

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para reclamações, indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capital: 0800 022 12 04 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 12 04 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 35

Eu, Kelly Regina da Silva
RG nº 3.071.185, data de expedição 17 / 06 / 13
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 043.099.583-03,
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Abaete Planalto Santa Fé, nº 2125,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Antonio Gleison Araujo Freitas, cujo o condutor era
Antonio Gleison Araujo Freitas
Veículo: MOTO Modelo: CG 150 FAN ESI Ano: 2013
Placa: QUE3177 Chassi: 9C2KC1670DR508602
Data do Acidente: 06 / 09 / 19

Local e Data: Teresina - PI, 17 de setembro de 2019



Kelly Regina da Silva
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Orlando Marques, 1229 - Centro - CEP 64000-000 - Teresina - PI - Fone: (085) 3223-0199 - E-mail: cartorio3@teresina.pi.gov.br
Bulas: Antônio Gonçalves da Sampaia Freitas

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE KELLY REGINA DA SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Selo: AA166035-21V9
Teresina-PI, 17/09/2019.
www.tjpi.jus.br/portalextra
AUREA LETICIA SANTOS SILVA-ESCREVENTE
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 19
DEC DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO (DPVAT)

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Aurea Letícia Santos Silva
Escritor Autorizada

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

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/BIBLIOTECASWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Loren de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Antonio Gleison Araujo Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.069.383-07
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Gleison Araujo
inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.069.383-07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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>Rua: 24 de Janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: Teresina - Piauí 06.12.19

Kelly Loren de Oliveira
Assinatura do Declarante



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0010-60 - INSC. ESTADUAL: 19.300.251-5
AV. FR. SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-020
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

ANTONIO JOSE DA SILVA
RUA ABAETE, 2125
ANGELIM
64028-690 TERESINA-PI

DATA DE EMISSAO 22/07/2019	TELEFONE/CONTRATO 3211-2016 0 9
CNPJ / CPF 00039811158304	
TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL	VALOR A PAGAR R\$
COD. DEB. AUTOMATICO 070800348844	98,81
CODIGO DDD 66	
CODIGO MINHA OI 070800348844	VENCIMENTO 08/08/2019

PLANO LOCAL:		HISTORICO DO CONSUMO DE MINUTOS:		06/19: 7:00	05/19: 42:00	04/19: 23:00		
OI FIXO				03/19: 4:00	02/19: 7:00	01/19: 4:00		
PAG./LINHA	DATA	DESCRICAO	TEL.ORIGEM	TEL.CHAMADO	HORARIO	DURACAO	TARIFA	VALOR

CODIGO PROXIMO AO VALOR DO ITEM IDENTIFICA SERVICO REFATURADO, DESCONTO E/OU PARTICIPACAO EM PLANO PROMOCIONAL, CONFORME ABAIXO:
VD - VALOR COM DESCONTO

PRESTADORA TELEMAR NORTE LESTE S/A NFST N. 00000845796/SERIE /SUB-SERIE

TELEFONE 03150 3211-2016 0 9

SERVICOS MENSAIS

0001/01 22/07/2019 ASS.FIXO FRANQ.1000MIN PA159 DE 01/06/19 A 30/06/19 84,81% VD 18,89
SUBTOTAL 19,89

LIGACOES LOCAIS

0001/02 22/07/2019 CONSUMO MINUTOS 7:00 FRANQUIA 1.000:00 MINUTOS ALEM DA FRANQUIA 0:00 0,00
SUBTOTAL 0,00

OI VELOX - SERVICOS MENSAIS E EVENTUAIS

0001/03 22/07/2019 ASS. OI VELOX RES 15M DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 77,26% VD 50,00
SUBTOTAL 60,00
SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 69,89

BASE DE CALCULO ICMS 89,89 TOTAL NOTA FISCAL SERVICOS 69,89
ALÍQUOTA 30%
VALOR 20,96

ISS

RESERVADO AO FISCO

5329.854a.5pb1.4460.9f04.3091.dbb6.3715

FATURA N.: 0800027355161 TELEMAR NORTE LESTE S/A - AV. FR. SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-020
CNPJ: 33.000.118/0010-60 - INSC. ESTADUAL: 19.300.251-5

SERVICO DE TERCEIROS

TELEFONE 03150 3211-2016 0 9

0001/04 22/07/2019 OI LEITURA DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 61,09% VD 20,63
SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 20,63
TOTAL SERVICOS DE TERCEIROS 20,63

PREZADO CLIENTE, ATÉ 21/06/19 NÃO CONFIRMAMOS O PGTO DE CONTA(S) DE MES(ES) ANTERIOR(ES) TOTALIZANDO R\$ 174,88. PAGUE SUA CONTA EM DIA E EVITE SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS, CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTAÇÃO ANATEL.

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite:

- Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês.
- Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio de notificação e, conforme 30 dias, Suspensão Total.
- Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas.
- Cancelamento e inclusão nos Códigos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.

A Oi Informa que, por decisão estratégica da empresa Crackle Latin America, Inc., o serviço de vídeo on demand Crackle será descontinuado em toda a América Latina em 30 de abril de 2019. Por conta disso, a partir desta data o conteúdo Crackle deixará de ser disponibilizado aos assinantes.

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 07357474000106 - 15 31965574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Edifício os Sertões - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1,38
20170902113024

MATRICULA 13428373-2 FATURA Nº 152393609
MÊS/ANO 8/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00041-005270 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
07/2019	1.140	01	10
06/2019	1.140	02	10
05/2019	1.140	01	10
04/2019	1.140	06	10
03/2019	1.140	02	10
02/2019	1.140	02	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 02/07/2019 146
ATUAL 02/08/2019 147

CONSUMO MÊS M3 10 LER 12.7410002
PIS/PASEP 5,1941,68% = 0,91
COPINS 55,13x7,60% = 4,19

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)
01	10 25 5.7120 00
02	25 99999 9.8610 50

DESCRIÇÃO	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,56	
> Residencial-Normal 10,0 m3	30,66
VALOR DE ESGOTO - 24,53	
> Residencial-Normal 10,0 m3	24,53

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)

VENCIMENTO 14/08/2019 TOTAL A PAGAR 55,19

IRREGULARIDADES / INICIALIDADES

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342/1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	UNID. / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/l



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0010-60 - INSC. ESTADUAL: 19.300.251-5
AV. FR. SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-020
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

ANTONIO JOSE DA SILVA
RUA ABAETE, 2125
ANGELIM
64028-690 TERESINA-PI

DATA DE EMISSAO 22/07/2019	TELEFONE/CONTRATO 3211-2016 0 9
CNPJ / CPF 00039811158304	
TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL	VALOR A PAGAR R\$
COD. DEB. AUTOMATICO 070800348844	98,81
CODIGO DDD 66	
CODIGO MINHA OI 070800348844	VENCIMENTO 08/08/2019

PLANO LOCAL:		HISTORICO DO CONSUMO DE MINUTOS:		06/19: 7:00	05/19: 42:00	04/19: 23:00		
OI FIXO				03/19: 4:00	02/19: 7:00	01/19: 4:00		
PAG./LINHA	DATA	DESCRICAO	TEL.ORIGEM	TEL.CHAMADO	HORARIO	DURACAO	TARIFA	VALOR

CODIGO PROXIMO AO VALOR DO ITEM IDENTIFICA SERVICO REFATURADO, DESCONTO E/OU PARTICIPACAO EM PLANO PROMOCIONAL, CONFORME ABAIXO:
VD - VALOR COM DESCONTO

PRESTADORA TELEMAR NORTE LESTE S/A NFST N. 00000845796/SERIE /SUB-SERIE

TELEFONE 03150 3211-2016 0 9

SERVICOS MENSAIS

0001/01 22/07/2019 ASS.FIXO FRANQ.1000MIN PA159 DE 01/06/19 A 30/06/19 84,81% VD 18,89
SUBTOTAL 19,89

LIGACOES LOCAIS

0001/02 22/07/2019 CONSUMO MINUTOS 7:00 FRANQUIA 1.000:00 MINUTOS ALEM DA FRANQUIA 0:00 0,00
SUBTOTAL 0,00

OI VELOX - SERVICOS MENSAIS E EVENTUAIS

0001/03 22/07/2019 ASS. OI VELOX RES 15M DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 77,26% VD 50,00
SUBTOTAL 60,00
SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 69,89

BASE DE CALCULO ICMS 89,89 TOTAL NOTA FISCAL SERVICOS 69,89
ALÍQUOTA 30%
VALOR 20,96

ISS

RESERVADO AO FISCO

5329.854a.5pb1.4460.9f04.3091.dbb6.3715

FATURA N.: 0800027355161 TELEMAR NORTE LESTE S/A - AV. FR. SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-020
CNPJ: 33.000.118/0010-60 - INSC. ESTADUAL: 19.300.251-5

SERVICO DE TERCEIROS

TELEFONE 03150 3211-2016 0 9

0001/04 22/07/2019 OI LEITURA DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 61,09% VD 20,63
SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 20,63
TOTAL SERVICOS DE TERCEIROS 20,63

PREZADO CLIENTE, ATÉ 21/06/19 NÃO CONFIRMAMOS O PGTO DE CONTA(S) DE MES(ES) ANTERIOR(ES) TOTALIZANDO R\$ 174,88. PAGUE SUA CONTA EM DIA E EVITE SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS, CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTAÇÃO ANATEL.

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite:

- Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês.
- Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio de notificação e, conforme 30 dias, Suspensão Total.
- Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas.
- Cancelamento e inclusão nos Códigos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.

A Oi informa que, por decisão estratégica da empresa Crackle Latin America, Inc., o serviço de vídeo on demand Crackle será descontinuado em toda a América Latina em 30 de abril de 2019. Por conta disso, a partir desta data o conteúdo Crackle deixará de ser disponibilizado aos assinantes.



HOSPITAL GERAL DO PROMORAR

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153
TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

10: 90/199

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 07/09/2019 01:51:22
(User: RYAN NOGUEIRA)
(Estação: CONSULTORIO01)

Nome: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS		Prontuário: 171743	
Mãe: MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS		Pai: JOSE LUIZ DE FREITAS	
End.Resid.: R- ABAETE 2125 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 19/11/1984	Idade: 34a9m18d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99462-3919
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão: MOTORISTA		Documento: CPF: 008.069.383-07	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 471763	Entrada: 07/09/2019 01:35:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDA	Classificação: EVENTO RECENTE	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO CORTE NA REGIÃO FRONTO E CONTUSÃO EM ASSO		WANDERSON FERREIRA DA SILVA coren pi 492589 Em: 07/09/2019 01:37:30
RAIO X REALIZADO DATA 07/09/2019 HORA 08:53 TÉCNICO: [assinatura]		

SSVV: (Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: QP: dor e lesões em face HDA: relata ação contundente há 2h, aproximadamente. Nega náuseas, vômitos, convulsões, amnesia. Refere desmaio por 2 min, cefaleia holocraniana, epistaxe. Relata dor e limitação do movimento em pé esq. Cartão de vacina não atualizado. EF: vias aéreas pervias, sem colar cervical, sem cervicalgia, tórax expansível simetricamente, eupneico, MV + bilateralmente, BNF 2T RR, abdome plano, flácido e depressível, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal, GCS 15/15, não foi possível avaliar pupilas por conta de hematoma em olho esq, sem déficit motor e sensitivo. Relata perda de sensibilidade em 3 últimos pododáctilos esq. Nota-se escoriação.	
Diagnóstico Inicial: ?	CID:

Exames Complementares:

Prescrição Médica: 1. Tilatil 20mg/ml - 1 amp + AD, IV, agora — 08:53 [assinatura]	TOXICOLOGIA REALIZADA DATA 07/09/2019 HORA 08:53 EXAME: [assinatura] TÉCNICO: [assinatura]
---	---

Motivo da Alta/Encerramento: Continua Tratamento em Outra Unidade		DATA: / / HORA: : :
--	--	-----------------------------------



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0010-60 - INSC. ESTADUAL: 19.300.251-5
AV. FR. SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-020
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

ANTONIO JOSE DA SILVA
RUA ABAETE, 2125
ANGELIM
64028-690 TERESINA-PI

DATA DE EMISSAO 22/07/2019	TELEFONE/CONTRATO 3211-2016 0 9
CNPJ / CPF 00039811158304	
TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL	VALOR A PAGAR R\$
COD. DEB. AUTOMATICO 070800348844	98,81
CODIGO DDD 66	
CODIGO MINHA OI 070800348844	VENCIMENTO 08/08/2019

PLANO LOCAL:		HISTORICO DO CONSUMO DE MINUTOS:		06/19: 7:00	05/19: 42:00	04/19: 23:00		
OI FIXO			03/19: 4:00	02/19: 7:00	01/19: 4:00			
PAG./LINHA	DATA	DESCRICAO	TEL.ORIGEM	TEL.CHAMADO	HORARIO	DURACAO	TARIFA	VALOR

CODIGO PROXIMO AO VALOR DO ITEM IDENTIFICA SERVICO REFATURADO, DESCONTO E/OU PARTICIPACAO EM PLANO PROMOCIONAL, CONFORME ABAIXO:
VD - VALOR COM DESCONTO

PRESTADORA TELEMAR NORTE LESTE S/A NFST N. 00000845796/SERIE /SUB-SERIE

TELEFONE 03150 3211-2016 0 9

SERVICOS MENSAIS

0001/01 22/07/2019 ASS.FIXO FRANQ.1000MIN PA159 DE 01/06/19 A 30/06/19 84,81% VD 18,89
SUBTOTAL 19,89

LIGACOES LOCAIS

0001/02 22/07/2019 CONSUMO MINUTOS 7:00 FRANQUIA 1.000:00 MINUTOS ALEM DA FRANQUIA 0:00 0,00
SUBTOTAL 0,00

OI VELOX - SERVICOS MENSAIS E EVENTUAIS

0001/03 22/07/2019 ASS. OI VELOX RES 15M DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 77,26% VD 50,00
SUBTOTAL 60,00
SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 69,89

BASE DE CALCULO ICMS 89,89 TOTAL NOTA FISCAL SERVICOS 69,89
ALÍQUOTA 30%
VALOR 20,96

ISS

RESERVADO AO FISCO

5329.854a.5pb1.4460.9f04.3091.dbb6.3715

FATURA N.: 0800027355161 TELEMAR NORTE LESTE S/A - AV. FR. SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-020
CNPJ: 33.000.118/0010-60 - INSC. ESTADUAL: 19.300.251-5

SERVICO DE TERCEIROS

TELEFONE 03150 3211-2016 0 9

0001/04 22/07/2019 OI LEITURA DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 61,09% VD 20,63
SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 20,63
TOTAL SERVICOS DE TERCEIROS 20,63

PREZADO CLIENTE, ATÉ 21/06/19 NÃO CONFIRMAMOS O PGTO DE CONTA(S) DE MES(ES) ANTERIOR(ES) TOTALIZANDO R\$ 174,88. PAGUE SUA CONTA EM DIA E EVITE SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS, CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTAÇÃO ANATEL.

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite:

- Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês.
- Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio de notificação e, conforme 30 dias, Suspensão Total.
- Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas.
- Cancelamento e inclusão nos Códigos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.

A Oi informa que, por decisão estratégica da empresa Crackle Latin America, Inc., o serviço de vídeo on demand Crackle será descontinuado em toda a América Latina em 30 de abril de 2019. Por conta disso, a partir desta data o conteúdo Crackle deixará de ser disponibilizado aos assinantes.

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: 008.069.383-07 4 - Nome completo da vítima: Antonio Gleison Araujo Freitas

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

5 - Nome completo: Antonio Gleison Araujo Freitas 6 - CPF: 008.069.383-07
7 - Profissão: Fumista 8 - Endereço: Rua. Abaete 9 - Número: 2125 10 - Complemento:
11 - Bairro: Angelim 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.028.690
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86/994729591

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: 3389 013 CONTA: 7472 8
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 24.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003610/2019-41

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Alberto Da Silva Reis

Data/Hora: 19/09/2019 - 12:55

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

06/09/2019 - 23:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

LOURIVAL PARENTE

Endereço

RUA IVAN TITO DE OLIVEIRA COM AV. PREFEITO WALL FERRAZ, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2357989

Mãe: MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS

Pai: JOSÉ LUIZ DE FREITAS

Endereço: RUA ABAETE, Nº 2125

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA


NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

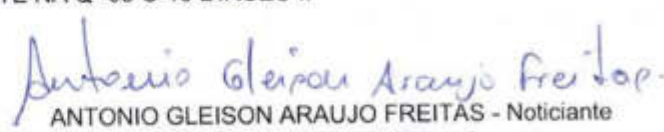
Natureza(s) da Ocorrência

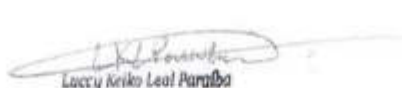
1 - Lesão corporal culposa.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE UE POR VOLTA DAS 23h30min. DO DIA 06.092019 OCORREU UM ACIDENTE DE TRANSITO(COLISÃO DE VEÍCULOS COM VITIMA) RUA . IVAN TITO DE OLIVEIRA COM AV. PREFEITO WALL FERRAZ ENVOLVENDO OS VEÍCULOS: 01- HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA QUE-3177, RENAVAM 00546207995, COR PRETA, EM NOME DE KELLY REGINA DA SILVA, CONDUZIDA POR ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS, CNH Nº 1745968869, CAT. AD; 02-UMA MOTO PROPRIETÁRIO E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS. RELATA O NOTICIANTE E CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA QUE-3177 QUE TRAFEGAVA NA AV. PREFEITO WALL FERRAZ NO SENTIDO NORTE/SUL AO CHEGAR NO SINAL NO CRUZAMENTO COM A RUA IVAN TITO DE OLIVEIRA OCORREU O ACIDENTE, TENDO SAÍDO COMO VÍTIMA: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DO HUT Nº 522046. O FATO OCORRIDO FOI TESTEMUNHADO POR RICARDO ARAUJO OLIVEIRA, RESIDENTE NA Q- 08 C-10 DIRCEU I.


Alberto Da Silva Reis - Mat.
AGENTE DE POL


ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS - Noticiante
Responsável pela Informação


Lacey Keiko Leal Parreira
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

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: 008.069.383-07 4 - Nome completo da vítima: Antonio Gleison Araujo Freitas

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

5 - Nome completo: Antonio Gleison Araujo Freitas 6 - CPF: 008.069.383-07
7 - Profissão: Fumista 8 - Endereço: Rua. Abaete 9 - Número: 2125 10 - Complemento:
11 - Bairro: Angelim 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.028.690
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86/994729591

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: 3389 013 CONTA: 7472 8
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE 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: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 24.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190680756

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

Data do Acidente: 06/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190680756

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

Data do Acidente: 06/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

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

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: 16/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000007472-8

Nr. da Autenticação 420BDE9BF2803B89

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081004/20

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

CPF: 008.069.383-07

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS : 008.069.383-07

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: 05/03/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Gleison Araujo Freitas

RG: 235 7989 Órgão Emissor: SSP - PI

CPF: 008.069.383-07 Nacionalidade: Brasileira

Est. Civil: Solteiro Profissão: Frentista

Endereço: Rua: Abaete Nº 2125

Bairro: Angelim Cep: Cidade/UF: Teresina - PI

Telefone: (86) 99472-9591 ()

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira

RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte

Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí

Telefone: (86) 99472-9591 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Antonio Gleison Araujo Freitas

CPF: 008.069.383-07 Data do Acidente: 06/09/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina - Piauí 37.09.19
Local e data

Antonio Gleison Araujo Freitas
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua 12 de Novembro, 1233 - Centro - CEP: 64000-320 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0121 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Título: Antônio Gleison Araujo Freitas

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 17/09/2019. Selo: AAJ39245-Y991
www.tpi.jus.br/portalextra

Jessica Aline de Meneses Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 233
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jéssica Aline de Meneses Silva
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200101676 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS **Data do acidente:** 06/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º METATARSO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO 2º METATARSO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 8

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081004/20

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

CPF: 008.069.383-07

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS : 008.069.383-07

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: 05/03/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Antonio Gleison Soares Freitas
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 522046

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Osto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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



Imp: 07/09/2019 10:14:59

(User: VALDENICE MENDES)

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS		Prontuário: 522046
Mãe: MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS	Pai:	
End.Resid.: RUA ABAETE 2125 - PLANALTO STA. FE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 19/11/1984	Idade: 34a9m18d	Sexo: Masculino Fone: 86-94623-919
Responsável: KATIA REJANE		CNS: 706901105783036
Profissão: FRENTISTA		CPF: 008.069.383-07 * RG: -
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 740061	Data: 07/09/2019 08:08:19	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Trajetos?: Sim	Típico: Não CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

PA X mmHg	Pulso:	FC: bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ALTA: () Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem () Transferência: DATA SAÍDA: HORA:
DESTINO: () Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs		() Família () IML () Anat. Patol.
ÓBITO:		() Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível: Prof. Solicitante Internação:

Kátia Damasceno



HOSPITAL GERAL DO PROMORAR

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153
TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

10: 90/197

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 07/09/2019 01:51:22
(User: RYAN NOGUEIRA)
(Estação: CONSULTORIO01)

Nome: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS		Prontuário: 171743	
Mãe: MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS		Pai: JOSE LUIZ DE FREITAS	
End.Resid.: R- ABAETE 2125 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 19/11/1984	Idade: 34a9m18d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99462-3919
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão: MOTORISTA		Documento: CPF: 008.069.383-07	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 471763	Entrada: 07/09/2019 01:35:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDA	Classificação: EVENTO RECENTE	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO CORTE NA REGIÃO FRONTAL E CONTUSÃO EM CABEÇA		WANDERSON FERREIRA DA SILVA coren pi 492589 Em: 07/09/2019 01:37:30
DATA 07/09/2019 HORA 08:53 TÉCNICO Jany		

SSVV: (Hora: ____:____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:	
QP: dor e lesões em face	
HDA: relata ação contundente há 2h, aproximadamente. Nega náuseas, vômitos, convulsões, amnesia. Refere desmaio por 2 min, cefaleia holocraniana, epistaxe. Relata dor e limitação do movimento em pé eq. Cartão de vacina não atualizado.	
EF: vias aéreas pervias, sem colar cervical, sem cervicalgia, tórax expansível simetricamente, eupneico, MV + bilateralmente, BNF 2T RR, abdome plano, flácido e depressível, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal, GCS 15/15, não foi possível avaliar pupilas por conta de hematoma em olho eq, sem déficit motor e sensitivo. Relata perda de sensibilidade em 3 últimos pododáctilos eq. Nota-se escoriação.	
Diagnóstico Inicial: ?	CID:

Exames Complementares:

Prescrição Médica: 1. Tilatil 20mg/ml - 1 amp + AD, IV, agora — 09:53 Jany	TOSSOGRAFIA REALIZADA DATA 07/09/2019 HORA 08:53 EXAME Cmax 96 TECNÓLOGO: Jany
---	--

Motivo da Alta/Encerramento: Continua Tratamento em Outra Unidade	DATA: / / HORA: : :
--	-----------------------------------



ADO PACIENTE	LEITURÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT:	LEITO
Antonio Oliveira Araujo Freitas					
HISTÓICO ATUAL E COMORBIDADES					
Fratura em 2º metacarpo pé esquerdo					
ALERGIAS					
HORÁRIO					
OBSERVAÇÕES					
DATA: 07/08/2014 HORA: 00:00h					
1 - Dieta geral					
2 - SF 0,5% 500ml EV de 12/12h					
3 - Dipirona 0,1 g/kg + ADEV 6/6h					
4 - Ibuprofeno 400mg + ADEV 12/12h					
5 - Ranitidina 150mg + ADEV 8/8h					
6 - Plasil 0,1 g/kg + ADEV 8/8h					
7 - CCG 6 + SSVV					
1000 Unidade de Saúde Local					
MÉDICO: Dr. Zenon Rocha					
CRA 11.3504 (08/09/1997)					
Dr. Helvécio Raimundo Bezerra					
MÉDICO-ORTOPEDIA					
CRA 11.3504 (08/09/1997)					

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	<i>Dr. Bergiel Barbosa Bezerra</i>

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____
 ACIENTE: *Antonio Oleirio Gomes* Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

*Fração de 2: unidades e
 Vacinas em 2: unidades
 n.s. - -*

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PI: 3909

DATA: *08/03/13*

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Assinatura do Auditor
 • MANOEL CARLOS
 CRM-PI: 3909



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fis Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 08/09/19

NOME DO PACIENTE: Antonio Gleison Araujo Freitas	PRONTUÁRIO Nº: 522046
DIAGNÓSTICO: fr 2º mto E	CIRURGIA: Pênis
ANESTESIA: Dr. Rodrigo	Nº DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Dr. Bergiel Dr. Bergiel Barbosa Bezerra	CPF Nº
AUXILIAR: Res. Anestesia	CPF Nº
ANESTESIA: Raquel	CPF Nº
INSTRUMENTADORA: Ana Gleides	CPF Nº

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	180	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			ESCOVAS		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA		05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				ELETRODOS		01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				CROTON			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Edirne.			



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

240301

DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

246883

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

6 - Prontuário: 522046

CNS: 706901105783036

8-Nascimento: 19/11/1984

9-Sexo: Masculino

CPF: 008.069.383-07

1-Mãe: MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS

12-Fone: 86-94623-919

3-Resp: KATIA REJANE

14-Cor: Sem Informação

5-Ender: RUA ABAETE 2125 - PLANALTO STA. FE - CEP: 64000-010

6-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

0 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Motociclista com relato de colisão com moto, de capacete, trauma de face e perda de consciencia momentanea. ALERGIA A DIPIRONA.

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

RX

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

5923

Fratura de ossos do metatarso

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

Tempo SUS

0408050462

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

07/09/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

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:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Antonio Gleison Araújo Freitas</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura do 2º metacarpo E</i>		
Operação - Tipo <i>Osteossíntese</i>		
Cirurgião <i>Dr. Bergiel Barbosa Bezerra</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Magalydes</i>	Anestesista <i>Dr. Rodrigo</i>	Anestesia <i>Raque</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>08/09/17</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente em DM com lesões pré-operatórias
Após a anestesia, a cirurgia foi realizada
Redução manual da fratura do 2º metacarpo E
com presença persistente de fratura
de Kienbock com redução cirúrgica
curta.
Dolo grande

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS** (Prontuário: 522046)
Endereço: RUA ABAETE 2125 - PLANALTO STA. FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 19/11/1984 Idade: 34a9m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740061
Requisição: 997168 Solicitação: 07/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1303301 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/09/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

OBS.: FRATURAS NAS PAREDES DA ÓRBITA ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS** (Prontuário: 522046)
 Endereço: RUA ABAETE 2125 - PLANALTO STA. FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 19/11/1984 Idade: 34a9m21d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740061
 Requisição: 997169 Solicitação: 07/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
 Controle: 1303303 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 07/09/2019

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

O estudo radiológico do pé esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura alinhada no 2º metacarpiano ← *cmãul*
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 10/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Antônio Gleison A. Melo</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>08/09/13</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Atleta Dipirone</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura II metatarso</i>					FÍSICOS <i>NAD</i>	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
						TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					SEQUÊNCIA 1 - monitor P.A. 2 - 124ml 3 - 13-4-8-15 4 - 10-15-10-10 5 - 10-15-10-10 6 - 10-15-10-10 7 - 10-15-10-10 8 - 10-15-10-10 9 - 10-15-10-10 10 - 10-15-10-10 11 - 12 - 13 - 14 - 15 -
LÍQUIDOS	SO-UTO 500					
	400					
	SANGUE 300					
	200					
TEMPERATURA T	OUTROS 100					
	38					
	36					
	34					
P. ARTERIAL V O PULSO	260					
	240					
	220					
	200					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	180					
	160					
	140					
	120					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	100					
	80					
	60					
	40					
RESPIRAÇÃO O	20					
	10					
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS						INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES <i>Osteomíte metatarso</i>						
CIRURGIÕES <i>Bergel</i>						
ANESTESISTAS <i>Dr. José F. Jorginho G. Sousa</i>						
ANESTESIOLOGISTA CRM-P1 6246						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

050/001

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME
KEYILLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
BARÃO DE GRAJAU-MA

DOC. ORIGIN 18/12/1979

CERT. NASC. 39751 V 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI
839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO

A AUTORA NACIONAL DE IDENTIFICACÃO

PI

1745968869

1745968869

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

DOC. IDENTIFICACÃO / RG / CNH / CPF

2387985 SSP PI

CPF

008.049.383-07

DATA DE NASCIMENTO

19/11/1984

FUNÇÃO

JOSE LUIZ DE FREITAS

MARIA DO CARMO ARAUJO

FREITAS

PERMISSÃO

ACC

CAT. NBR

AD

Nº REGISTRO

02909826973

VALIDADE

22/05/2023

EMISSÃO

03/06/2003

COPIAS

1

ASSINATURA DO PORTADOR

ASSINATURA DO CRUZADOR

LOCAL

TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO

08/10/2018

04180466478

PI320406030

PIAUI

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kyilly Maria de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Antonio Gleison Araujo Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.069.383-87
do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Antonio Gleison Araujo Freitas
inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.069.383-87 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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>Rua: 24 de janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000-902</u>	Tel.(DDD): <u>(86) 99472954</u>

Local e Data: Teresina - Piauí

Kyilly Maria de Oliveira
Assinatura do Declarante

1.44.481
2828283182748

MATRICULA 13428373-2 FATURA Nº 193198
MÊS/ANO 2/2020

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00041-005270 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	Tipo	LIDO	FATURADO
01/2020	Lido	01	18
02/2020	Lido	01	18
03/2020	Lido	02	18
04/2020	Lido	01	18
05/2020	Lido	02	18
06/2020	Lido	01	18

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 02/01/2020 154
ATUAL 03/02/2020 156

CONSUMO MÊS M3 10

US 10,7410018
PIS/PASEP 04,7541,6541 1,28
COPINS 04,7541,6541 5,44

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)	VALOR
0	18 3,0668 00	30,66
10	25 5,7120 00	24,53
25	999999 5,8512 00	0,11

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 30,66		
> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
VALOR DE ESGOTO - 24,53		
> Residencial-Normal	10,0 m3	24,53
JUROS POR ATRASO	001/001	0,68
JUROS POR ATRASO	001/001	1,15
MULTA POR ATRASO	001/001	1,10
MULTA POR ATRASO	001/001	26,56
RELIGACAO POR CORTE SIMPLES	001/001	

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)

VENCIMENTO 14/02/2020 TOTAL A PAGAR 84,79

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3003	2991	12	1,42	0,2-5,0 mg/l
COR APARENTE	3336	3285	51	4,59	Inferior a 15
PH	2415	2376	39	6,76	6,00-9,50
TURBIDEZ	3336	3282	54	1,23	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COL	1184	1184	0	Ausente	Ausente
	1184	1184	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 03/02/2020 HORA DA EMISSÃO: 10:27

1.44.481 2828283182748

MATRICULA 13428373-2 FATURA Nº 193198
MÊS/ANO 2/2020
VENCIMENTO 14/02/2020 VALOR A PAGAR 84,79

8266000000-2 84791535000-7 00202000019-2 31980100504-6





TELEFAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0010-60 - INSC. ESTADUAL: 19.300.251-5
AV. FR. SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-020
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

ANTONIO JOSE DA SILVA
RUA ABAETE, 2125
ANGELIM
64028-690 TERESINA-PI

DATA DE EMISSAO 21/12/2019		TELEFONE/CONTRATO 3211-2016 0 9
CNPJ / CPF 00039811158304		VALOR A PAGAR R\$ 95,26
TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL		
COD. DEB. AUTOMATICO 070800348844		
CODIGO DDD 86		
CODIGO MUNIC. 01 070800348844		VENCIMENTO 08/01/2020

PLANO LOCAL:	HISTORICO DO CONSUMO DE MINUTOS:	11/19: 3:00	10/19: 10:00	09/19: 1:00
01 FIXO		08/19: 10:00	07/19: 12:00	06/19: 7:00

**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153

TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

10: 90/197

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 07/09/2019 01:51:22

(User: RYAN HOGUEIRA)

(Estação: CONSULTOR1001)

Nome: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS		Prontuário: 171743	
Mãe: MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS		Pai: JOSE LUIZ DE FREITAS	
End.Resid.: R- ABAETE 2125 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 19/11/1984	Idade: 34a9m18d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99462-3919
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão: MOTORISTA		Documento: CPF: 008.069.383-07	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 471763	Entrada: 07/09/2019 01:35:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDA	Classificação: EVENTO RECENTE	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO CORTE NA REGIÃO FRONTO E CONTUNDIDO EM CABEÇA		WANDERSON FERREIRA DA SILVA coren pi 492589 Em: 07/09/2019 01:37:30
RAIO-X REALIZADO DATA 07/09/2019 HORA 08:53 TÉCNICO: Jany		

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:	
QP: dor e lesões em face	
HDA: relata ação contundente há 2h, aproximadamente. Nega náuseas, vômitos, convulsões, amnesia. Refere desmaio por 2 min, cefaleia holocraniana, epistaxe. Relata dor e limitação do movimento em pé esq. Cartão de vacina não atualizado.	
EF: vias aéreas pervias, sem colar cervical, sem cervicalgia, tórax expansível simetricamente, eupneico, MV + bilateralmente, BNF 2T RR, abdome plano, flácido e depressível, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal, GCS 15/15, não foi possível avaliar pupilas por conta de hematoma em olho esq, sem déficit motor e sensitivo. Relata perda de sensibilidade em 3 últimos pododáctilos esq. Nota-se escoriação.	
Diagnóstico Inicial: ?	CID:

Exames Complementares:

Prescrição Médica:
1. Tilatil 20mg/ml - 1 amp + AD, IV, agora — 09:53 Jany
TOXICOLOGIA REALIZADA DATA 07/09/2019 HORA 08:53 EXAME: C/QUIZ GC TÉCNICO: Jany

Motivo da Alta/Encerramento:	
Continua Tratamento em Outra Unidade	DATA: / / HORA: :

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: 008.069.383-07 4 - Nome completo da vítima: Antonio Gleison Araujo Freitas

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

5 - Nome completo: Antonio Gleison Araujo Freitas 6 - CPF: 008.069.383-07
7 - Profissão: Frontista 8 - Endereço: Rua Aboate 9 - Número: 2125 10 - Complemento:
11 - Bairro: Angelim 12 - Cidade: Terexina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.028.690
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86/994729591

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: 3389 03 CONTA: 7472 8
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE 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 (v(n)ascor)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Terexina - Piauí 24.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003610/2019-41

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Alberto Da Silva Reis

Data/Hora: 19/09/2019 - 12:55

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA IVAN TITO DE OLIVEIRA COM AV. PREFEITO WALL FERRAZ, Nº:

Complemento

580580

Data/Hora

06/09/2019 - 23:30

Bairro

LOURIVAL PARENTE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

RG: 2357989

Mãe: MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS

Pai: JOSÉ LUIZ DE FREITAS

Endereço: RUA ABAETE, Nº 2125

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA


Natureza(s) da Ocorrência

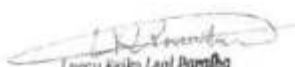
1 - Lesão corporal culposa.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE UE POR VOLTA DAS 23h30min. DO DIA 06.092019 OCORREU UM ACIDENTE DE TRANSITO(COLISÃO DE VEÍCULOS COM VITIMA) RUA . IVAN TITO DE OLIVEIRA COM AV. PREFEITO WALL FERRAZ ENVOLVENDO OS VEÍCULOS: 01- HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA OUE-3177, RENAVAM 00546207995, COR PRETA, EM NOME DE KELLY REGINA DA SILVA, CONDUZIDA POR ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS, CNH Nº 1745968869, CAT. AD; 02-UMA MOTO PROPRIETÁRIO E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS. RELATA O NOTICIANTE E CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA OUE-3177 QUE TRAFEGAVA NA AV. PREFEITO WALL FERRAZ NO SENTIDO NORTE/SUL AO CHEGAR NO SINAL NO CRUZAMENTO COM A RUA IVAN TITO DE OLIVEIRA OCORREU O ACIDENTE, TENDO SAÍDO COMO VÍTIMA: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DO HUT Nº 522046. O FATO OCORRIDO FOI TESTEMUNHADO POR RICARDO ARAUJO OLIVEIRA, RESIDENTE NA Q- 08 C-10 DIRCEU I.


Alberto Da Silva Reis - Mat.
AGENTE DE POL


ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS - Noticiante
Responsável pela Informação


Luccy Arikio Leal Parreira
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200101676

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

Data do Acidente: 06/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 000007472-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 008.069.383-07 4 - Nome completo da vítima: Antonio Gleison Araujo Freitas

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

5 - Nome completo: Antonio Gleison Araujo Freitas 6 - CPF: 008.069.383-07
7 - Profissão: Frontista 8 - Endereço: Rua Aboate 9 - Número: 2125 10 - Complemento:
11 - Bairro: Angelim 12 - Cidade: Terexina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.028.690
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86/994729591

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: 3389 03 CONTA: 7472 8
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE 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 (v(a)nascer)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Terexina - Piauí 24.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436022/19

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

CPF: 008.069.383-07

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO GLEISON
ARAUJO FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS : 008.069.383-07

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: 05/12/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS
CPF: 098.038.499-05

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436022/19

Número do Sinistro: 3190680756

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

CPF: 008.069.383-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS : 008.069.383-07

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: 06/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO
CPF: 749.689.716-72

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436022/19

Número do Sinistro: 3190680756

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

CPF: 008.069.383-07

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS : 008.069.383-07

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: 23/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO
CPF: 749.689.716-72

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Gleison Araujo Freitas
RG: 2357989 Órgão Emissor: SSP-PI
CPF: 008.069.383-07 Nacionalidade: Brasileira
Est. Civil: Solteiro Profissão: Frentista
Endereço: Rua: Abaete Nº 2125
Bairro: Angelim Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-PI
Telefone: (86) 99472-9591 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Antonio Gleison Araujo Freitas
CPF: 008.069.383-07 Data do Acidente: 06/09/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina - Piauí 37.09.19

Local e data

Antonio Gleison Araujo Freitas
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Liberdade Nogueira, 1221 - Centro - CEP: 64000-205 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0139 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Título: Anatália Gonçalves de Sampaio Pereira
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS, DOU FÉ. EM TEST. _____ DA VERDADE. Teresina-PI, 17/09/2019. Selo: AAJ39245-Y991
www.tjpi.jus.br/portalexta.
Jessica Aline de Meneses Silva ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 233
PROCURAÇÃO PARTICULAR

**CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL**

**CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jessica Aline de Meneses Silva
Escrivente Autorizada
Teresina - PI**

Alto



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Antonio Gleison Soares Freitas
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 522046

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Oâto Tito, 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 07/09/2019 10:14:59

(User: VALDENICE MENDES)
(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS		Prontuário: 522046
Mãe: MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS		Pai:
End. Resid.: RUA ABAETE 2125 - PLANALTO STA. FE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 19/11/1984	Idade: 34a9m18d	Sexo: Masculino Fone: 86-94623-919
Responsável: KATIA REJANE		CNS: 706901105783036
Profissão: PRENTISTA		CPF: 008.069.383-07 * RG: -
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Solteiro(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 740061	Data: 07/09/2019 08:08:19	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim	Trajetos?: Sim	Típico: Não CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:	CID:
Diagnóstico Inicial:							

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ALTA:	() Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem () Transferência:
		DATA SAÍDA: / / HORA: :	

ÓBITO:	() Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs	DESTINO: () Família () IML () Anat. Patol.	() Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível: Prof. Solicitante Internação:
---------------	--	---	---

Katia Rejane da Silva

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

[illegible]

-ICCO/CRM:

MOD: 007 - HUT

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

	Mudança de Procedimento		Órtese e prótese - OPME
	Diária de UTI		Fatores de Coagulação
	Diárias de Acompanhante		Gasoterapia
	Hemoderivados		Nutrição Parenteral / Enteral
	Diálise / Hemodiálise		Procedimento fora da faixa etária
	Albumina Humana 20%		<i>8</i> <i>João de Deus</i>

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____
 ACIENTE: *Antonio Cleiton Gomes Furtado* Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

*Fração de 2 unidades e
 Vacinas as 10h de 10/05/15
 n.s. -*

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PI: 3909

DATA: *08/05/15*

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

*Antônio José de Jesus
 MARIANA ROCHA
 SANE - HUT
 COORDENADOR DE SAÚDE*



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fls N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 08/09/19

NOME DO PACIENTE:	Antonio Gleison Araujo Freitas	PRONTUÁRIO N°:	522046
DIAGNÓSTICO:	Fr 2º met. E	CIRURGIA:	Prone
ANESTESIA:	Dr. Rodrigues	N° DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dr. Bergiel Dr. Bergiel Barbosa Bezerra	CPF N°	
AUXILIAR:	Res. Manoel de Almeida	CPF N°	
ANESTESIA:	Raque	CPF N°	
INSTRUMENTADORA:	Sma Geydes	CPF N°	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7.0	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	180	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.			ESCOVAS		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA		05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				ELETRODOS		01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				CRODOL			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			

SUS HUT SUS

**DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

240301

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

246883

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS**

6 - Prontuário: 522046

7-CNS: 706901105783036

8-Nascimento: 19/11/1984

9-Sexo: Masculino

CPF: 008.069.383-07

11-Mãe: MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS

12-Fone: 86-94623-919

13-Resp: KATIA REJANE

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: RUA ABAETE 2125 - PLANALTO STA. FE - CEP: 64000-010

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Motociclista com relato de colisão com moto, de capacete, trauma de face e perda de consciência momentânea. ALERGIA A DAPIRONA.

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de ossos do metatarso

24-CID Prim:

S923

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tempo SUS
3

28-Cod.Proced.: 0408050462

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

07/09/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente com dor nos membros inferiores
Apresenta entorse; corpo estendido
Redução manual da fratura do 2º metacarpo
Lado E e fratura presente na base do 1º metacarpo
de Kirschner nos dedos anulares e
Anéis.
Dolo grande

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS** (Prontuário: 522046)
 Endereço: RUA ABAETE 2125 - PLANALTO STA. FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 19/11/1984 Idade: 34a9m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740061
 Requisição: 997168 Solicitação: 07/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
 Controle: 1303301 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Data Exame: 07/09/2019

Cod. SIA: 0206010079

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

OBS.: FRATURAS NAS PAREDES DA ÓRBITA ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS** (Prontuário: **522046**)
Endereço: **RUA ABAETE 2125 - PLANALTO STA. FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: **19/11/1984** Idade: **34a9m21d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **740061**
Requisição: **997169** Solicitação: **07/09/2019** Solicitante: **ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO**
Controle: **1303303** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 07/09/2019

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

O estudo radiológico do pé esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura alinhada no 2º metacarpiano. ← *cmãul*
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 10/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1919872460

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR

1919872460

PIAUÍ

Nome: KETILLY MOIRA DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIFICATÓRIO NACIONAL: 2232129 SSP PI

CPF: 839.562.303-60

DATA NASCIMENTO: 18/12/1979

FUNÇÃO: ANTONIOZIO GOMES DE OLIVEIRA
EVA MOIRA DA SILVA

PERMISSÃO: PERMISSÃO

ACC: ACC

CRV: CRV

REGISTRO: 07318478449

VALIDADE: 20/08/2020

PRIMEIRAÇÃO: 21/08/2019

OBSERVAÇÕES:

Ketilly moira de oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO: 21/08/2019

50470908293

8310771158

PIAUÍ

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CAMTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PI

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1745968869

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMOGONIA
2357989 SSP-PI

CPF
008.069.383-07

DATA INSCRIÇÃO
19/11/1984

PAIÇÃO
JOSE LUIZ DE FREITAS

MARTA DO CARMO ARAUJO
FREITAS

PERMISSÃO
C

ACE
B

CAT. INF.
B.D

INSCRIÇÃO
02909826973

VIGÊNCIA
22/03/2023

PRIMEIRAÇÃO
03/06/2003

CELEBRAÇÃO
EAB

Assinatura do Portador

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
08/10/2018

04180466478
PI320606030

PIAUI