

Controle de x Audiências x Upload x Caixa de ent x WhatsApp x Merge PDF x Sistema CN x Consulta pr x 0800014-86 x

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=437733&ca=3a83332f3761eae2d020029724399164b2...

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

PJE ProceComCiv 0800014-86.2020.8.18.0061
BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO S...

10533242 - CONTESTAÇÃO (2730595 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 30/06/2020 10:04:37

30 Jun 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10533238 - CONTESTAÇÃO
 - 10533242 - CONTESTAÇÃO (2730595 CONTESTACAO 01)
 - 10533443 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10533445 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10533446 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 10533448 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:04

Microsoft Word - 2730595_CONTESTACAO 1 / 10

2730595- CS/ 2020-02389/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

prot + proc adm.pdf prot + cont.pdf pa.pdf cont.pdf prot + pç.pdf Exibir todos x

PT 10:04 30/06/2020



30/06/2020

Número: **0800014-86.2020.8.18.0061**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Miguel Alves**

Última distribuição : **30/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA (AUTOR)		ANA MARIA SALES DE CASTRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10533443	30/06/2020 10:04	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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:	02/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000015806-2

Nr. da Autenticação 0BA5CEC8D6469F40



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653086 **Cidade:** Miguel Alves **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSÍNTESE). P.01/05/13/16
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS O PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA O PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME A PÁG. 01
IMAGEM P.15

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUI
cepisa

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 04060-000
CNPJ: 06.940.748/0001-89
Insc. Estadual: 18.391.382-5
Hidro Fossil / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SORC 30/98

Para consulta
consulte o número
para NÚMEROS

STU CÓDIGO

0683024-2

Nº da Nota Fiscal 29320665

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA RES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	05/11/2019	105	62,08

ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS
R. JARDIM MILATO 1142 - COHEB
CPF: 00000192358367
CEP: 64.130-000 - MIGUEL ALVES

ROT: 264.312.20.22.245400

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual:	29/10/2019
Anterior:	28/09/2019
Próxima Leitura:	28/11/2019
Emissão:	28/10/2019
Aprovação:	29/10/2019
Dias de Consumo:	31

CLASSIFICAÇÃO	LIGACÃO	NÚMERO	POSTO	CÓDIGO FISCAL	MÉDIA 12 MESES
RESID. HX. RENDA	MONO	A1725859		1.4.1.1	96

HISTÓRICO KWH	CONSUMO	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (CDSIP)	DIFERENÇA DE TARIFA	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA
SET/19 103	30 A R\$ 0,294653 =					
AGO/19 100	70 A R\$ 0,505117 =					
JUL/19 102	5 A R\$ 0,757663 =					
JUN/19 100						
MAI/19 91						
ABR/19 90						
MAR/19 92						
FEV/19 84						
JAN/19 85						
DEZ/18 99						

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano 09/2019 Valor R\$ 67,05
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 15/11/2019. O não pagamento por 30 dias consecutivos também é incluído no nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO DO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
608A.446A.77C1.F67A.F0B9.A3E4.B8D8.D7CF					
Distribuição	18,58	Base de Cálculo	88,39	68,94	
Energia	35,89	Alíquota ICMS	22,00%	19,44	
Transmissão	6,07	Valor do ICMS		0,97	
Encargos	2,97	Valor do PIS	1,40%	4,47	
Tributos	24,88	Valor do COFINS	6,49%		

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
ESL	FIC			DNCC		DNCCI	
	Atual	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral	
União	6,87	13,74	27,48	3,61	7,23	14,45	3,97
Realizado	0,00			0,00			0,00
Considera	Período de apuração: 03/2019						ESD: 17,16

MIGUEL ALVES

INDICADORES DE CONTINUIDADE	FC	DMC	DMC
FC	DMC	DMC	DMC
Atual	Atual	Atual	Atual
13,74	7,23	14,45	3,97
0,00	0,00	0,00	0,00
03/2019			17,16

MIGUEL ALVES





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.077.223 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.170.033 / 83

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.170.033 / 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>LC SÃO FELIPE</u>	Número:	<u>S/N</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade:	<u>UNIÃO</u>	Estado:	<u>PI</u>
E-mail:		CEP:	<u>64.120.000</u>	Tel. (DDD):	<u>(86) 995005512</u>

Local e Data: MIGUEL ALVES, PI 21/11/19

Maycon Jackson Silva de Castro
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 10:04:37

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006301004367530000009996744>

Número do documento: 2006301004367530000009996744



Sr(a). BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 11/06/2019
BO=114520.000163/2019-90

HD = FRATURA DO RADIO DISTAL D

FEITO OSTEOSINTESE DE FRATURA
DO RADIO DISTAL D

EF =DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL
EM PUNHO D ; F+E = 45 GRAUS

RX PUNHO D 2P =FRAT . RADIO
DISTAL D CONSOLIDADA

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM PUNHO D

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
TEOR - 8664

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
TEOR - 8664

Teresina 21 de Novembro de 2019

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI

UNIDADE BARÃO
AV. BARÃO DE GURGUÊJA 3450
(86) 3221-5170

UNIDADE DIRCEU
AV. JOSÉ FRANCISCO DE
ALMEIDA NETO 2650
(86) 3236-550

UNIDADE JÓQUEI
AV. AVIADOR
IRAPUÃ ROCHA
(86) 3303-7353

UNIDADE PLANALTO
AV. ZEQUINHA FREIRA 3080
(86) 3231-0001





HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO

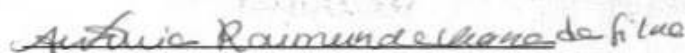
CONTROLE:	SERVIDOR: <i>unionea</i>	DATA: <i>11/06/19</i>	HORA: <i>14:30</i>
01. DADOS DO PACIENTE:			
NOME: <i>Bernardo Freitas de Oliveira</i>	DN: <i>180898</i>	ID: <i>20</i>	SEXO: <i>M</i>
NOME DA MÃE: <i>Glécia de Oliveira Freitas</i>			
CNS: <i>700007043450106</i>	RG: <i>3.934.782</i>	CONTATO: <i>8699528700</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua 02</i>	CEP:		
BAIRRO: <i>Coebe</i>	CIDADE: <i>Miguel Alves</i>	UF: <i>PE</i>	
FORMA DE ENCAMINHAMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> DEMANDA ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS			
ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.			
MOTIVO DA PROCURA: <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRIA			
VITAIS/FC:	PA:	SAT. O2:	T: DOR: ECG: GLICEMIA: PESO: ALTURA:
DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:			
OBSERVAÇÕES:			
CONFERE COM O ORIGINAL DATA: <i>21/11/19</i> <i>Antônia R. Viana da Silva</i> ANTÔNIA R. VIANA DA SILVA			
VERMELHO <input type="checkbox"/>	LARANJA <input type="checkbox"/>	AMARELO <input type="checkbox"/>	VERDE <input type="checkbox"/> AZUL <input type="checkbox"/>
HORÁRIO:	ENFERMEIRO(A):	CONSELHO/REGISTRO:	
03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO			
<i>Rt com história de trauma motociclístico em braço D há 04h. Evoluí com aumento de movimento do e dor no punho.</i>			
04. EXAMES COMPLEMENTARES <input type="checkbox"/> LABORATORIAL <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US			
DIAGNÓSTICO			
<i>selvato Rt de punho D.</i>			
06. PRESCRIÇÃO MÉDICA			
<i>2</i>			
07. CONDUTA			
<input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> EVASÃO TRANSFERIDO PARA: <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE			
08. HORA/SAÍDA <input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> NÃO URGÊNCIA			
MÉDICO/CRM:	ENFERMEIRO(A)/COREN:	PACIENTE:	
MÉDICO CRM: <i>Dr. Ednan Soares Coutinho</i>	ENFERMEIRO(A) COREN: <i>Daiane dos Santos</i>		



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente **Bernardo Freitas de Oliveira** deu entrada neste hospital no dia 11 de junho de 2019, às 14h37min, vítima de acidente de motocicleta, a mesma chegou ao hospital por demanda espontânea.

União (PI), 21 de novembro de 2019.



Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.





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



Confere com o(a) original e
foi apresentado(a) e dou fé

Em 30/09/19

Setor do Arquivo Técnico do HPM

Luiz Henrique Vazconcelos Paiva 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14405-9

NOME DO PACIENTE:

Bernardo Freitas de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

487747/19

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



FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE

Número do Laudo: **214342**

Orgão Emissor:

M221100001

Paciente: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

Nascimento: 18/08/1998

Procedimento:

0408020440 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO
FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO

CID:

S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Data da Solicitação: 12/06/2019

Data da

Autorização: 12/06/2019 23:24:58

AIH.: 2219100427456

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador

Operador:

Atendimento (Data, Hora): 20/06/2019 11:00:39

Luiz Henrique de Sousa Res R 125 PM
RCPM 135/151113-2; Mat. 14435-9
Código de Acesso de Acesso 1 (RCPM)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 214342
AIH: 2219100427456

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HP/PM

CNES

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HP/PM

CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

8980021/0342336 BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

NASCIMENTO

PRONTUÁRIO

SEXO

DOCUMENTO

TELEFONE

NOME DA MÃE

18/08/1998

487247

M

RG

809407817

ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS

RESPONSÁVEL

CEP

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA FILHO

RUA VICTORIALDO FREITAS

NÚMERO / LOTE

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

1735

CENTRO

TERESINA

UF

PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0408070407

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

CÓDIGO

0408070440

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

CÓDIGO

0408070407

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

S87.5

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

GIOVANNI JOSE DE LIMA E SILVA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

17348897750006

DATA SOLICITAÇÃO

04/07/2019

Giovanni J. Lima e Silva
CRM 1729 TEUT 5285

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

JOSE DE ROHAMAR SANTOS FILHO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

17060213370007

04/07/2019 08:25:13

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Diretor Técnico do HP/PM
CRM-PI 2608

Lucas Henrique de Jesus Rodrigues Reis 177251 PM
RCPM 105495133-2 Matr. 14495-9
Coordenador de Apoio Técnico

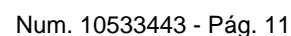
156



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 10:04:37

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006301004367530000009996744

Número do documento: 2006301004367530000009996744

20.06.2019 1



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

234342

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	996719
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA			6 - Prontuário:	487747			
7 - CNS:	700007043450106	8 - Nascimento:	18/08/1998	9 - Sexo:	M	CPF:	071.170.033-83	
11 - Mãe:	ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS			12 - Fone:	86-9.95297008			
13 - Resp:	DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA FILHO			14 - Cor:	PARDA			
15 - Ender:	RUA DOIS	1142	COHEB	19 - CEP:	64130-000			
16 - Munic:	MIGUEL ALVES		17 - Cod. IBGE:	220620	18 - UF:	PI	RG:	39347-87

Justificativa da Internação

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Doz e edema em
punho Dir.

21 - Condições que justificam a Internação:

Necessite Hx cirurgia

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

Rx punho Dir.

23 - Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

24 - Cid Princ.: S525

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C. Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.	27 - Procedimento Solicitado:	Tempo SUS		
0408020440	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	2		
29 - Clínica:	30 - Carater::	Ident.:	31 - Documento:	32 Doc. Med. Solic.
POSTO II	02	1	CPF	16778699841
33 - Nome Profissional / Assistente	34 - Data de Solicitação:			35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante
LEANDRO PONCE LEAL	12/06/2019			

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Serie
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.	50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)
48 - Documento	49 - Num. Documento	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

1. *Assinatura de Bernardo Freitas de Oliveira*

Usuário: MARIA DORES
Consulta Local:
Consulta SUS: 201906111118767
Impressão: 23:01:28





Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



2143/12

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	FICHA DE PRONTUÁRIO		12/06/2019
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		Pront.: 487747
IDEM OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 18/08/1998 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 996719	Enfermaria: POSTO II	ENF 204 LEITO Leito: 204
CLÍNICA	Pai: DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA		
	Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS		
Médico Assistente	RG: 3934787		
	Residência:		
Permanência			
	RUA DOIS	Bairro: COHEB	
	Nr.: 1142	Cidade: MIGUEL ALVES	
CLÍNICA	Cep: 64130000	Telefone: 86 - 995297008	

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

Don e edema em
cunho de

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S525	
Principal:	CID S525	
Procedimento:	CID S525	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma			<input type="checkbox"/> Nenhuma
<input type="checkbox"/> Médico			<input type="checkbox"/> Médico
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia			<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia
<input type="checkbox"/> Médico Cirurgico			<input type="checkbox"/> Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta:	Data da Hospitalização
12/06/2019 22:51:16	20/06/2019	

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Fisiologia	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Psiquiatria	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação
<input type="checkbox"/> A Pedido		
<input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico		

THE / /

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 10:04:37

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063010043675300000009996744

Número do documento: 20063010043675300000009996744

Num. 10533443 - Pág. 13



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



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 17/06/2019
Nº DO PRONTUÁRIO: 48.747
CÓD DA CIRURGIA: 140502401

NOME: Bernardo Freitas de Oliveira Idade: 40 Sexo: M ASA: 1
PROCEDIMENTO: Fr. de extremidade distal - Bula Apt/Ent e Leito: Biquinho
CIRURGIÃO: Guilherme AUX: Guilherme ANEST: Prague ANESTESIA: Biquinho
INSTR: Cabele CIRC: Arterial INÍCIO: 16:10 FIM: 16:24 SALA: 03
PA: 120/80 FC: 70 PESO: 70 Hto: 1,70 Glicemia: 100 Creatina: 1,0 Respir: 12

MONITORIZAÇÃO	OXIGÊNIO	SEQUÊNCIA
OXIGÊNIO	1	
	2	
MONITORIZAÇÃO	3	
	4	
MONITORIZAÇÃO	5	
	6	
MONITORIZAÇÃO	7	
	8	
MONITORIZAÇÃO	9	
	10	
MONITORIZAÇÃO	11	
	12	
MONITORIZAÇÃO	13	
	14	
MONITORIZAÇÃO	15	
	16	
MONITORIZAÇÃO	17	
	18	
MONITORIZAÇÃO	19	
	20	
MONITORIZAÇÃO	21	
	22	
MONITORIZAÇÃO	23	
	24	
MONITORIZAÇÃO	25	
	26	
MONITORIZAÇÃO	27	
	28	
MONITORIZAÇÃO	29	
	30	
MONITORIZAÇÃO	31	
	32	
MONITORIZAÇÃO	33	
	34	
MONITORIZAÇÃO	35	
	36	
MONITORIZAÇÃO	37	
	38	
MONITORIZAÇÃO	39	
	40	
MONITORIZAÇÃO	41	
	42	
MONITORIZAÇÃO	43	
	44	
MONITORIZAÇÃO	45	
	46	
MONITORIZAÇÃO	47	
	48	
MONITORIZAÇÃO	49	
	50	

1. Atropina 1mg
2. Atropina 1mg
3. Dipirona 500mg
4. Fenilcarbamida 100mg
5. Atropina 1mg

Técnica Anestésica: Fluorônio Flaco Prague Quilograma + oxido

Comentários Adicionais

MONITORIAÇÃO

☐ ECG ☐ Oxímetro ☐

☐ PAM ☐ Capnógrafo ☐

☒ PAM ☐ PVC ☐

Gases	Base	Início	Fim	Tempo
Oxigênio	1			
N2O	1			
A. Mado	1			

Medicamentos Utilizados			
Adrenalina	Amp	Dolantina	Amp
Agua dest. 10ml	Amp	Droperidol	Amp
Atropina	Amp	Etoril	Amp
Bextra	Amp	Efedrin	Amp
Bromoprida	Amp	Enflurano	ml
Cefazolina 1g	Fr	Fentanil	ml
Cefotaxima	Fr	Fentanil (S/C)	Amp
Ciprofloxacina	Fr	Halotano	ml
Clonidin	Amp	Hidrocodona	ml
Colóide ()	Fr	Isoflurano	ml
Dexametazona	Amp	Jelco n°	Und
Diazepam	Amp	Lidocaina % V	Fr
Dimorf mg	Amp	Metoprolol	Amp
Dipirona	Amp	Mantol	Fr
		Midazolam	Fr
		Metronidazol	Fr
		Neocaina Psa 0.5%	Amp
		Narcan	Amp
		Novabup 0.5%	Fr
		Nubain	Amp
		Neocaina % V	Fr
		Neocaina 0.5% Isobar	Amp
		Neostigmina	Amp
		Omeprazol	Fr
		Oxetazona	Amp
		Polio Cel	Fr
		Pancuronio	Amp
		Proferal	Fr
		Propofol	ml
		Ranitidina	Amp
		Quelich	Amp
		Quetamina	ml
		Ramifenaril	Fr
		Ringer-lactado	Fr
		S. Fisiológico 0.9%	ml
		S. Glicosado 5%	ml
		Scalp n°	Und
		Tracur	Amp
		Tiastil	Fr
		Tropacur	Fr
		Tropacur	Fr

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 10:04:37
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006301004367530000009996744
Número do documento: 2006301004367530000009996744



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 153840

PACIENTE: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

NOME DA MÃE: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS

DATA DO NASCIMENTO: 18/08/1998

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 12/06/2019

DATA DO LAUDO: 14/06/2019

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura distal dos ossos do antebraço direito.

Aumento de volume das partes moles adjacentes.


Pinçamento articular neste nível.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura óssea.

- Controle -

Luz Henrique P. Coutinho - 10/10/2019
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
Unidade: 302 - 30 Andar Técnico


MARTA MARIA PINHEIRO DE SOUSA
CRM: 1063

Av. Higinio Cunha, 1842 - Brasília - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

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





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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 19 / 06 / 19
Nº DO PRONTUÁRIO: 48747 SALA: 08
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

Põe em ss los gloopneio
aspe pte / am lisse pte
campos / mase / coctre
traço / mampalado
redução / mase in
nitu" per / aifanea
curativo / tele perrede

Luiz Henrique Vitorino da Silva - TEN PM
RGPM 10º 136º 13-2-1414 14495-9
Cirurgião de Cabeça e Pescoço

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Antonia Erlene Dias
Pré-História e Informação
OREN-PI 922.627





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 154830

NOME.....: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO....: 24/06/2019

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 20/06/2019

IDADE: 20 anos

CRM: -PI

CÓDIGO: 46633

RX PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura na extremidade distal do rádio fixada com fios metálicos.
- Fratura no processo estilóide da ulna.
- Imobilização gessada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Controle ortopédico de osteossíntese de fratura no punho.

**IVAN FONTENELE GOMES
CRM 2426-PI
CRM**

Luci Henrique V. Fernandes Reis 1º TEN PM
RCPM 105185-33-21 Mai 14450-9
Cade - 2012 de Arquivo Técnico



Informações Gerais

- 👤 Paciente: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA - 700007043450106 - 18/08/1998 (20 anos), União. Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS (/pacientes/231472)
- i Class. Risco: Muito urgente

🏠 VISÃO GERAL

📋 EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante

Hospital Dr. José da Rocha Furtado (União/PI)

Médico Solicitante

LUCAS BOUSINHO SILVA RODRIGUES

Usuário Solicitante

Usuário Padrão

Senha

VISUALIZAR SENHA (/internacoes/118767/visualizar_senha)

Observação Solicitante

BRUNA RECEBEU A SENHA : Arlene da Silva Fontenele em 12/06/2019 16:16

Observação Executante

; GAUBELINE TEIXEIRA FEITOSA em 12/06/2019 12:03

Caráter

Retaguarda

Tipo de Leito

Ortopedia e Traumatologia

CIDs

Fratura da extremidade superior do rádio

Procedimentos

Descrição Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO HÁ 8H, EVOLUIU COM EDEMA EM PUNHO D, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO E DOR LOCAL. AO RX: FRATURA DE RÁDIO DISTAL. PACIENTE SEGUE ORIENTADO, CONSCIENTE, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO. NEGA COMORBIDADES OU OUTROS SINTOMAS.

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NAO INFORMADO

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): NAO INFORMADO

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 15

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 99

Luc Bousinho Silva Rodrigues
RCPM 125198133-2; Matr. 14195-5
Diretor de Suporte de Apoio Técnico





POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME: **BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA**
MÉDICO
CONVÊNIO: **SUS / INTERNO / ENF. 204 - 01**

IDADE: **20 ANOS**

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

VALORES ENCONTRADOS

VALORES DE REFERENCIA:

		HOMEM	MULHER
Hemácias em milhões/mm ³	4,50	4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
Hemoglobina em g/dl	12,3	13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
Hematócrito em %	41,0	40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

OBSERVAÇÕES: Hemácias normocíticas e normocrômicas.

LEUCOGRAMA

VALOR ENCONTRADO

REFERENCIAL

Leucócitos por mm³ **2.900** 4.000 10.000

	%	REFERENCIAL		ABSOLUTO	REFERENCIAL	
Bastões	0	3	5	0	120	500
Segmentados	54	50	66	1.566	2000	6600
Eosinófilos	2	2	4	58	80	400
Basófilos	0	0	1	0	0	100
Linfócitos	43	20	30	1.247	800	3000
Monócitos	1	4	8	29	160	800
Metamielócitos	0	0	1	0	0	100
Mielócitos	0	0	0	0	0	0

OBSERVAÇÕES:

PLAQUETAS **116.000 mm³**

100.000/mm³ - 400.000/mm³

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OBSERVAÇÕES: Plaquetas Morfologicamente normais e bem distribuídas

TERESINA, 13 DE JUNHO DE 2019

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

Los Henríquez Freireiros Res. n. 126/PI
RCPM 105168/193-21 Mai 14495-B
Diret. do Setor de Apoio Técnico

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"

Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520
CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8



14



POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME **BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA**

IDADE: 20 ANOS

MEDICO

CONVENIO SUS / INTERNO / ENF. 204 - 01

EXAME DE SANGUE

EXAMES	VALORES NORMAIS	VALORES ENCONTRADOS
GLICOSE	70 - 99 mg/dl	87

TERESINA, 13 DE JUNHO DE 2019

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

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

[Assinatura]
Luz Henrique de Sousa Neto - FEN-PI
RCPM 108171-2-Atad 14495-8
Cidade do Sudo do Alagoa Técnico

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"

Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
CEP 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 CMC: 035.372-8



/06/2019

H7dra - Regulação SUS

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 75

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 120x80

Observações

Dados de Notificação da Senha

Data	Usuário	Solicitante	Executante
12/06/2019 12:50	Natasha Welia da Silva Costa - Operador Internação - SESAPI	BRUNA RECEBEU A SENHA ; Arlene da Silva Fontenele em 12/06/2019 16:16	; GAUBELINE TEIXEIRA FEITOSA em 12/06/2019 12:03

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
12/06/2019 16:16	Arlene da Silva Fontenele - Estab: Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento Solicitante
12/06/2019 12:03	GAUBELINE TEIXEIRA FEITOSA - Estab: Hospital da Polícia Militar Dirceu Arcoverde - HPM	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento
12/06/2019 12:00	DENISE DE SOUSA LEAL MARTINS MOURA - Regulador Internação - SESAPI	Regulada	tempo para transporte
11/06/2019 15:54	Ana Rita Gonçalves Melo - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
11/06/2019 15:43	LUCAS MOUSINHO SILVA RODRIGUES - Estab: Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Pendente	



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PI

NOME: MAYCON JACSON SILVA DE CASTRO

SOC. IDENTIDADE / DPO. CARDSOMAR: 2922535 SSP PI

CNP: 038.077.223-00 DATA NASCIMENTO: 12/03/1991

FUNÇÃO: HENRIQUE ALEXANDRINO DE CASTRO
JANETE MARIA DA SILVA

PERMISSÃO: ☒ ACC ☐ CAT. NAB. AB. 7

REGISTRO: 05620838968 VALIDADE: 18/07/2023 HABILITAÇÃO: 18/10/2012

RESERVAÇÕES: A

ASSINATURA DO PORTADOR: *Maycon Jacson Silva de Castro*

LOCAL: TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO: 20/08/2018

ASSINATURA DO EMISOR: *[Assinatura]* 82414894055
PI320640224

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1654606003

PROIBIDO PLASTIFICAR 1654606003



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 011377563639
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0745
0196
9475
0500
7487
fcb2
a99b
839a
9d91
4006
2916

VIA 1 COD. RENAVAM 01079049921 RNTRO 2015

NOME MARIA DE NAZARE MORAES

70059993391

PLACA PIM-4529

PLACA ANT./UR

9C2JB0100GR028488

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2016

CAP/POT/CIL 02P/0109CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA

VENIC. COTA UNICA

VENIC/COTAS

IPVA

FADA LPVA

PARCELAMENTO/COTAS

00000000

1º IPVA

2º

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

PBT: 000.24
ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

MIGUEL ALVES

DATA 07/06/2016

ASSO MARTINS DO REGO LOBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE MANUTENCAO OU POR CARGA A RES TRANSPORTADAS OU NAT - SEGURO DPVAT

PI Nº 011377563639 BILHETE DE SEGURO

70059993391

PIM-4529

2015

ESTE É 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

2015 07/06/2016

VIA 1 70059993391

PLACA PIM-4529

RENAVAM 01079049921

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB. 2015

DT. TARE

Nº CHASSI 9C2JB0100GR028488

PRÊMIO TARIFÁRIO

021,50 (R\$)

002,38 (R\$)

023,88 (R\$)

004,15 (R\$)

000,19 (R\$)

052,14 (R\$)

X COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO 02/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PI		Nº 011377563639	
0120160195797		65607578946	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
074501969475b50e7487fdd3e35b839a5d9140062916			
VR	COL RENAVAM	RNTTC	
1	01079049921		
NOME/ENDEREÇO			
MARIA DE NAZARE MORAES			
R 14 DE AGOSTO		00030	
URBANO		PI	
CPF/CNPJ		PLACA	
70059993391		PIM-4529	
NOME ANTERIOR			
CIRO NOGUEIRA COMERCIO DE MOTOCICLE			
PLACA ANT/UF		CHASSI	
-		9C2JB0100GR028488	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/POP 110I		2015 2016	
CAP/POT/CIL		CATEGORIA	
02P/0109CC		PARTIC	
		COR PREDOMINANTE	
		VERMELHA	
OBSERVAÇÕES			
0 PBT: 000.24			
ALIENACAO FIDUCIARIA			
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L			
MIGUEL ALVES		07/06/2016	
JUNIO MARTINS DO PRADO LOBATO DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI			



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 071.170.033-83 4 - Nome completo da vítima: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA 6 - CPF: 071.170.033-83
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: R. JARDIM MULATO 9 - Número: 1142 10 - Complemento:
11 - Bairro: COHEB 12 - Cidade: MIGUEL ALVES 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.130.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 66) 995005512

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4288 03 CONTA: 00015 806 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MIGUEL ALVES - PI, 21/11/19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: unônea DATA: 11/06/19 HORA: 14:30

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: Bernardo Freitas de Oliveira DN: 180898 ID: 20 SEXO: M

NOME DA MÃE: Gliete de Oliveira Freitas

CNS: 700007043450106 RG: 3.934.782 CONTATO: 8699528700

ENDEREÇO: Rua 02 CEP: _____

BAIRRO: Coelhe CIDADE: Miguel Alves UF: PE

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT. O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 21/11/19

Antônia R. Viana da Silva

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ CONSELHO/REGISTRO: _____

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

pt com história de trauma motociclístico em
hazo d mão dh. Exclui com amplitude de movimento com
e dor em punho.

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US

DIAGNÓSTICO

Seduto R de punho d.

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

①

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM: _____ ENFERMEIRO(A)/COREN: _____ PACIENTE: _____

MÉDICO
CRM: _____
ENFERMEIRO(A)
COREN: _____

Dr. Ednan Soares Coutinho
MÉDICO

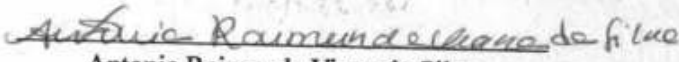
Dr. Ednan Soares Coutinho
MÉDICO



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente **Bernardo Freitas de Oliveira** deu entrada neste hospital no dia 11 de junho de 2019, às 14h37min, vítima de acidente de motocicleta, a mesma chegou ao hospital por demanda espontânea.

União (PI), 21 de novembro de 2019.


Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.

HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
Dr. Jose da Rocha Furtado
CNPJ: 18.488.308/0001-93
Rua São Paulo, S/N - Bairro São Judas Tadeu.
CEP - 64.120.000 - União - PI





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

071.170.033-83

4 - Nome completo da vítima:

BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

6 - CPF:

071.170.033-83

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

R. JARDIM MULATO

9 - Número:

1142

10 - Complemento:

11 - Bairro:

COHEB

12 - Cidade:

MIGUEL ALVES

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64-130.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(66) 995005512

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

4288

003

CONTA:

00015 806

2

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE



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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascido)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MIGUEL ALVES - PI, 21/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000163/2019-90

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Paulo Roberto Da Silva Nunes

Data/Hora: 05/11/2019 - 14:59

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE MIGUEL ALVES

561398

Data/Hora

11/06/2019 - 10:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

MIGUEL ALVES

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

LOCALIDADE GATOS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

RG: 3934787 SSP PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS

Pai: DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA

Endereço: RUA JARDIM DO MULATO, Nº 1142

Complemento: BAIRRO COHEB

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: MIGUEL ALVES

Telefone(s): 86-9937-9169

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. POP110I

2016 PIM4529 9C2JB0100GR028488

01079049921

Vermelha

Condutor: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

RG: 3934787 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA JARDIM DO MULATO Número: 1142 Complemento: BAIRRO COHEB

Cidade: MIGUEL ALVES UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Proprietário: MARIA DE NAZARE MORAES

Cidade: MIGUEL ALVES UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia a fim de comunicar que na data do dia 11/06/2019, por volta das 10:00min, pilotava a motocicleta acima citada, na localidade Gatos, Zona Rural em Miguel Alves-PI, quando aproximava se da Ponte dos Gatos, o pneu trazeiro derrapou, perdeu o equilíbrio, caiu ao chão, onde sofreu uma fratura no punho direito; QUE foi socorrido pelo o Senhor GILBERTO DIAS FERREIRA, levado para Hospital Estadual de União-PI e depois transferido para Hospital da Polícia Militar do Piauí de Teresina-PI; QUE tem como Testemunhas: o Senhor GILBERTO DIAS FERREIRA, RG: 2.960.919, CPF: 602.464.943-60, residente e domiciliado na Rua 02 de Março, nº 365, Bairro Coheb, em Miguel Alves-PI, e o Senhor LUIZ ANTONIO FREITAS DE OLIVEIRA, RG: 3.653.250, CPF: 065.245.193.45, residente e domiciliado Rua Jardim Mulato, nº 1142, Bairro Coheb, em Miguel Alves-PI.

Paulo Roberto Da Silva Nunes - Mat.
AGENTE DE POL

BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação





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, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653086

Vítima: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000004288**

Conta: **0000015806-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653086

Vítima: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15145059

Pag. 01791/01792 - carta_01 - INVALIDEZ



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

OUTORGANTE	BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	3.934.787
Profissão	RECUSO	CPF nº	071.170.033-83
Endereço	R. JARDIM MULAÇO 1142		
Bairro	COHEP	CEP	64.130 000
Município/UF	MIGUEL ALVES		

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

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo os referido procurador em qualquer empresa, instituição ou órgãos públicos, nas esferas administrativas da União, Estados e Municípios e suas Empresas públicas, Autarquias e fundações, para que lhe represente e pratique todos os atos necessário para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: DAR ENTRADA E ACOMPANHAR PROCESSO ADMINISTRATIVO DE SEGURO DPVAT JUNTO À SEGURADORA LÍDER, REFERENTE AO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ – ACIDENTE OCORRIDO EM 11 / 06 / 2019.

MIGUEL ALVES-PI, 21 de Novembro de 2019.



Bernardo Freitas de Oliveira

OUTORGANTE

CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobato, 850 - Centro - União-PI - CEP: 64420-000
Tel. / Cel.: (86) 99493-9833 - CNPJ: 32.278.312/0001-42
Tabelião: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICAÇÃO A FIRMA DE: BERNARDO
FREITAS DE OLIVEIRA, DO FE. EM TEST. EM
VERDADE. UNIAO-PI, 21/11/2019. Emol.: R\$ 85,00 70:0,77
FIMP: 0,10 Selos: 0,20 106:1,00 98 Selos: 0,25 106:0,25

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA - Tabelião Interina

CAMARCA DE UNIÃO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE REGISTRO
CIVIL E DE NOTAS - UNIÃO - PI
Lucinete Oliveira Vieira
Escrivã Pública Oficial do
Cartório de Registro Civil e de Casamentos
União - Piauí

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Assessoria de Notas,
Registro e
Juizados

RECONHECIMENTO
DE FIRMA

ABT 92551





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

234342

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	996719
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA			6 - Prontuário:	487747		
7 - CNS:	700007043450106	8 - Nascimento:	18/08/1998	9 - Sexo:	M	CPF:	071.170.033-83
11 - Mãe:	ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS			12 - Fone:	86-9.95297008		
13 - Resp:	DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA FILHO			14 - Cor:	PARDA		
15 - Ender:	RUA DOIS	1142	COHEB	19 - CEP:	64130-000		
16 - Munic:	MIGUEL ALVES	17 - Cod. IBGE:	220620	18 - UF:	PI	RG:	39347-87

Justificativa da Internação

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Doz e edema em
punho Dir.

21 - Condições que justificam a Internação:

Necessite Hx cirurgia

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

Rx punho Dir.

23 - Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

24 - Cid Princ.: S525

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C. Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.	27 - Procedimento Solicitado:	Tempo SUS		
0408020440	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	2		
29 - Clínica:	30 - Carater::	Ident.:	31 - Documento:	32 Doc. Med. Solic.
POSTO II	02	1	CPF	16778699841
33 - Nome Profissional / Assistente	34 - Data de Solicitação:			35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante
LEANDRO PONCE LEAL	12/06/2019			

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Serie
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.	50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)
48 - Documento	49 - Num. Documento	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

1. *Ednan Soares Coutinho*

Usuário: MARIA DORES
Consulta Local:
Consulta SUS: 201906111118767
Impressão: 23:01:28





Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



2143/12

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	FICHA DE PRONTUÁRIO		12/06/2019
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		Pront.: 487747
IDEM OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 18/08/1998 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 996719	Enfermaria: POSTO II	ENF 204 LEITO Leito: 204
CLÍNICA	Pai: DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA		
	Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS		
Médico Assistente	RG: 3934787		
	Residência:		
Permanência			
CLÍNICA	RUA DOIS Nr.: 1142 Cep: 64130000	Bairro: COHEB Cidade: MIGUEL ALVES Telefone: 86 - 995297008	

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

Don e edema em
cunho de

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S525	
Principal:	CID S525	
Procedimento:	CID S525	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirurgico			<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação 12/06/2019 22:51:16	Data da Alta: 20/06/2019	Data da Hospitalização
--	-----------------------------	------------------------

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação		

THE / /

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 011377563639
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0745
0196
9475
0500
7487
fcb2
a99b
839a
9d91
4006
2916

VIA 1 COD. RENAVAM 01079049921 RNTRO 2015

NOME MARIA DE NAZARE MORAES

70059993391

PLACA PIM-4529

PLACA ANT./UR

9C2JB0100GR028488

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2016

CAP/POT/CIL 02P/0109CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA

VENIC. COTA UNICA

VENIC/COTAS

IPVA

FADA LPVA

PARCELAMENTO/COTAS

00000000

1º IPVA

2º

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

PBT: 000.24
ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

MIGUEL ALVES

DATA 07/06/2016

ASSO MARTINS DO REGO LOBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VESTIMENTAÇÃO OU POR SUAS CARGAS APÓS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 011377563639 BILHETE DE SEGURO

70059993391

PIM-4529

2015

ESTE É 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

2015 07/06/2016

VIA 1 70059993391

PLACA PIM-4529

RENAVAM 01079049921

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB. 2015

DT. FAB.

Nº CHASSI 9C2JB0100GR028488

PRÊMIO TARIFÁRIO

021,50

002,38

023,88

004,15

000,19

052,14

X COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO 02/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PI		Nº 011377563639	
0120160195797		65607578946	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
074501969475b50e7487fdd3e35b839a5d9140062916			
VR	COL RENAVAM	RNTTC	
1	01079049921		
NOME/ENDEREÇO			
MARIA DE NAZARE MORAES			
R 14 DE AGOSTO		00030	
URBANO		PI	
CPF/CNPJ		PLACA	
70059993391		PIM-4529	
NOME ANTERIOR			
CIRO NOGUEIRA COMERCIO DE MOTOCICLE			
PLACA ANT/UF		CHASSI	
-		9C2JB0100GR028488	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/POP 110I		2015 2016	
CAP/POT/CIL		CATEGORIA	
02P/0109CC		PARTIC	
		COR PREDOMINANTE	
		VERMELHA	
OBSERVAÇÕES			
0 PBT: 000.24			
ALIENACAO FIDUCIARIA PARA TRANSFERENCIA			
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L			
MIGUEL ALVES		DATA	
		07/06/2016	
JUNIO MARTINS DO PRADO LOBATO DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI			



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412058/19
Vítima: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA
CPF: 071.170.033-83
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/06/2019
Titular do CPF: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

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

BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA : 071.170.033-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
CPF: 038.077.223-00

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PI

NOME: MAYCON JACSON SILVA DE CASTRO

DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO: 2922535 SSP PI

CNPJ: 038.077.223-00 DATA NASCIMENTO: 12/03/1991

PROFISSÃO: HENRIQUE ALEXANDRINO DE CASTRO

PERMISSÃO: JANETE MARIA DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT. NAB. AB.

REGISTRO: 05620838968 VALIDADE: 18/07/2023 HABILITAÇÃO: 18/10/2012

RESERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO: 20/08/2018

ASSINATURA DO EMISOR

82414894055
PI320640224

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1654606003

PROIBIDO PLASTIFICAR 1654606003



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CIVIL 3.934.787 DATA DE
EXPIRAÇÃO 09/08/13

NOME
BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

PLAÇÃO

ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS
DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA
NATURALIDADE

TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO
18/08/1998

DOC. OMISSO

CERT. NASC. 52126 L A67 F 177
EXP MIGUEL ALVES-PI 03/12/98

TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 23/06/83 - DECRETO Nº 88.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

2232481

CÓDIGO DE CONTROLE
D2C6.96F3.002A.828B

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:34:56 do dia 13/03/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
071.170.033-83

Nome
BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

Nascimento
18/08/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.077.223 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.170.033 / 83

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.170.033 / 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>LC SÃO FELIPE</u>	Número: <u>S/N</u>	Complemento:
Bairro: <u>ZONA RURAL</u>	Cidade: <u>UNIÃO</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64.120.000</u>	Tel.(DDD): <u>(86) 995005512</u>

Local e Data: MIGUEL ALVES, PI 21/11/19

Maycon Jackson Silva de Castro
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

OUTORGANTE	BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	3.934.787
Profissão	RECUSO	CPF nº	071.170.033-83
Endereço	R. JARDIM MULAÇO 1142		
Bairro	COHEP	CEP	64.130 000
Município/UF	MIGUEL ALVES		

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

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo os referido procurador em qualquer empresa, instituição ou órgãos públicos, nas esferas administrativas da União, Estados e Municípios e suas Empresas públicas, Autarquias e fundações, para que lhe represente e pratique todos os atos necessário para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: DAR ENTRADA E ACOMPANHAR PROCESSO ADMINISTRATIVO DE SEGURO DPVAT JUNTO À SEGURADORA LÍDER, REFERENTE AO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ – ACIDENTE OCORRIDO EM 11 / 06 / 2019.

MIGUEL ALVES-PI, 21 de Novembro de 2019.



Bernardo Freitas de Oliveira

OUTORGANTE

CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobato, 850 - Centro - União-PI - CEP: 64420-000
Tel. / Cel.: (86) 99493-9833 - CNPJ: 32.278.312/0001-42
Tabelião: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICAÇÃO A FIRMA DE: BERNARDO
FREITAS DE OLIVEIRA, DO FE. EM TEST. DE
VERDADE. UNIAO-PI, 21/11/2019. Emol.: R\$ 3,85 70:0,77
FIMP: 0,10 Selto: 0,20 106: 1,00 98 Selto: 0,20 98 Selto: 0,20 98 Selto: 0,20 98

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA - Tabelião Interina

CAMARCA DE UNIÃO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE REGISTRO
CIVIL E DE NOTAS - UNIÃO - PI
Lucinete Oliveira Vieira
Escrivã Pública Oficial do
Cartório de Registro Civil e de Casamentos
União - Piauí

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Assessoria de Notas,
Registro e
Juizados

RECONHECIMENTO
DE FIRMA

ABT 92551

