

Controle de do x Audiências x Upload x Consulta proc x 0800112-60.20 x WhatsApp x Tribunal de Jus x Download file x +

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=184449&ca=8d819a3e38b1cafb4485b2186c065a7d0...

Apps Processo Virtual Na... =Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0800112-60.2019.8.18.0076
ANTONIO SILVA SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO D...

10458347 - CONTESTAÇÃO (2729203 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/06/2020 10:54:10

25 Jun 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10458343 - CONTESTAÇÃO
- 10458347 - CONTESTAÇÃO (2729203 CONTESTACAO 01)
- 10458350 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 10458353 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 10458354 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 10458356 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)

2729203- CS/ 2020-02311/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE UNIAO/PI

PROCESSO: 08001126020198180076

prot + peça.pdf peça.pdf prot + peça.pdf pç.pdf prot + peça.pdf Exibir todos

PT 10:54 25/06/2020



Número: **0800112-60.2019.8.18.0076**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de União**

Última distribuição : **14/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Inadimplemento, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

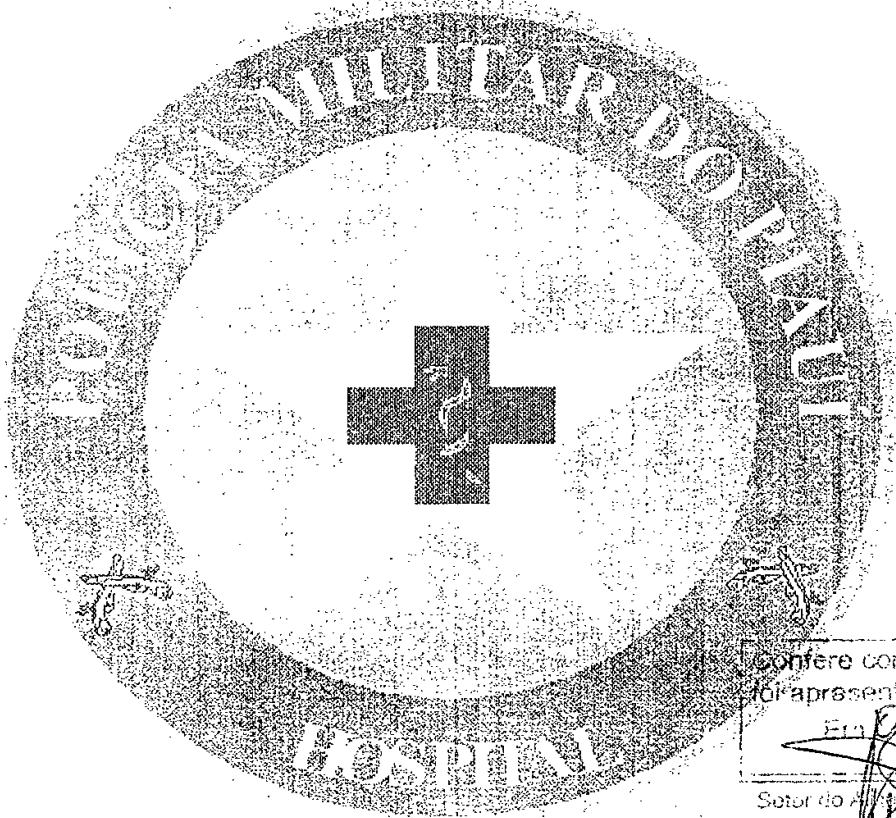
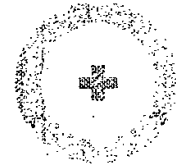
Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO SILVA SOUSA (AUTOR)		SERGIO LUIZ OLIVEIRA LOBAO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10458 343	25/06/2020 10:54	CONTESTAÇÃO	CONTESTAÇÃO
10458 350	25/06/2020 10:54	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
10458 353	25/06/2020 10:54	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
10458 354	25/06/2020 10:54	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

JUNTADA DE CONTESTAÇÃO E PROCESSO ADMINISTRATIVO





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 do(a) fe

Em 04/06/18

Sector do Arquivo Técnico
Luis Fernando Vasconcelos Reis - TCM PI
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-8

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
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPi
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(AIS)	Nº LAUDO: 60426
	AIH: 22.18100161277

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		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DAS DIAFISES DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]	S52.4		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE COM FRATURA DO ANTEBRACO ESQUERDO, NECESSIDADE DE CIRURGIA. COM TRATAMENTO CIRURGIAS MULTIPLAS: TTO CIRURGICO DE FRATURA DIA FISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACO C/ SINTESE: CID: S52.4 COD - 0408020431. RETIRADA DE PLACAS CID: Z47.0 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

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

blank





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

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	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:	220565	18 - UF:	PI	RG:	25735-72

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Queda
sem lesão

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

21 - Condições que justificam a internação:

Ed

Retirada de Placa

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

h.o.

Osteossintese

0408020423 (552.4)

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: *S52.4*

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DE DIAFISE DO RÁDIO

Reprodutibilidade

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020431 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA

29 - Clínica:

30 - Carater.: 02

31 - Documento: 1

32 Doc. Med. Solic.: 65265386491

33 - Nome Profissional / Assistente

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:

18/03/2018

Tempo SUS

2

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 160 / C.R. 013.000-1
35 - Ass. Contábil. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

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

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

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

48 - Documento

49 - Assinatura do Profissional

17/04/2018

Henrique Almeida Filho
Assessor de Administração - DCA/AFMS
CRM-PI 160 / C.R. 013.000-1
35 - Ass. Contábil. Med. Solicitante

51 - Assinatura Paciente ou Responsável

X Maria do Socorro da Conceição

Usuário:

ROSANGELA ARAUJO

Consulta Local:

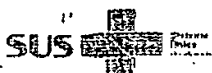
Consulta SUS:

20180318151759

Impressão:

0:36:00





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

603880

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

0

ZONA RURAL

18 - 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
lesão da articulação

21 - Condições que justificam a internação:

El

Dr. Henrique Vasconcelos F. de T. TEJ.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105192193-2 Mat. 14495-9

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

Ar.

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S52.3

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA DIAFISE DO RADIO

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0409020431

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RADIO / DA ULNA

Tempo SUS

2

29 - Clínica:

30 - Caracter:

Ident.: 1

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.:

CPF: 65265386491

POSTO II

33 - Nome Profissional / Assistente

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:

18/03/2018

DR. EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 2213 TEOT - 2054
35 Anos, Contrib. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE, Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)

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	
SIM ☐ NÃO ☐		18/03/2018	
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nome: ANTONIO SILVA SOUSA	
SIM ☐ NÃO ☐		Pront.: 224930	
CLÍNICA		Nasc.: 25/12/1984 Sexo: M Convênio: SUS - INTERNACAO	
Médico Assistente		Atendimento: 603880 Enfermaria: POSTO II ENF 205 LEITO Leito: 205	
Permanência		Pal: ANTONIO FELIX DE SOUSA	
CLÍNICA		Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO SILVA	
		RG: 2573572	
		Residência:	
		LOCALIDADE AREIAS	
		Nr.: 0	
		Cep: 64138000	
		Bairro: ZONA RURAL	
		Cidade: LAGOA ALEGRE	
		Telefone: 86 - 95395916	
Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.			
Doença ver ahu An D. Inesaco			
DIAGNÓSTICO			
Provisório: Ref. Plana. hachto + ulna E		CID S52.4	
Principal: Ref. Plana. hachto + ulna E		CID S52.4	
Procedimento: Ref. Plana + Fix. hachto + ulna E			
Sintomas e Sinais Principais ver ahu An D. Inesaco E		Causa Médica Histo. Patológico Arts. Histo. Patológico Chegado ao Arquivo Técnico do HPM-Pi RG: 105199193-2 Mat. 14495-3	
TRATAMENTO			
Tipo:		Terapêutica Médica	
☐ Nenhuma		☐ Médica	
☐ Médico		☐ Cirurgia	
☒ Médico Cirurgico		☐ Médica Cirurgico	
Data/Hora de internação 18/03/2018 23:40:42		Data da Alta 25/03/18	
ALTA			
Saída		Transferência	
☐ Curado		☐ Fisiologia	
☒ Melhorado		☐ Psicologia	
☐ Inalterado		☐ Outros	
☐ A Pedido			
☐ Internação p/ Diagnóstico			
Divisão Médica		Óbito	
☐ Por Indisciplina		☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico	
☐ Evasão		☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico	
☐ P. Ambulatório		☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação	
THE 23.03.18		Assinatura: DR. EDUARDO DE SOUZA RIBEIRO JUNIOR	
		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
		CRM 2313 / COT 8057	

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Hílino 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: 25/07/18
Nº DO PRONTUÁRIO: 2249 sala 07
CÓD DA CIRURGIA:

NOME: Antonio Silva Sousa Idade: Sexo: ASA:
PROCEDIMENTO: Histero miotomia (C) Apt/Enf e Leito:
CIRURGIÃO: Dr. Edmar AUX: Samuel ANEST.: Jhon ANESTESIA: bloqueio
INSTR.: Edmar CIRC.: Jhon INÍCIO: FIM: SALA: 02
P.A. F.C. PESO: Hto Glicemia Creatina Respir.

MONITORIZAÇÃO	OXIGENIO		SEQUÊNCIA
	1	2	
RESPIRAÇÃO VOLUNTÁRIA			
MONITORIZAÇÃO	SaO ₂ (%)		X - Monitorização venóclav (vein)
	E.C.G.		
MONITORIZAÇÃO	EtCO ₂ (mmHg)		E.C.G. 10x12
MONITORIZAÇÃO	P.A. Média		① 6.102 (20ml) Bupivacaína (20ml)
	Frequência Cardíaca		
MONITORIZAÇÃO	Temperatura		c. 1:200 000; ② 402 25mg Fanta 100mg W; ③ Opióide 2mg W
MONITORIZAÇÃO	DIURESE (ml)		X - final de início fim anestesia

Técnica Anestésica:

Comentários Adicionais:

Bloq. pleco braquial via INE/ via axilar

MONITORIZAÇÃO

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

Gases	Umin	Início	Fim	Tempo
Oxigênio (%)				
P ₅₀ (%)				
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	Novabupri 0,5% _____ Fr	Remifentanil _____ Fr
Cefazolina 1g _____ Fr	Fentanil _____ ml	Nubain _____ Amp	Ringer-lactado _____ Fr
Cefotilina _____ Fr	Fentanil (S/C) _____ Amp	Neocaina _____ % _____ V _____ Fr	S. Fisiológico 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
Coláide () _____ 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
Dimorf _____ mg _____ Amp	Metoclopramida _____ Amp	Pancurônio _____ Amp	
Dipirona _____ Amp	Manitol _____ Fr	Profenid _____ Fr	

Anestesista - CRM

Jonh Herbert de Oliveira Rocha
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 246





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

BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 25 / 03 / 18
Nº DO PRONTUÁRIO 224930 SALA 07
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

- (1) A H V A - em Dow -
- (2) Bando do MSE
- (3) A A - em - chex
- (4) Fratura A - D - H -
- (5) Med. Alvaras.
- (6) Med. fix. Radio + ulna e
- (7) Alvaras UCT 3,5
- (8) Sino - Alvaras
- (9) em D - H -
- (10) Med. joelho MSE

Med. Alvaras
Alvaras - O. A. - Alvaras
→ 440
0408060379

* O. A. - Alvaras
em Radio + ulna e
5524
408020423

Dr. Henrique Vasconcelos Reis - J. T. E.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105193193-2 Mat. 14495-3

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

Cirurgia: Med. Alvaras Radio + ulna + Fix. Radio + ulna e

Cirurgião: Edmar de Souza Lima Junior
DR. ELAMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 2313 TEOT - 8054

1º Auxiliar: Ad. Samuel

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Eliarte

Circulante: J. Jesus





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 Osteoporose

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: Antonio da Costa Sousa

Data de Nascimento: 15/11/84 Idade: 33 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPE: _____ Cartão Nacional de Saúde 703001872649873

Município de Procedência Bager Alegre

HDA: Queixa de mobilidade com encoxação em joelho e alteração de

em membros anteriores inferiores. Exame físico normal

estável. Ausculta cardíaca normal. Exame neurológico normal

HD: Exame de joelho e náca 35.4

ESCALA DE GLASGOW 15 Percurso de MSE preservada

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

5 Obedece a comandos

5 - Localiza dor

4 - Movimento de retirada

3 - flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tem °C P: 53 bpm R: 12 mm PA: 110 x 70 mmHg As: O: 99% Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa

() Aspiração (X) Medicação (especificar) Dexametasona

() Curativo () Outros Simbolicos

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Radiografia

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM

Clinica/Posto: _____ Senha: 2018031851769

Assinatura e carimbo do Médico
Gleydson Freire
Médico
CRM-PI 6486/MA 8957



**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.

Leis Mendonça Vasconcelos F. AS T. TEL.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM-PI
RG: 105199193-2 Mat. 14405-3


Naira Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

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

Telefone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3216-1520





**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.

Dr. Leis Henrique Vasconcelos R. 1º Ten.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198183-2 Mat. 14495-9

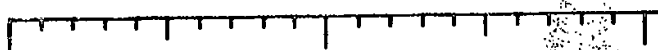
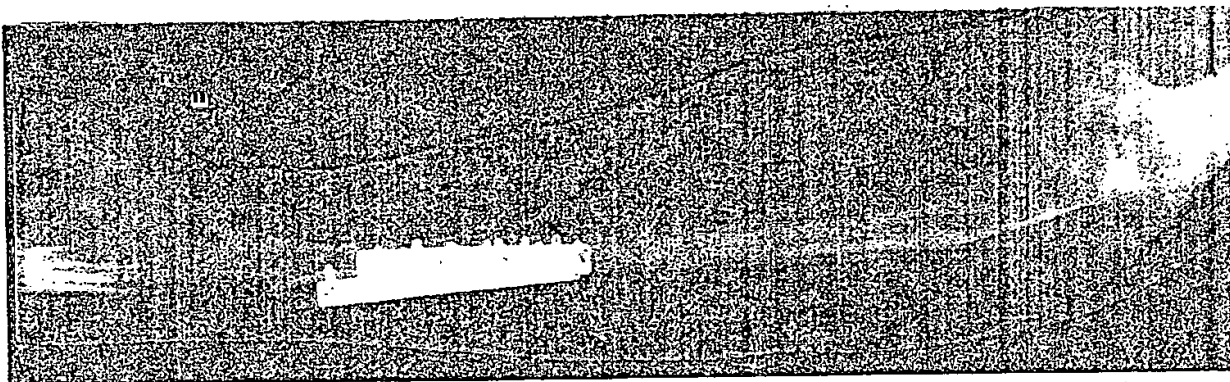
Dr. Liege de Sampaio
Médica
CRM-PI: 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

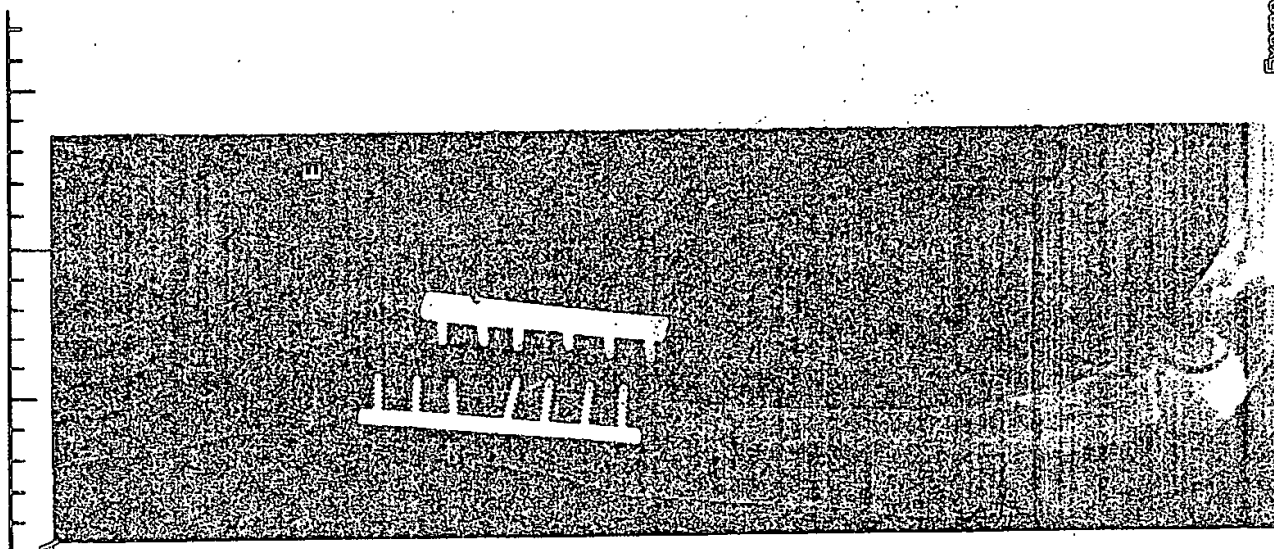
Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
GEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3216-1520





Quest
Exame: 25/03/2018 Hora: 08:31



TPM/PI
ANTONIO SILVA SOUSA
data: 08/07
Sexo: M

Leis Mendonça Vasconcelos 1.º TEI...
Chefe de Arquivo Técnico do HPM FI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-3

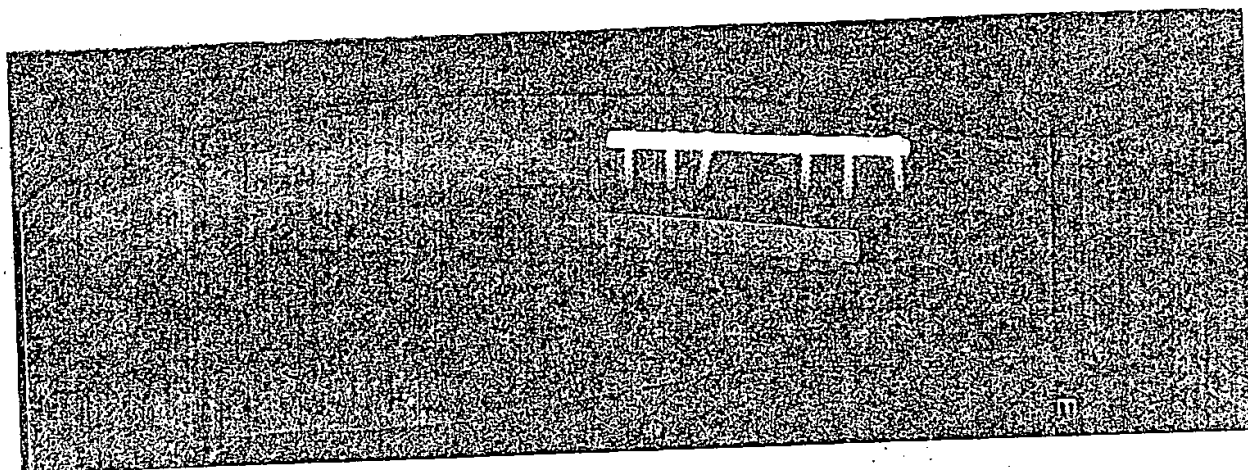
WC: 416
WW: 831



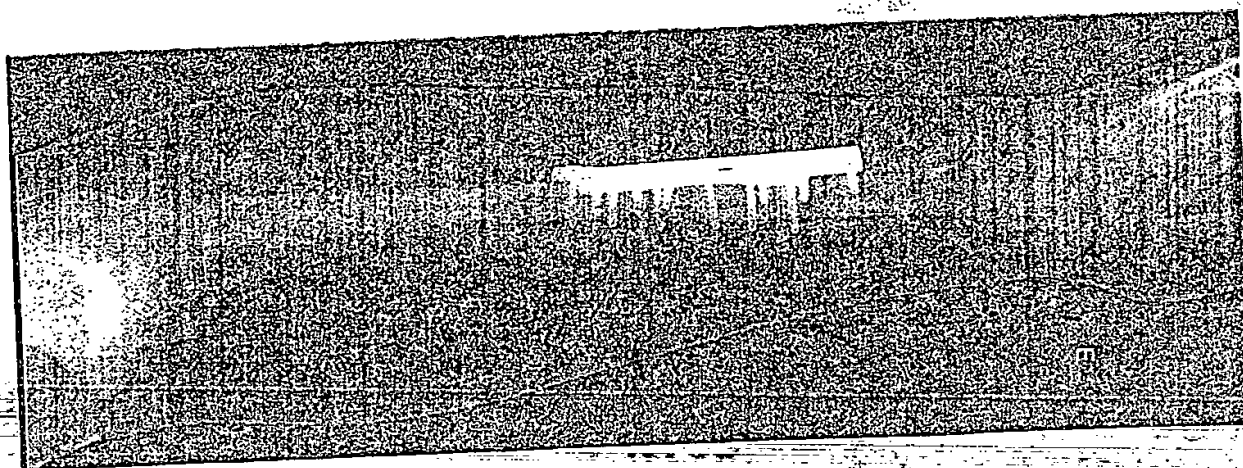
HPM/PI
ANTONIO SILVA SOUSA
Idade: 033Y
Sexo: M

Fls. 144/145
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
Nº: 20062510540925300000009927267

WC: 836
WM: 2079



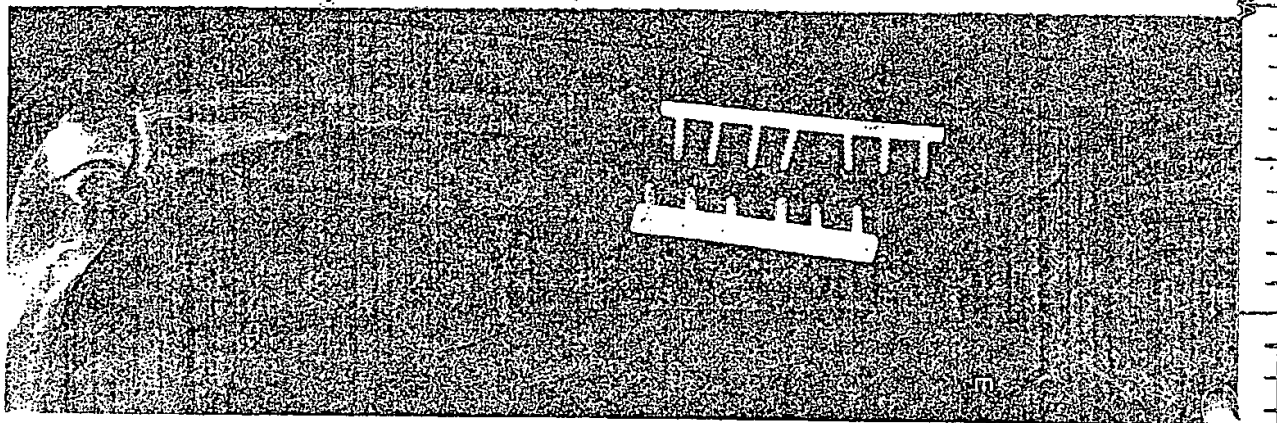
Exame: 19/03/2018 Hora: 07:58
Guest



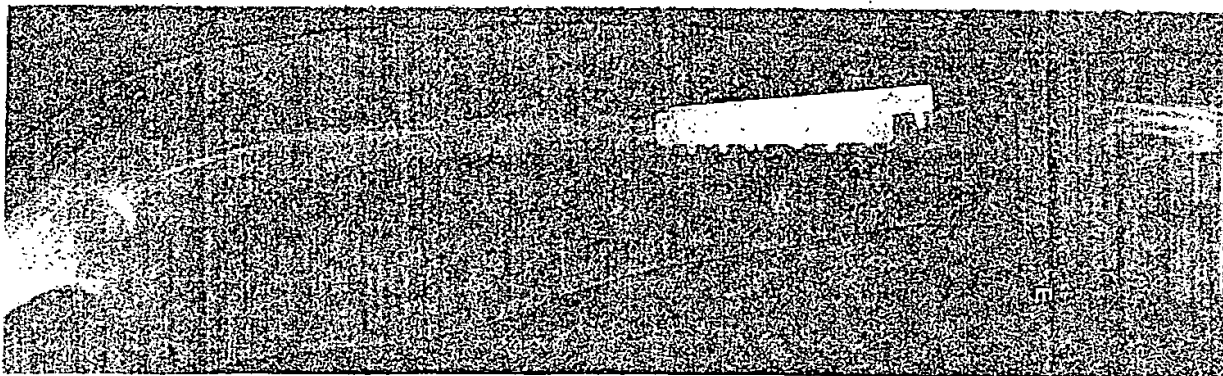
HPM/PI
ANTONIO SILVA SOUSA
Idade: 683Y
Sexo: M

WC: 410
WW: 891

Dr. Hélio Vasconcelos A. Jr. 1º TEN.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM/PI
RG: 105.105.105-2 MEL 14705-5



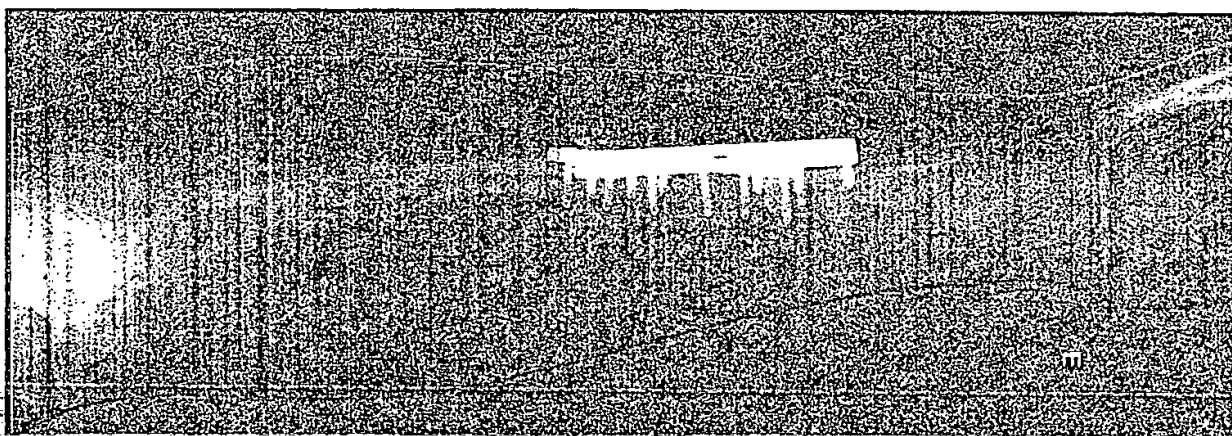
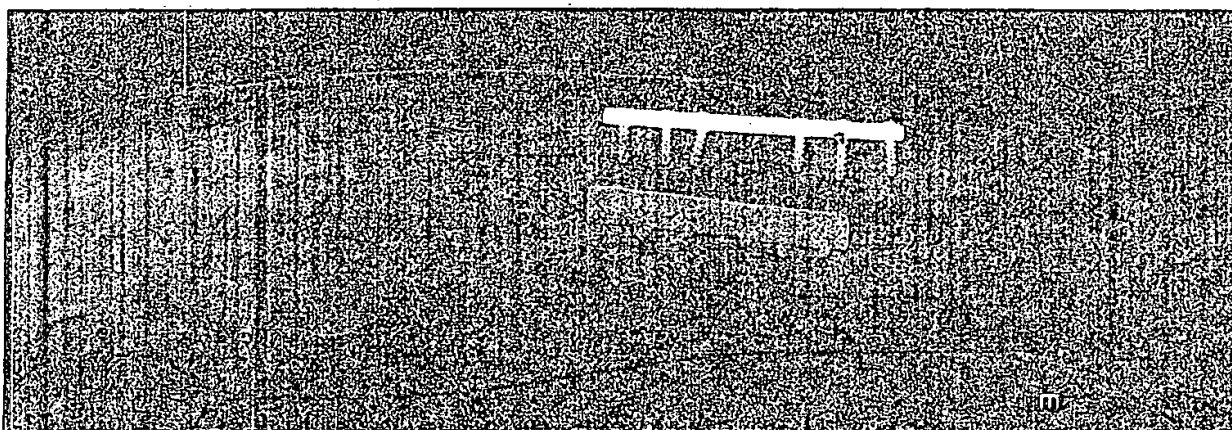
Exame: 25/08/2016 Hora: 08:31



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

WC- 896
WW- 2079

Elis Regina Vasconcelos Reis 1ª TEN.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM/PI
RG-105198193-2 Mat. 14455-3



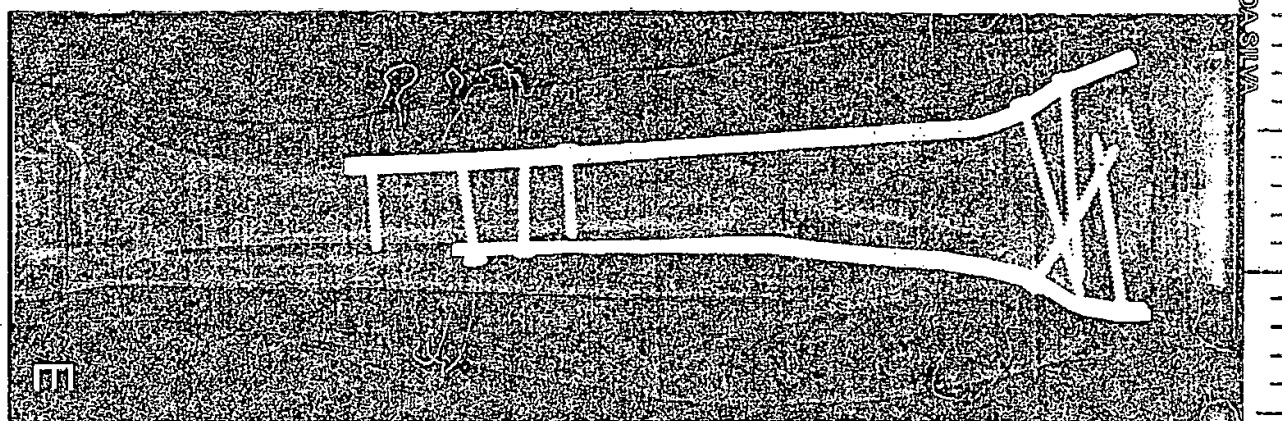
Exame: 18/08/2018 Hora: 07:53
Quest



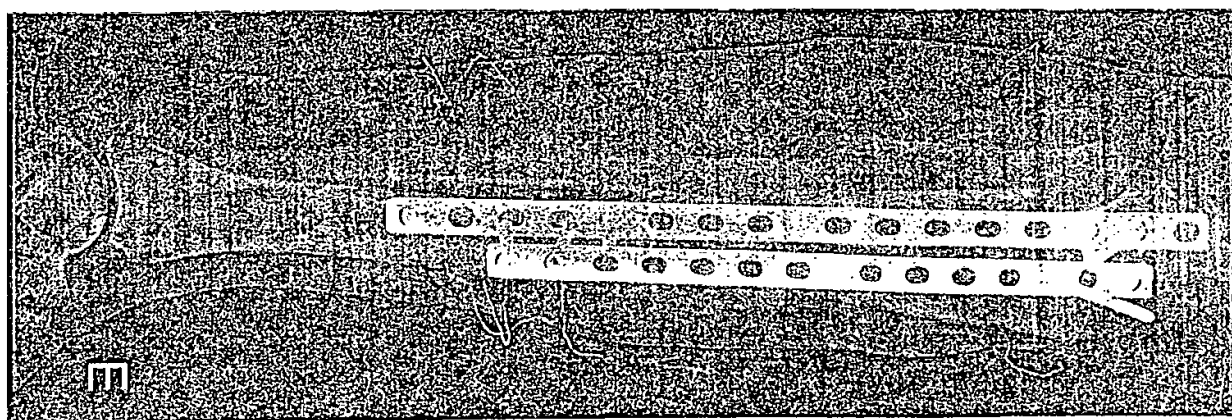
HPM1
ANTONIO FRANCISCO DA SILVA
Idade: 020Y
Sexo: M

MC-448
WW: 914

Isis Henrique Vasconcelos R. 35 1ª T. B. 75
Cidade do Rio de Janeiro RJ
CPF: 000.000.000-00



Exame: 23/03/2018 Hora: 09:11
Guest



C.C. 205-2





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

Leila Henrique Vasconcelos Reis 1ª TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM-FI
RG: 195.128.193-2 Mat. 14.095-3

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

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

AV. Higino Cunha, 642 - Jilhoias - Teresina/PI
CEP: 64014-220 - CNPJ: 07.244.959/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax: (86) 3216-1520





**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

Leila Henrique Vasconcelos Reis 1ª TEA
Chefe do Arquivo Técnico do HPM
RG: 105129193-2 Mat. 14405-5

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

Av. Higino Cunha, 1842 - Jilhoas - Teresina/PI
CEP: 64014-220 - CNPJ: 07.484.559/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520





**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.....: 172.000mm/3

100.000 mm/3 a 400.000
mm/3

OBS:

Método: Impedância/Difrações

Leis Nogueira Vasconcelos Reis 1ª TEA...
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105199193-2 Mat. 141003

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

Av. Higino Cunha, 4642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP: 64014-220 - CNPJ: 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520





Hospital : uş. D?
Confirmed by : i

3Channel + 1 Rhythm Report

Analysis.Result ***

Heart_Rate : 59 bpm

Health, Kate: 39 up!!!
 00-inf-15? max=15

OPPORTUNITIES

0101-3873

361831K3H-28A W.D. 00

96/76 : 01

Namett ANTONIO SILVA

Age = 33 yrs sex = M

H.C. 100cm W. 10kg. 1111

[illegible]

165-05-RH/estatis ejipalepe

20 Normal

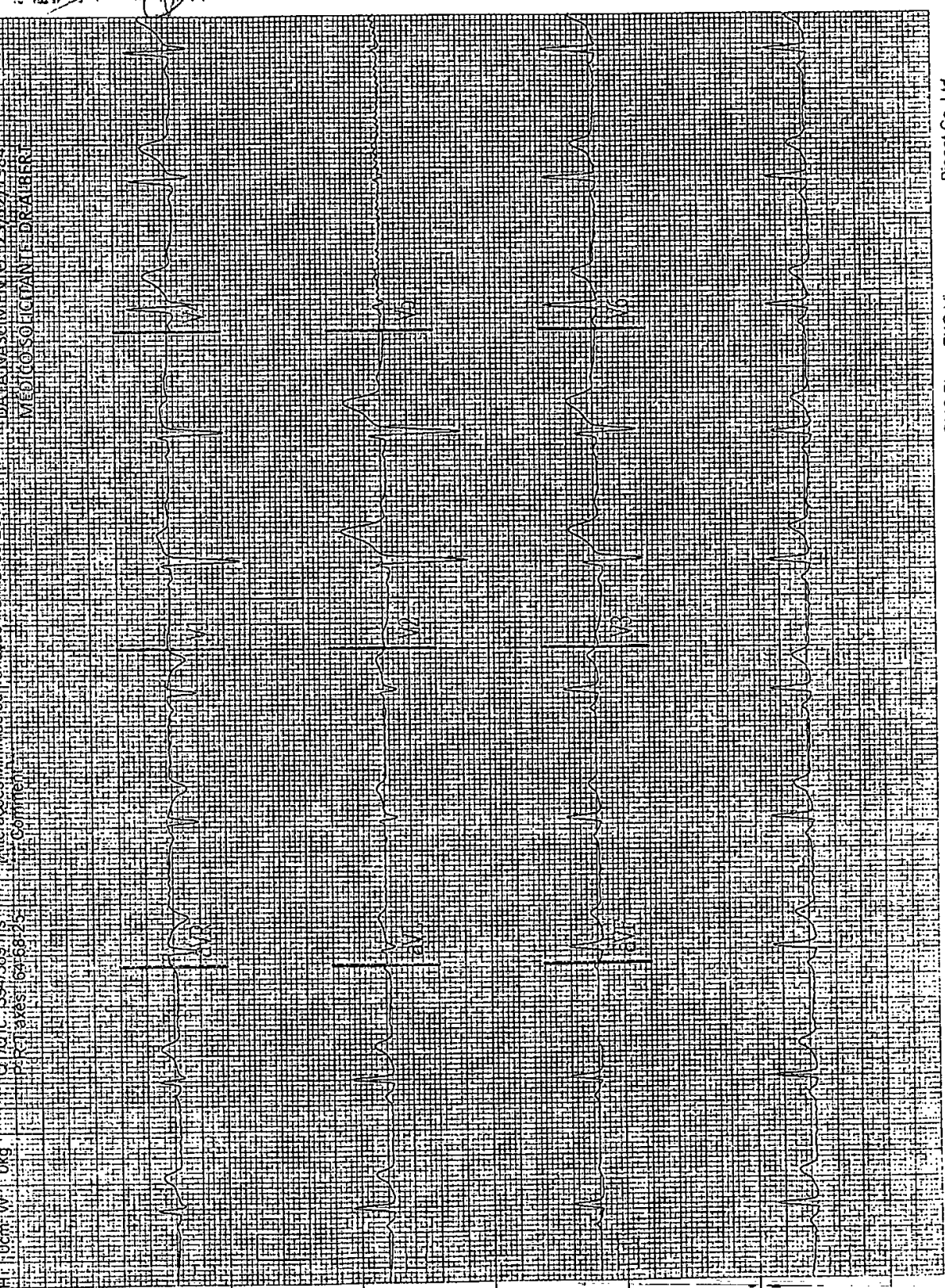
Iterações Mínimas ou Variáveis

Comments:

ST. JOHN'S COLLEGE

PACIENTE ANTONIO DA SILVA

DATE RECEIVED 05/17/1981



2-3-10

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. EDNAN DE SOARES COUTINHO
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 13613 / 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 de tipo: SAMU, CORPO DE BOMBEIRO, ANJOS DO ASFALTO E INSTITUTO MÉDICO LEGAL (I.L.).

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

Prefeitura Municipal de Lagoa Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Praça Raul da Silva Costa, S/N - Centro
CNPJ: 002.799.000/000126



PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

[illegible]

ASSINATURA DO PACIENTE

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

Nome: Antônio Silva Sousa Data Nasc.: 25/12/84
 Profissão: lavrador Sexo: (M) Raça/Cor: _____
 Filição: Pai: Antônio Félix de Sousa
Mãe: Rainalinda N. da Conceição Silva
 Endereço: Araçá
 Município: Lagoa Alegre Estado: PI
 DADOS SOBRE O ATENDIMENTO
 Data do Atendimento: 18/03/18 Hora: 10:00
 Motivo do Atendimento e descrição do exame Médico:

Queixa de mal-estar, dores
sentando postura de autismo (E)

RECIBO Nº _____
 COPIA Nº _____
 DATA _____

EXAMES COMPLEMENTARES

DIAGNÓSTICO: _____

CONDIÇÃO: _____





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTÊNCIA A 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

MÉDICO: Gleydson Freire CRM: 6486

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: Antônio da Costa Sousa

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

CPF: Cartão Nacional de Saúde 736018 764 9873

Município de Procedência

HDA: Gostaria de saber se há possibilidade de internação em uma unidade de saúde, para tratamento de uma lesão no tornozelo direito, causada por uma queda de uma altura de aproximadamente 2 metros, ocorrida no dia 15/03/2018.

HD: 15/03/2018

ESCALA DE GLASGOW 15

ABERTURA OCULAR (4) Espontânea

RESPOSTA VERBAL (5) Orientado

RESPOSTA MOTORA (6) Obedece a comandos

3 - Comandos

4 - Confusa

5 - Localiza dor

2 - À dor

3 - Palavras inapropriadas

4 - Movimento de retirada

1 - Nenhuma

2 - Palavras incompreensíveis

3 - flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Temperatura 36,3 bpm R: 120 mm PA: 110x70 mmHg As: O2 99% Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa

() Aspiração (X) Medicação (especificar) Analgésico

() Curativo () Outros

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Radiografia

Assinatura e carimbo do Médico

Gleydson Freire

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPI

Clinica/Posto:

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 10:54:09

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510540925300000009927267

Número do documento: 20062510540925300000009927267

Documentação médica - hospitalar



neurocentro

Atestado que Antônio
Silva Sousa, vítima de
acidente de trânsito
no dia 18/03/18. Com 1-11-
do Quadrante do haddo +
vibra 0. Efe. N. m. - D. -
função de en. n. h. 0 +
força muscular 0-111 en
MSB. Relatando de 0-111
medida definitiva e
lesão de 50% -

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

21/08/2018

Rua Olavo Bilac, nº 1737 - Centro / Sul • CEP 64007-280
Teresina - PI • (86) 3217.1111 • www.neurocentro.com





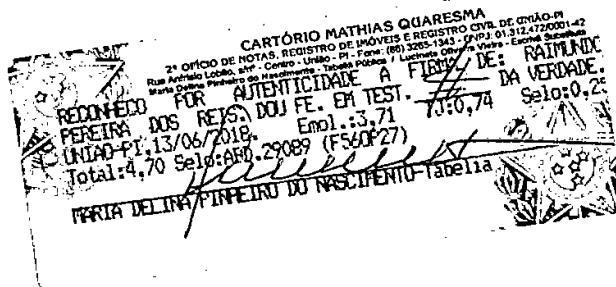
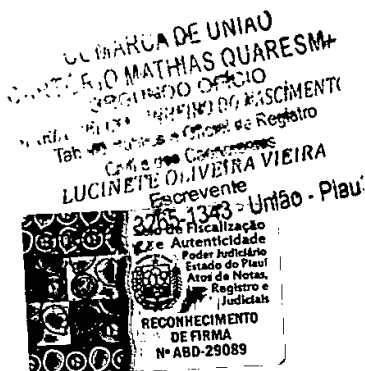
Declaração do Proprietário do Veículo

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/Nº
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 K5
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

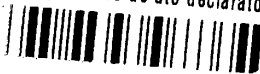
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





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

Comprovação de ato declarator



CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSPARENCIA

DATA 18/03/18 HORA 14:14 Nº DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE _____ MUNICÍPIO União
MÉDICO: Gleydson Freire CRM: 6486
NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria (X) Trauma () Cirúrgico () Pediatria (X) Outro Ortopedia

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: Antônio da Costa
Data de Nascimento: 21/11/84 Idade: 33 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino
CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde 7.360.187.664 9973

Município de Procedência União

HDA: União

HD: União

ESCALA DE GLASGOW 15

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
(4) Espontânea	(5) Orientado	(6) Obedece a comandos
3 - Comandos	4 - Confuso	5 - Localiza dor
2 - A dor	3 - Palavras inapropriadas	4 - Movimento de retirada
1 - Nenhuma	2 - Palavras incompreensíveis	3 - flexão anormal
	1 - Nenhuma	2 - Extensão anormal
		1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Temperatura 36.3°C Pulso 70 bpm Pressão 110/70 mmHg Saturação 99% Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa
() Aspiração (X) Medicação (especificar) 10mg de morfina
() Curativo () Outros curativo

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Exame físico

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

HOSPITAL DE DESTINO HPI
Hospital: _____
Clínica/Paróquia: _____





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
ANTONIO SILVA SOUSA	012.442.713-81	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.

Declaração de Inexistência de IML



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.

UNIAS-PI 13 de Junho de 2018
Local e Data

* Antonio Silva Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

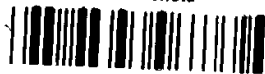




Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

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

SEGUNDO

MARIA DELINA PINHO

Tabela de

BOLETO: P. 11

Fone/Fax

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

0000

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

MEIO(S) EMPREGADO(S)

Meio(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 ultimo 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 - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia
Mat. 27 1224-5

Boletim de Ocorrência emitido em: 13/06/2018 10:07 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 10:54:09

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510540925300000009927267

Número do documento: 20062510540925300000009927267

Num. 10458350 - Pág. 29

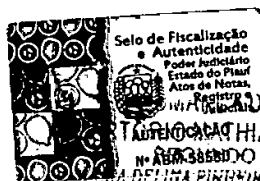


Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1114 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000701/2018-39

Flávio Miroslaw de Oliveira
Delegado de Polícia
Delegado de Polícia



UNIAU
CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
Nº 38580 OFÍCIO
MARIA DELINA PINHEIRO DO NASCIMENTO
Taberna Pública e Oficial de Registro
Civil e dos Casamentos
LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA
Escrevente
Fone/Fax: 3325-1343 - União - Piauí

CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIAU-PI
Rua Antônio Lopes, s/nº - Centro - União - PI - Fone: (86) 3265-1343 - CEP: 01.312-472/0001-42
Mário Carlos Pinheiro do Nascimento
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A
ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS DO FE. EM
TEST. DA VERDADE. UNIAU-PI, 13/06/2018.
MARIA DELINA PINHEIRO DO NASCIMENTO-Tabella
Empl.:2,39 J:0,48 Selo:0,25 Total:3,12 Selo:ABM.58580
(F560F28)





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 COMUNIDADE AREIAS	Número 512	Complemento	
Bairro B-RURAL	Cidade LAGOA ALEGRE	Estado PIAUÍ	CEP 64.132-000
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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1987 D/V		BANCO Nome NRO.	
CONTA NRO. 23752 D/V		AGÊNCIA NRO. D/V	
CONTA NRO. 9 D/V		CONTA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(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.

uniao pi 13 de junho de 2018
Local e Data

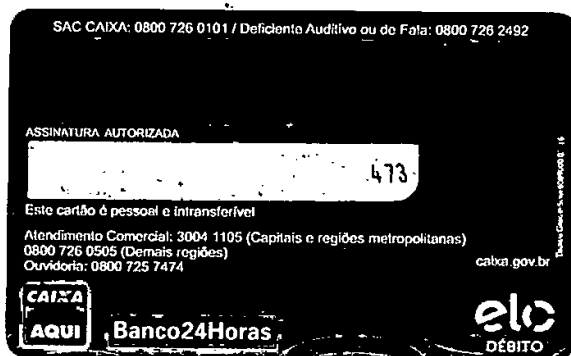
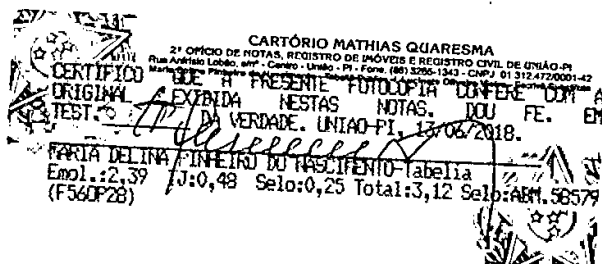
Antonio Silva Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/06/2020 10:54:09
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510540925300000009927267>
Número do documento: 20062510540925300000009927267





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, 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

Pag. 00369/00370 - carta_16 - INVALIDEZ

00010185



Carta nº 14126098



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO SILVA SOUSA**
Nº Sinistro: **3180289620**
Vítima: **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

Pag. 01975/01976 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13187517



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO SILVA SOUSA**
Nº Sinistro: **3180289620**
Vítima: **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

Pag. 00921/00922 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13425051



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

Pag. 00515/00516 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13068573



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO SILVA SOUSA**
Nº Sinistro: **3180289620**
Vítima: **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

Pag. 01295/01296 - carta_03 - INVALIDEZ



00070648

Carta nº 13037499



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO SILVA SOUSA**

Nº Sinistro: **3180289620**

Vítima: **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

Pag. 00967/00968 - carta_01 - INVALIDEZ

00030484





(/)



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 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__iKlh8cc 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+Sn5T0lUC5L8api_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/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
I%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 ANÁLISE 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 MENDONÇA

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 ANÁLISE 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 ANÁLISE 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 ANÁLISE 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.

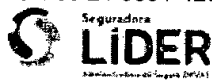
CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the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

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

Títular 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



PROTOCÓLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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),

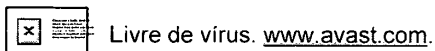
Venho através deste solicitar o recebimento da "Comprovação de ato declaratório" em anexo, para continuidade da regulação e análise do processo.

Nº Sinistro	Vítima	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



Documentos de identificação

REGISTRO
CIVIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.573.572

ANTONIO SILVA SOUSA

ANTONIO FELIX DE SOUSA E RAIMUN
DA MARIA DA CONCEICAO SILVA

LAGOA ALEGRE-PI

21/05/2003

25/12/1984

CERT. NASC. 409290 L 410 F

230 UNIAO/PI 17/05/88

ASSISTENTE DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 2008

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO JOAO DE DEUS MARTINS

POLEGGIO DIRETO

ANTONIO SILVA SOUSA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Enteado

CORREIOS

MINISTERIO DA JUSTICA

SECRETARIA DE IDENTIFICACAO

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

012.442.713-81

Nome

ANTONIO SILVA SOUSA

Nascimento

25/12/1984

SEGURADORA IN LIDER DEPAU OP 04-SET-2018 11:48 629755 1/1





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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



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

ANTONIO SILVA SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCO ANTONIO LOUREIRO DOMINGOS



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Antonio Silva Sousa

DATA DO ACIDENTE 18.03.18 POSSUI CPF ☒ 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

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ 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.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ 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)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

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

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Antonio Silva Sousa Soeina
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador _____
 E-mail _____
 Data 13.06.2018 Assinatura Antonio Silva Sousa Soeina
 Assinatura _____
 Data _____

RESPONSÁVEL PELO RECEPIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) At. Alcege
 Atendente Francisco Augusto da Rocha Matrícula 8.529.355-6
 Data: 13/06/2018 Assinatura: _____
 Gerente AC DPVAT Francisco Augusto da Rocha

Enviado 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 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



CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO FELIX DE SOUSA E RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO SILVA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

ANTONIO FELIX DE SOUSA E RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO SILVA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CERTIFICADO DE PRESENÇA

ANTONIO FELIX DE SOUSA E RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO SILVA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CERTIFICADO DE PRESENÇA

ANTONIO FELIX DE SOUSA E RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO SILVA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO SILVA SOUSA

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

ANTONIO SILVA SOUSA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CERTIFICADO DE PRESENÇA

ANTONIO SILVA SOUSA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CERTIFICADO DE PRESENÇA

ANTONIO SILVA SOUSA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

022.422.738-00

ANTONIO SILVA SOUSA

25/12/1984

CERTIFICADO DE PRESENÇA

ANTONIO SILVA SOUSA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO SILVA SOUSA

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

ANTONIO SILVA SOUSA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CERTIFICADO DE PRESENÇA

ANTONIO SILVA SOUSA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CERTIFICADO DE PRESENÇA

ANTONIO SILVA SOUSA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO SILVA SOUSA

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

ANTONIO SILVA SOUSA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CERTIFICADO DE PRESENÇA

ANTONIO SILVA SOUSA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CERTIFICADO DE PRESENÇA

ANTONIO SILVA SOUSA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO SILVA SOUSA

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

ANTONIO SILVA SOUSA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CERTIFICADO DE PRESENÇA

ANTONIO SILVA SOUSA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

CERTIFICADO DE PRESENÇA

ANTONIO SILVA SOUSA

LAGOA ALEGRE-PI

2.573.572

21/05/2003

230 UNIAO/PI 17/05/2018

CERT. NASC. 409280 L 410 F

25/12/1984

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170415195 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SILVA SOUSA **Data do acidente:** 19/03/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO- FRATURA DO RÁDIO E FRATURA EXPOSTA DA ULNA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO- OSTEOSINTESE DO RADIO E DA ULNA COM PLACA E PARAFUSOS, SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA MEDICA.
APRESENTA LIMITAÇÃO DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/09/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO.

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

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 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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:	05/09/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO SILVA SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000023752-5

Nr. da Autenticação 3437BE75493A93FC

