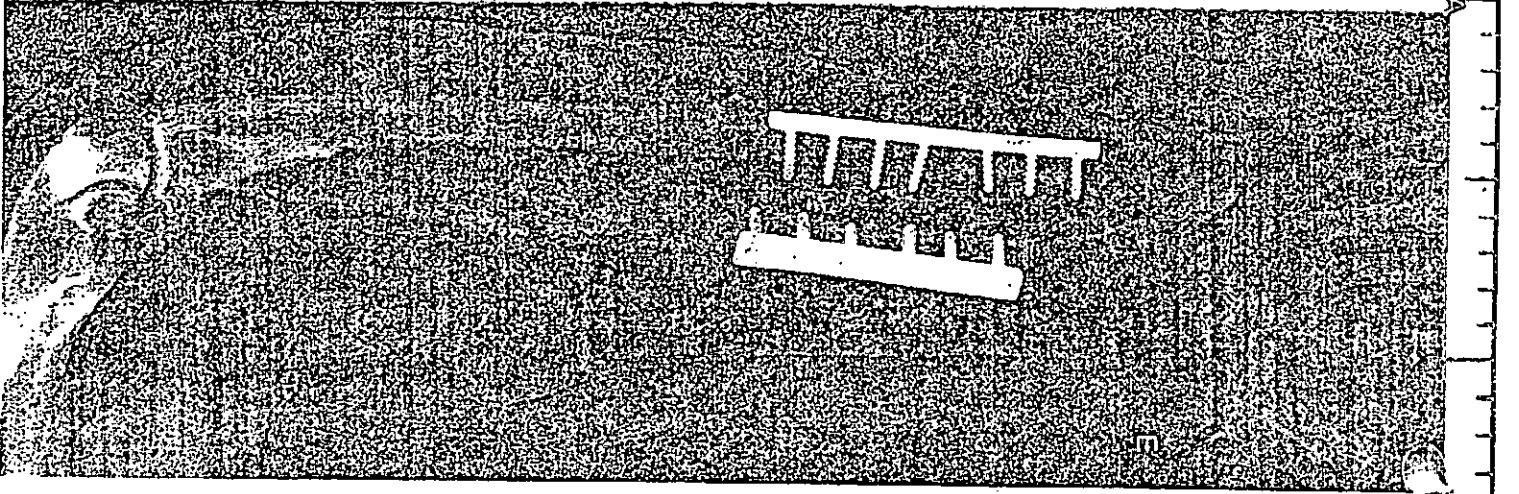


WC: 836
WM: 2079

Guest
Exame: 18/03/2018 Hora: 07:53

HPMPI
ANTONIO SILVA SOUSA
Idade: 033Y
Sexo: M

Elis Heloisa Pasconcelos, 1ª TEH, 2ª
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI
RG: 105108103-2 MEL 14405-3



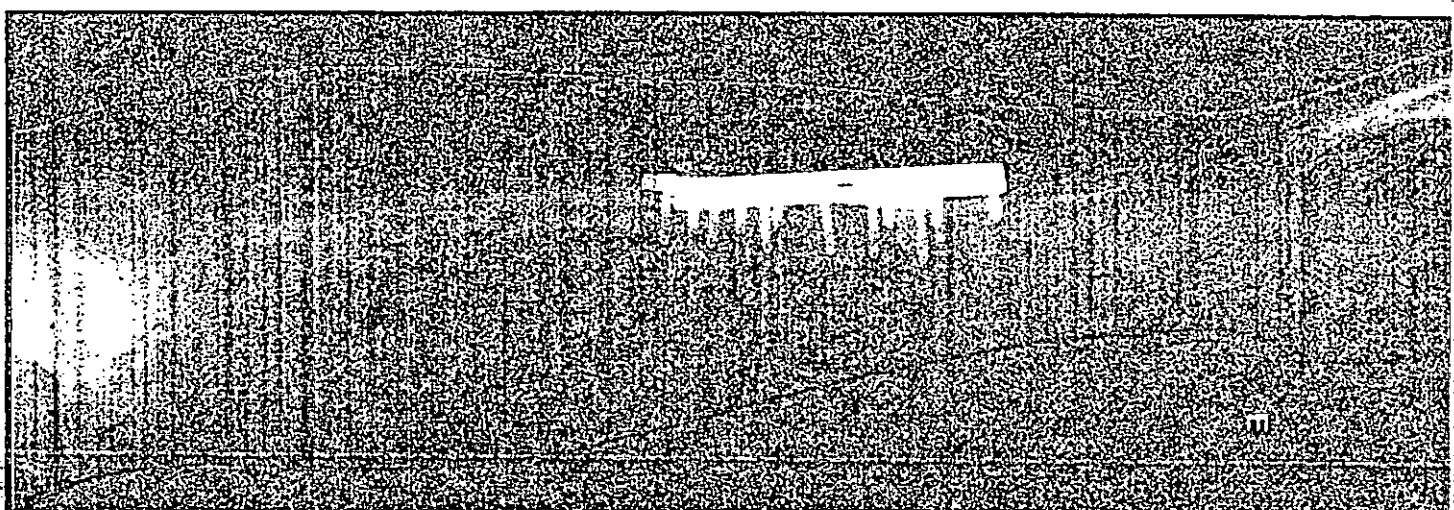
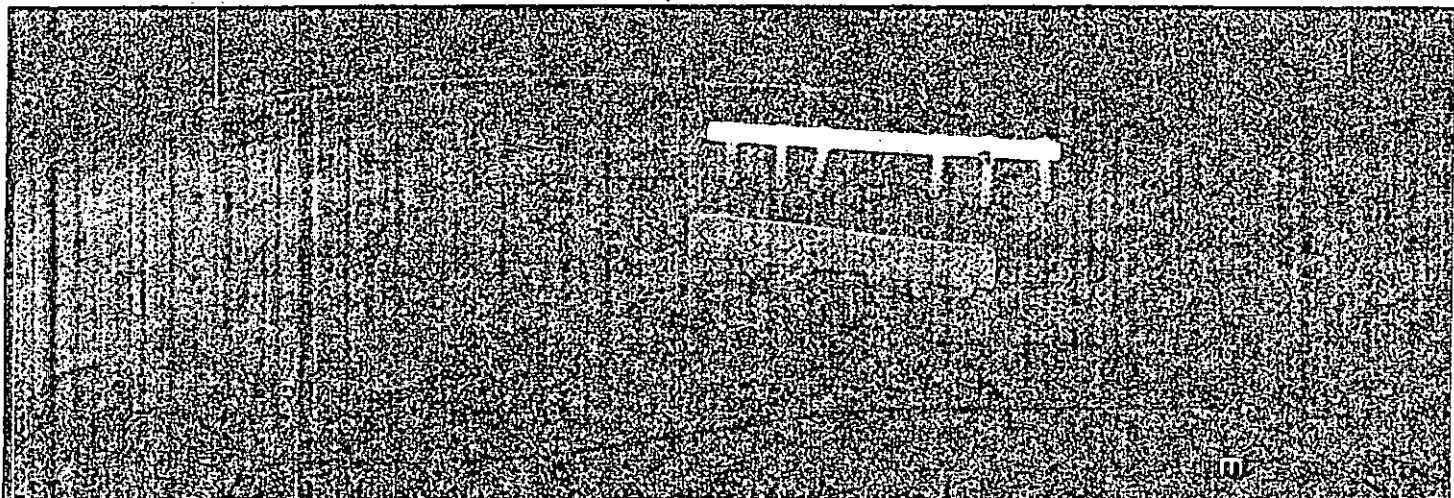
WC: 416
WW: 831

Guest
Exame: 25/03/2018 Hora: 03:31

HPM/PI
ANTONIO SILVA SOUSA
Idade: 0337
Sexo: M

Let's Melissa Vasconcelos Reis 1ª TEA
Chefe do Arquivo Técnico do HPM/PI
RG: 105198193-2 Mat. 14455-3

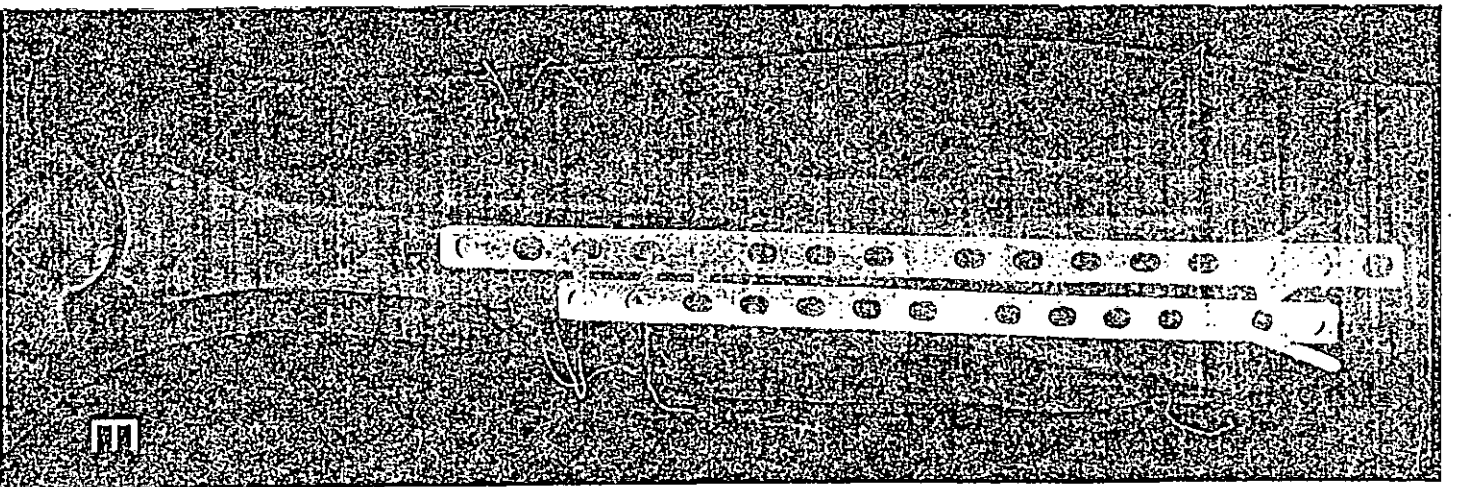
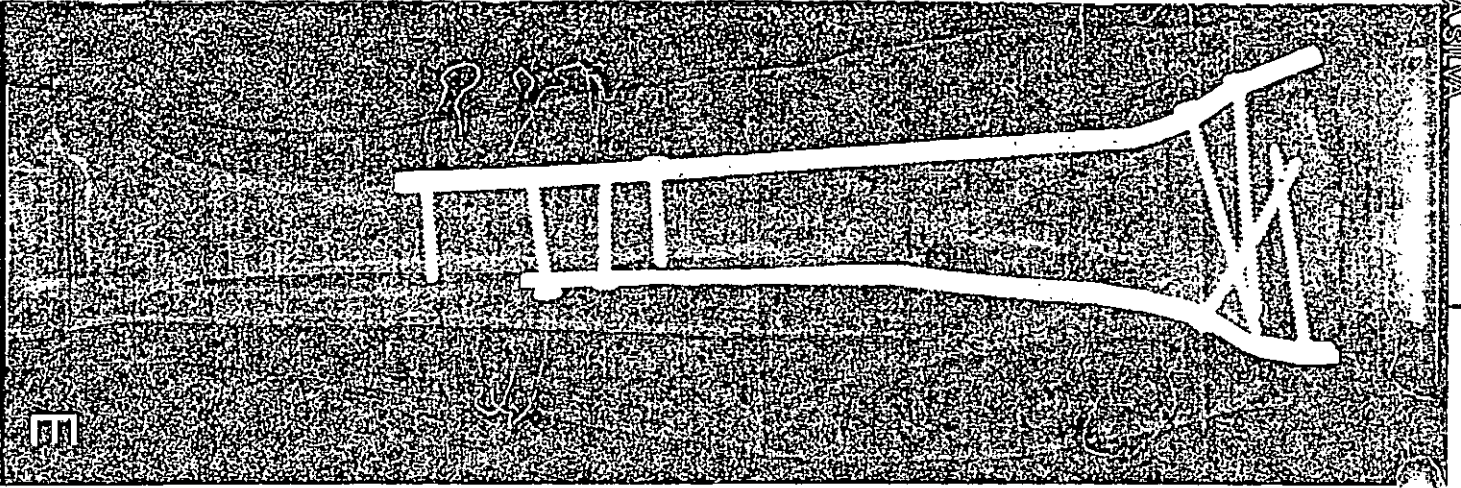
WC: 896
WM: 2079



Exame: 18/08/2018 Hora: 07:53 Quest

HPMFI
ANTONIO FRANCISCO DA SILVA
Idade: 020Y
Sexo: M

Isis Henrique Vasconcelos R. 35 1ª TE. 75
Chefe do Serviço Técnico do HPM FI
Data: 17/02/93 2-Mat. 14/02/93



C.C 205-3

WC: 448
WW: 914

Exam: 23/03/2018 Hora: 09:11
Quest



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 89865
ATENDIMENTO: 603880
PACIENTE: ANTONIO SILVA SOUSA
DATA DO NASCIMENTO: 25/12/1984
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: ERIKA FERREIRA REIS
POSTO: POSTO II ENF: 205 LEITO:

DATA: 19/03/2018

SEXO: M
IDADE: 33a 2m 23d

CREATININA..... 0,7 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,4 mg/dl
UREIA:..... 18 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:
15 a 40 mg/dl

GLICOSE..... 91 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
70 a 99 mg/dl

Leis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEh...
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 106.02193-2 Mat. 14105-3

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 89865
ATENDIMENTO: 603880
PACIENTE: ANTONIO SILVA SOUSA
DATA DO NASCIMENTO: 25/12/1984
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: ERIKA FERREIRA REIS
POSTO: POSTO II ENF: 205 LEITO:

DATA: 19/03/2018

SEXO: M
IDADE: 33a 2m 23d

COAGULOGRAMA

Material: Sangue

Tempo de Sangria..... 2,00 min.
Método: Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação..... 10,00 min.
Método: Lee-Write Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço..... NEGATIVA
Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO..... TOTAL

Elis Henrique Vasconcelos Reis 1ª TEh
Chefe do Arquivo Técnico do HPM
RG: 105128193-2 Mat. 14405-3

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 89865
ATENDIMENTO: 603880
PACIENTE: ANTONIO SILVA SOUSA
DATA DO NASCIMENTO: 25/12/1984
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: ERIKA FERREIRA REIS
POSTO: POSTO II ENF: 205 LEITO: 03

DATA: 19/03/2018

SEXO: M
IDADE: 33a 2m 23d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

Hemácias.....: 4,80 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 13,50g/dl
Hematócrito.....: 43,0%

Valores de Referências
Homem Mulher
4,5 - 6,5 3,9 - 5,8
13,5 - 18,0 11,5 - 16,4
40,0 - 54,0 36,0 - 47,0

LEUCOGRAMA:

Leucócitos.....: 8.500mil/mm³

Valores Referências
4.000 - 10.000

Bastões.....:
Segmentados.....: 72
Eosinófilos.....: 3
Bazófilos.....:
Linfócitos.....: 24
Monócitos.....: 1
Metamielócitos.....:
Mielócitos.....:

3 - 5 %
50 - 66 %
2 - 4 %
0 - 1 %
20 - 30 %
4 - 8 %
0 - 0 %
0 - 0 %

OBS:

Plaquetas.....: 172.000mm³

100.000 mm³ a 400.000
mm³

OBS:

Método: Impedância/Difrações

Leis Mourão Vasconcelos Reis 1ª TEH...
Chefe do Arquivo Técnico do HPM Fi
RG: 105199193-2 Mat. 14105-3

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

2018-03-20 15:25

ID : 92798

Nome: ANTONIO SILVA

Age: 33yrs Sex: M

Ht: 10cm Wt: 0kg

Heart Rate : 59 bpm

PR int: 152 ms

QRS dur: 94 ms

QT/QTc: 394/389 ms

P-R-T axes: 64-68-25

3Channel + 1 Rhythm Report

Analysis Result ***

cardiac Sinus (HR: 59-59)

Exo Normal

Alterações Mínimas ou Variação Normal do ECG

Inter Comment

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Hospital : uç. D?

Confirmed by :

PACIENTE: ANTONIO SILVA SOUSA

DATA NASCIMENTO: 25/03/1984

MEDICO SOLICITANTE: DR. ALEXANDRE

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

Dr. Alexandre

INSTITUTO NACIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Secretaria de Assistência Médica

ATESTADO MÉDICO

ATESTO, que o Segurado ANTONIO SILVA SOUSA

Portador da Carteira Profissional Nº _____ Série _____

necessita de 120 dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença

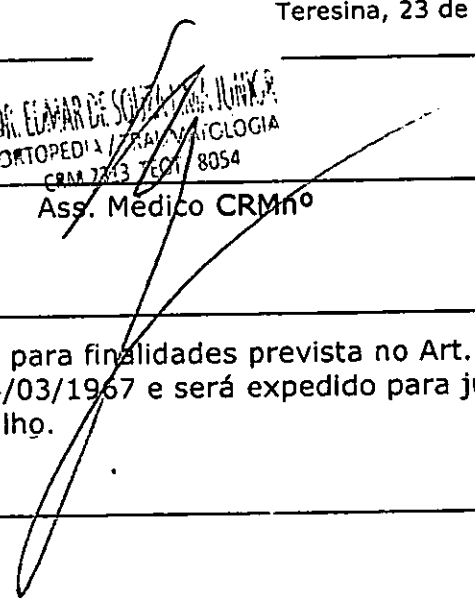
CID: S524

HPM - DIRCEU ARCOVERDE

Teresina, 23 de Março de 2018

Hospital do Ambulatório

Local e data


DR. EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 2843 TERT 8054

Ass. Médico CRM nº _____

NOTA: Este atestado é válido para finalidades prevista no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que na cidade Lagoa Alegre- PI não existe serviço de atendimento tipo: SAMU, CORPO DE BOMBEIRO, ANJOS DO ASFALTO E INSTITUTO MÉDICO LEGAL (I.L.E.).

Lagoa Alegre-PI, 05 de Agosto de 2016.


Maria de Nazaré Rocha Sousa Neta
CPF: 006.481.623-03
Sec. Municipal de Saúde
Lagoa Alegre - PI

MARIA DE NAZARÉ ROCHA SOUSA NETA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

[illegible]

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO PACIENTE _____



BOLETIM DE ATENDIMENTO

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

Nome: Antonio Silva Sousa Data Nasc.: 25/12/84

Profissão: Maquador Sexo: (M) M Raça/Cor: _____

Pair: Antonio Felix de Souza

Filiação:

Mac: Koumaka Ni da Uweia Jiw

Endereço: Aviação

Município: La Osa Alegrre
Estado: Pt

DADOS SOBRE O APENDICINAMENTO

Data do Atendimento: 38/03/18
Hor.: 12:00

Motivo do Atendimento e descrição do exame Médico:

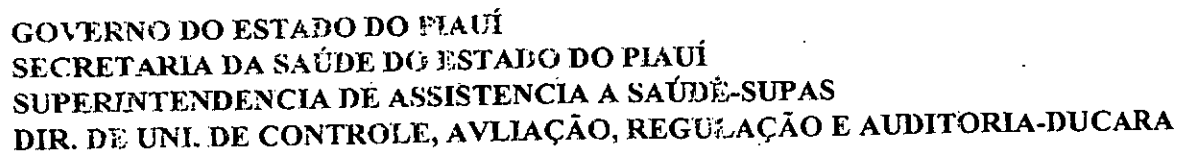
Arreda de motocicleta, opor-
tando pintura de automoveis (E

7

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

DIAGNÓSTICO:

CONDUCTA:



Clinical Notes: _____ Date: 1/17/50



Atestado que Antonio
 Silva Sousa, vítima de
 acidente de trânsito
 na data 18/03/18. Com fratura
 do quadril do lado +
 vlna E. Efr. Vlna do pé
 fratura em frnto E +
 fratura muscular 6-111 em
 MSB. Recebendo de alta
 médica após 10 dias e
 custo de 50% -

21/08/2018

Dr. Edmar S. L. Junior
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294

Dr. Edmar S. L. Junior
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294

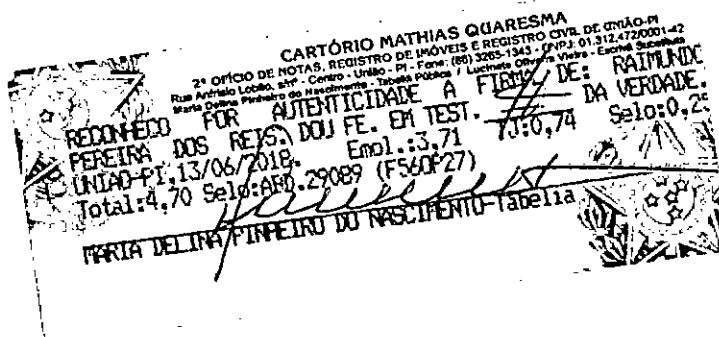
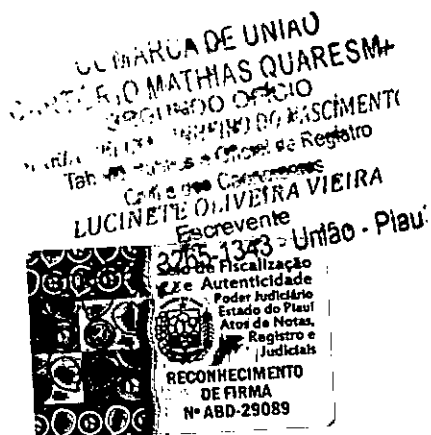
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RAIMUNDO PEREIRA DOS REIS,
RG nº 2.326.903, data de expedição 01/02/02,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 004.534.703-43 com
domicílio na cidade de LAGOA-ALEGRE no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LC. ACENTAMENTO NOVA VISTA nº 5/13
complemento B-RURAL declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ANTONIO SILVA SOUSA, cujo o condutor era
ANTONIO SILVA SOUSA.

Veículo: HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo: 2012
Ano: 2012
Placa: 0EA-7844
Chassi: 9C27C4110CR551353
Data do Acidente: 18-03-2018
Local e Data: 18-03-2018

Raimundo Pereira dos Reis
Assinatura do Declarante

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



7,66	15,3	34,65	4,3	7,47	14,95	3,71
0,00			0,00			0,00



CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSPARENCIA

HOSPITAL SOLICITANTE _____ MUNICÍPIO _____

MÉDICO: Orlando A. R. V. CRM: 6486

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetricia (☒) Trauma () Cirúrgico () Pediatria (☒) Outro Osteopatia

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: Antonio Wilson Sousa

Data de Nascimento: 25. / 01 / 84 Idade: 33 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPE: _____ Cartão Nacional de Saúde: 703003870E4 9973

Município de Procedência Delegado (Delegado)

HDA: ~~Customer use, must include some, acceptable, can not a silver medal.~~

Prunella angustifolia Lamour. Synonym: *Prunella angustifolia*.

2. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

5. 11. 1954

AD: _____ (44) 15. 11. 1968

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102
103	104	105
106	107	108
109	110	111
112	113	114
115	116	117
118	119	120
121	122	123
124	125	126
127	128	129
130	131	132
133	134	135
136	137	138
139	140	141
142	143	144
145	146	147
148	149	150
151	152	153
154	155	156
157	158	159
160	161	162
163	164	165
166	167	168
169	170	171
172	173	174
175	176	177
178	179	180
181	182	183
184	185	186
187	188	189
190	191	192
193	194	195
196	197	198
199	200	201
202	203	204
205	206	207
208	209	210
211	212	213
214	215	216
217	218	219
220	221	222
223	224	225
226	227	228
229	230	231
232	233	234
235	236	237
238	239	240
241	242	243
244	245	246
247	248	249
250	251	252
253	254	255
256	257	258
259	260	261
262	263	264
265	266	267
268	269	270
271	272	273
274	275	276
277	278	279
280	281	282
283	284	285
286	287	288
289	290	291
292	293	294
295	296	297
298	299	300
301	302	303
304	305	306
307	308	309
310	311	312
313	314	315
316	317	318
319	320	321
322	323	324
325	326	327
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339
340	341	342
343	344	345
346	347	348
349	350	351
352	353	354
355	356	357
358	359	360
361	362	363
364	365	366

4 Espontânea 5 Orientado 6 Obedece a comandos

3 - Comandos 4 - Confusa 5 - Localizador

2 - A dor 3 - Palavras inadequadas 4 - Movimento de retirada

1 -- Nenhuma 2 -- Palavras incompreensíveis 3 -- flexão anormal

2 - Extensão anormal

! - Nenhum

SINAIS VITAIS

Tex °C p: 3 bpm R: 16 min PA: 100 mmHg As: 0 Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa

() Aspiração (X) Medicação (especificar) 1/2 7:00 PM

() Aspirina () Outros

Curative: 1900-1901

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Electronica

100-443887-100

SECRET

Freire

Assinatura do carinhoso do Médico

HOSPITAL DE DESTENO

HPT

Clinical Data: _____ Conto: 1/15. V. 3. 1/17. E. 1. 1/18. 11

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

AUTONIO SILVA SOUSA

CPF da Vítima

012.442.713-81

Data do Acidente

18-03-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Declaração de Inexistência de IML



UNIAS-PI 13 de junho de 2018

Local e Data

* Autonio Silva Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

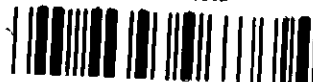
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

1114 v. 1.0

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000701/2018-39

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Everaldo Rodrigues Freire

Data/Hora: 13/06/2018 - 10:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

LOCALIDADE POÇO D'ÁGUA, Nº:

Complemento

Data/Hora

18/03/2018 - 09:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO SILVA SOUSA

RG: 2.573.572 SSP/PI

Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

Endereço: LOCALIDADE AREIAS, LAGOA ALEGRE, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

COMARCA DE UNIÃO
CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA

SEGUNDA

MARIA DELINA PINE

Tabaco

Luciano

Fone/Fax

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas
Registro e
Judiciais

AUTENTICAÇÃO
PARN-58581

CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
21 OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO
Rua Antônio Manoel, 100 - Centro - 64.000-000 - União - PI
Fone: (33) 3333-1234 - Fax: (33) 3333-5678
E-mail: cartorio@matiasquaresma.com.br
CNPJ: 08.912.345/0001-90
CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
21 OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO
Rua Antônio Manoel, 100 - Centro - 64.000-000 - União - PI
Fone: (33) 3333-1234 - Fax: (33) 3333-5678
E-mail: cartorio@matiasquaresma.com.br
CNPJ: 08.912.345/0001-90

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

MEIO(S) EMPREGADO(S)

Melo(s) Empregado

1 - OUTROS.

Apreendido

Não

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. CG 125 FAN KS

OEA7844

465970664

Vermelha

Condutor: ANTONIO SILVA SOUSA

End: LOCALIDADE AREIAS - LAGOA ALEGRE - PI Número: Complemento:

Cidade: LAGOA ALEGRE UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: RAIMUNDO PEREIRA DOS REIS

Cidade: LAGOA ALEGRE UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O denunciante compareceu a esta Delegacia para comunicar que em data, local e horário já mencionados trafegava na motocicleta acima mencionada, quando de repente foi surpreendido pelo súbito aparecimento de um animal (vaca) saindo da mata correndo e que o denunciante não teve tempo para frear ou desviar do animal ocorrendo o choque e ocasionando a queda do denunciante, que o denunciante foi socorrido por um primo seu e conduzido para o hospital de Lagoa Alegre - PI, posteriormente o denunciante foi encaminhado para o hospital da cidade de União - PI e por último foi transferido para o hospital HPM em Teresina - PI, onde o mesmo foi submetido a intervenção cirúrgica no braço esquerdo, pelos fatos aqui relatados faz o presente registro e requer certidão.

Everaldo Rodrigues Freire - Mat. 0094757
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO SILVA SOUSA
- ANTONIO SILVA SOUSA - Notificante
Responsável pela Informação

Luciano Moura Gomes de Oliveira
Delegado de Polícia
Mat. 27 1224-5

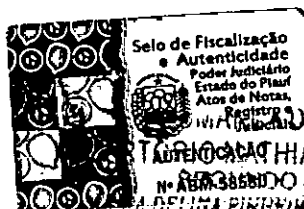


Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1114 v.1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000701/2018-39

Richardo Ribeiro Ramos de Oliveira
Delegado de Polícia
Delegado de Polícia



SELO DE FISCALIZAÇÃO
• Autenticidade
• Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas
Registro Civil
UNIAU
CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
Nº 38580 DO OFÍCIO
MÁRIA DELINA PINHEIRO DO NASCIMENTO
Tabela Pública e Oficial de Registro
Civil e dos Casamentos
LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA
Escrevente
Fone/Fax: 3365.1343 - União - Piauí

CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIAU-PI
Rua Antônio Lobato, s/nº - Centro - União - PI - Fone: (86) 3266-1343 - CEP: 01.312-472/0001-42
Mário Delina Pinheiro do Nascimento - Delegado de Polícia - 1ª Categoria - OAB/PI 134.342 - Escrivão Substituto
CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A
ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE. EM
TEST. DA VERDADE. UNIAU-PI, 13/06/2018.
MÁRIA DELINA PINHEIRO DO NASCIMENTO-Tabela
Empl.:2,39 J:0,48 Selo:0,25 Total:3,12 Selo:ADM.58580
(F560P28)

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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 012.442.713-81	Nome completo da vítima ANTONIO SILVA SOUSA
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ANTONIO SILVA SOUSA		CPF titular da conta 012.442.713-81	Profissão
Endereço RUA DA PAZ		Número 512	Complemento
Bairro B-RURAL	Cidade LAGOA ALEGRE	Estado PIAUÍ	CEP 64.138-000
Email			Telefone (DDD) (86) 99539-5916

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

Autorização de pagamento



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1987	D/V	CONTA NRO. 23752	D/V 5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

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

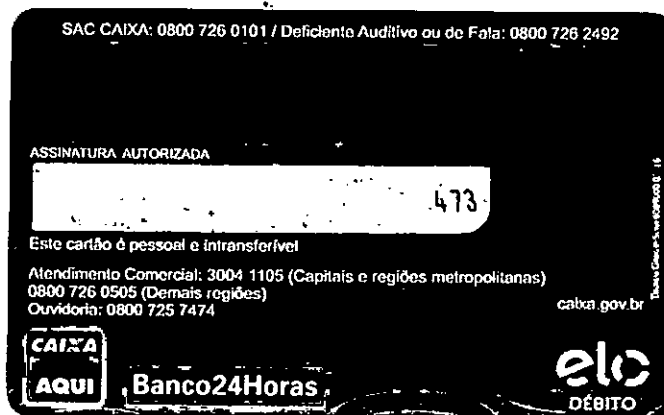
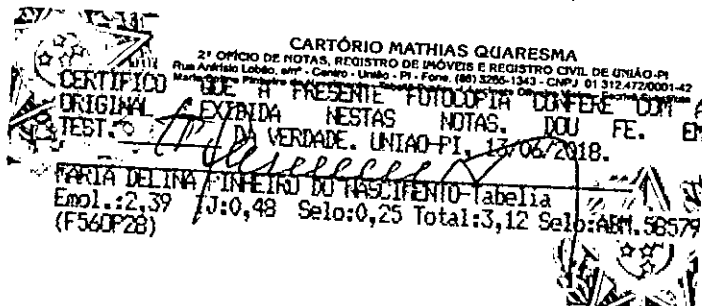
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

UNIST-PI, 13 de Junho de 2018
Local e Data

+ Antonio Silva Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 30 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180289620

Vítima: ANTONIO SILVA SOUSA

Data do Acidente: 18/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO SILVA SOUSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO SILVA SOUSA**
Nº Sinistro: **3180289620**
Vitima: **ANTONIO SILVA SOUSA**
Data do Acidente: **18/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180289620**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO SILVA SOUSA**
Nº Sinistro: **3180289620**
Vitima: **ANTONIO SILVA SOUSA**
Data do Acidente: **18/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180289620**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO SILVA SOUSA**

Sinistro: **3180289620**

Vítima: **ANTONIO SILVA SOUSA**

Data do Acidente: **18/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180289620** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO SILVA SOUSA**
Nº Sinistro: **3180289620**
Vitima: **ANTONIO SILVA SOUSA**
Data do Acidente: **18/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180289620**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO SILVA SOUSA**

Nº Sinistro: **3180289620**

Vitima: **ANTONIO SILVA SOUSA**

Data do Acidente: **18/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180289620**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13035893





(/)



Buscar no site

A
COMPANHIA ▾SEGURO
DPVAT ▾PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS ▾SALA DE
IMPRESSA ▾TRABALHE
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 a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180289620 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO SILVA SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO ANTONIO SILVA SOUSA

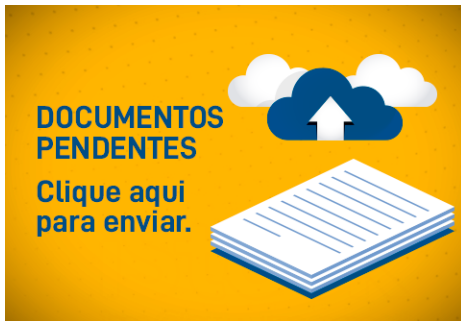
CPF/CNPJ: 01244271381

Posição em 16-06-2020 15:41:50

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/04/2019	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tFSreyN7Pzk6rk59in2V api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaRQM9ux5wj95qGH5RyX4RQA=)
02/10/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/+qyUpMzFTMD__iKlh8c api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaRQM9ux5wj95qGH5RyX4RQA=)
04/08/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/30SG__5ILLfbWJnkKfL api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaRQM9ux5wj95qGH5RyX4RQA=)
13/07/2018	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1UybW0tG9KO7bFc3p api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaRQM9ux5wj95qGH5RyX4RQA=)

03/07/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/cGBCvfCptPCKtEs4yd7api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaRQM9ux5wj95qGH5RyX4RQA=)
03/07/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8qx2R0+Sn5T0IUC5L8api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaRQM9ux5wj95qGH5RyX4RQA=)



(<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.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)
l%C3%ADder-
dpvat)

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)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180289620 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SILVA SOUSA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº3170415195 EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL MESMO SEGMENTO CORPORAL LESIONADO, VALORAÇÃO MANTIDA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226438/18

Número do Sinistro: 3180289620

Vítima: ANTONIO SILVA SOUSA

CPF: 012.442.713-81

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO SILVA SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

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: 10/09/2018
Nome: ANTONIO SILVA SOUSA
CPF: 012.442.713-81

ANTONIO SILVA SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180289620 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SILVA SOUSA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº3170415195 EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL MESMO SEGMENTO CORPORAL LESIONADO, VALORAÇÃO MANTIDA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180289620 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SILVA SOUSA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº3170415195 EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL MESMO SEGMENTO CORPORAL LESIONADO, VALORAÇÃO MANTIDA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180289620 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SILVA SOUSA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº3170415195 EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL MESMO SEGMENTO CORPORAL LESIONADO, VALORAÇÃO MANTIDA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

De: Jose.Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226438/18

Número do Sinistro: 3180289620

Vítima: ANTONIO SILVA SOUSA

CPF: 012.442.713-81

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/03/2018

Titular do CPF: ANTONIO SILVA SOUSA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

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: 10/09/2018
Nome: ANTONIO SILVA SOUSA
CPF: 012.442.713-81

ANTONIO SILVA SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCÓLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226438/18
Vítima: ANTONIO SILVA SOUSA
CPF: 012.442.713-81

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/03/2018
Titular do CPF: ANTONIO SILVA SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

Outros



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: 02/07/2018
Nome: ANTONIO SILVA SOUSA
CPF: 012.442.713-81

ANTONIO SILVA SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

Alessandra Magalhães

De: Suporte - J E M Reguladora <suporte@jemreguladora.com.br>
Enviado em: segunda-feira, 2 de julho de 2018 10:33
Para: Projeto Correio; Ronald Santos
Cc: admin@jemreguladora.com.br
Assunto: 3180289620 ANTONIO SILVA SOUSA
Anexos: Comprovação de ato declaratório.jpg

Prioridade: Alta

Prezado(a),

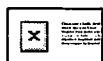
Venho através deste solicitar o recebimento da "Comprovação de ato declaratório" em anexo, para continuidade da regulação e análise do processo.

Nº Sinistro	Vitima	CPF	Natureza	Status	Obs
3180289620	ANTONIO SILVA SOUSA	012.442.713-81	Invalidez	Pendente	Comprovação de ato declaratório Deverá ser apresentada a cópia do ato declaratório(Ex.: 1º atendimento, remoção do SAMU, Inquérito)

Desde já grato pela atenção!!!

Atenciosamente,

Marinaldo Costa
Analista de Sinistro - DPVAT
J E M Reguladora de Sinistros
Rua Alberto Silva, 1311 – Sala 10
Ed. Odete Flores
Lagoa Seca - Natal/RN – CEP 59022185
Tels.: (84)3343-0117 / (84)99461-7268
suporte@jemreguladora.com.br



Livre de vírus. www.avast.com.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CIVIL

2.573.572

DATA DE
EMISSÃO

21/05/2003

NOME

ANTONIO SILVA SOUSA

FILIAÇÃO

ANTONIO FELIX DE SOUSA E RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO SILVA

NATURALIDADE

LAGOA ALEGRE-PI

DATA DE NASCIMENTO

25/12/1984

CERT. NASC. 409290 L 410 F

230 UNIAO/PI 17/05/89

ASSISTENTE DO DIRETORIA

LEI Nº 118 DE 2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS

POLEO DIREITO

ANTONIO SILVA SOUSA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Emissão

Correios

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Secretaria de Identificação

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

012.442.713-81

Nome

ANTONIO SILVA SOUSA

Nascimento

25/12/84



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI 0020160335649 Nº 012713350338
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 465970664 2017
CÓD. RENAVAM 465970664 R.N.T.R.C. 2017
EXERCÍCIO 2017

NOME
RAIMUNDO PEREIRA DOS REIS

PLACA ANT./UF 00453470343
PLACA 00EA-7844

ESPECÍFICO 9C2JC4110CR551353
CHASSI 9C2JC4110CR551353

MARCA / MODELO HONDA/CG 125-FAN KS
CONSUMTIVEL GASOLINA

CAP / POT / CL. 002P/124CC
CATEGORIA PARTIC
COT. ÚNICA 1
COTAS 1
VENC. COTA ÚNICA 1
VENC. COTAS 1
1º IPVA
2º
3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 100 (R\$) 100
PREMIO TOTAL (R\$) 100
PAGO 100
DATA DE PAGAMENTO 2/5/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESTRICÇÕES
SEM RESTRICÇÕES
SEM RESTRICÇÕES

LAGOA ALEGRE
DATA 2/5/2017

AGAO MARTINS DO REGO LOBATO
DIRETOR GERAL DO DENATRAN

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

PI Nº 012713350338 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017
DATA EMISSÃO 2/5/2017

RENAVAM 00453470343
MARCA / MODELO HONDA/CG 125-FAN KS

ANO FAB. 2012
DATA 09/09/2012
CHASSI 9C2JC4110CR551353

PREMIO TARIFARIO
CUSTO DO BILHETE (R\$) 81,28
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31
TOTAL A SER INCREMENTADO (R\$) 171,59

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15
CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,70
TOTAL A SER INCREMENTADO (R\$) 5,85

PAGAMENTO
COTA ÚNICA
PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO 28/04/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.644/0001-04
www.seguradoralider.com.br

FEV/2016

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226438/18
Vítima: ANTONIO SILVA SOUSA
CPF: 012.442.713-81

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/03/2018
Titular do CPF: ANTONIO SILVA SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



ANTONIO SILVA SOUSA : 012.442.713-81

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: 19/06/2018
Nome: ANTONIO SILVA SOUSA
CPF/CNPJ: 012.442.713-81

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/06/2018
Nome: MARCO ANTONIO LOUREIRO DOMINGOS
CPF: 070.164.987-94

ANTONIO SILVA SOUSA

MARCO ANTONIO LOUREIRO DOMINGOS

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE () INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA ANTONIO SILVA SAUSA

VÍTIMA ANTONIO SILVA SAUSA

DATA DO ACIDENTE 18/03/18 POSSUI CPF Nº SIM () NÃO Nº CPF 018.442.713-81

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

() Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)

() CPF do Representante Legal (cópia simples)

() Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022.1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (4) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim () Não
- (4) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (3) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- (1) Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (1) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- (4) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- (4) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (4) CPF da vítima (cópia simples)
- (1) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (4) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- (4) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (1) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (1) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- (1) Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- (1) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- (1) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (1) CPF da vítima (cópia simples)
- (1) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (1) Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- (1) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (1) Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- (1) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- (1) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (1) CPF da vítima (cópia simples)
- (1) Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- (1) CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- (1) Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- (1) Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- (1) Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- (1) Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- (1) Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
- (1) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- (1) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- (1) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- (1) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- (1) Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- (1) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- (1) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- (1) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- (1) Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- (1) Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- (1) Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) ANTONIO SILVA SAUSA

Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador

E-mail Tel: ()

Data 18/03/18 Assinatura ANTONIO SILVA SAUSA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Atc Alcege

Atendente Francisco Antonio de Melo Matrícula 8.529.855-6

Data: 13/06/2018 Assinatura: Francisco Antonio de Melo

Gerente ACELERAR Lógica Alameda

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora LIDER, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora LIDER except where provided for in a written agreement between you and Seguradora LIDER. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PI
 Rua Antônio Lobato, s/nº - Centro - União - PI. Fone: (86) 3265-1343 - CNPJ: 01.312.472/0001-42

CERTIFICADO QUE EM PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS. DOU FE. EM 13/06/2018.

ANTONIO SILVA SOUSA
 2.573.572
 21/05/2003
 ANTONIO FELIX DE SOUSA E RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO SILVA
 LAGOA ALEGRE-PI
 25/12/1984

CELESTAS
 409290 L 410 F
 230 UNIAO/PI 17/05/2018

ANTONIO SILVA SOUSA

CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
 2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PI
 Rua Antônio Lobato, s/nº - Centro - União - PI. Fone: (86) 3265-1343 - CNPJ: 01.312.472/0001-42

CERTIFICADO QUE EM PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS. DOU FE. EM 13/06/2018.

MARIA DELINA PINHEIRO DU NASCIMENTO-Tabella
 Emol.:2,39 TJ:0,48 Selo:0,25 Total:3,12 Selo:ABM.58577 (F560P28)

2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PI
 Rua Antônio Lobato, s/nº - Centro - União - PI. Fone: (86) 3265-1343 - CNPJ: 01.312.472/0001-42

CERTIFICADO QUE EM PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS. DOU FE. EM 13/06/2018.

MARIA DELINA PINHEIRO DU NASCIMENTO-Tabella
 Emol.:2,39 TJ:0,48 Selo:0,25 Total:3,12 Selo:ABM.58577 (F560P28)

ANTONIO SILVA SOUSA

CPF
 Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de Inscrição: 01244227-03-88
 Nome: ANTONIO SILVA SOUSA
 Nascimento: 25/12/1984

Selo de Fiscalização e Autenticidade
 Poder Judiciário
 Estado do Piauí
 Arqs de Notas, Registro e Judicial

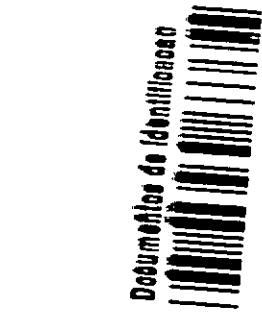
AUTENTICAÇÃO
 N° ABM-58578

CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
 2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PI
 Rua Antônio Lobato, s/nº - Centro - União - PI. Fone: (86) 3265-1343 - CNPJ: 01.312.472/0001-42

CERTIFICADO QUE EM PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS. DOU FE. EM 13/06/2018.

MARIA DELINA PINHEIRO DU NASCIMENTO-Tabella
 Emol.:2,39 TJ:0,48 Selo:0,25 Total:3,12 Selo:ABM.58578 (F560P28)

IDENTIFICACAO BIOMETRICA
 TITULO ELEITORAL
 ASSINOS VALIS CINOLANI
 DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1984
 ZONA: 016
 DATA DE EMISSAO: 11/04/2016
 MUNICIPIO/UF: LAGOA ALEGRE/PI



Selo de Fiscalização e Autenticidade
 Poder Judiciário
 Estado do Piauí
 Arqs de Notas, Registro e Judicial

AUTENTICAÇÃO
 N° ABM-58576

CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
 2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PI
 Rua Antônio Lobato, s/nº - Centro - União - PI. Fone: (86) 3265-1343 - CNPJ: 01.312.472/0001-42

CERTIFICADO QUE EM PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS. DOU FE. EM 13/06/2018.

MARIA DELINA PINHEIRO DU NASCIMENTO-Tabella
 Emol.:2,39 TJ:0,48 Selo:0,25 Total:3,12 Selo:ABM.58576 (F560P28)