

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 122 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 181 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintoria: 0800 021 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 resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Abaute Planalto Santa Fé, nº 2125, complemento \_\_\_\_\_,

declare, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Antônio Gleison Araujo Freitas, cujo o condutor era Antônio Gleison Araujo Freitas

Veículo: MOTO Modelo: CG 150 FAN ESI Ano: 2013

Placa: QVE 3177 Chassi: 9G2KC1670DR508602

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

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE KELLY REGINA DA SILVA. DOU FE. EM TEST. 17/09/2019 DA VERDADE.

Teresina-PI, 17/09/2019.  
www.tjpi.jus.br/portalextra  
Aurea Letícia Santos

AUREA LETICIA SANTOS SILVA-ESCREVENTE  
Emol:13,85 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  
Escrivente 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](http://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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURADO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Kyllly Leocine de Oliveira  
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.503.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Antônio Gleison Araújo Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.069.383-07  
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antônio Gleison Araújo  
 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 Lider-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 col. Jardim</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:
Bairro:	<u>centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u> CEP: <u>64.000.902</u>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data:

Teresina - Piauí 06.12.19

Kyllly Leocine 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 <b>3211-2016 0 9</b>
CNPJ / CPF <b>00039811158304</b>	
TIPO DE TERMINAL <b>RESIDENCIAL</b>	VALOR A PAGAR R\$
COD. DEB. AUTOMATICO <b>070800348844</b>	<b>98,81</b>
CODIGO DDD <b>86</b>	VENCIMENTO
CODIGO MINHA OI <b>070800348844</b>	<b>08/08/2019</b>

PLANO LOCAL:	HISTORICO DO CONSUMO DE MINUTOS:	06/19: 7:00	05/19: 42:00	04/19: 23:00				
DT 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

CÓDIGO PRÓXIMO AO VALOR DO ITEM IDENTIFICA SERVIÇO REFATURADO, DESCONTO E/OU PARTICIPAÇÃO 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

#### SERVICIOS MENSALIS

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

## LIGADÓES 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

01 VELOX - SERVICOS MENSais E EVENTUAIS  
0001/03 22/07/2018 ASS. 01 VELOX RES 15M  
SUBTOTAL

SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 69,89  
BASE DE CALCULO ITCMS 00,00 TOTAL NOTA FISCAL SERVICOS 00,00

**BASE DE CALCULO ICMS** 09,69  
**AL IQUOTA** 30%  
**VALOR** 20,98

TOTAL NOTA FISCAL SERVICIOS

150

RESERVADO AO FISCO

5329.654a.Scib1.4460.9f04.3091.dbo6.3715

FATURA N.: 0800027355161 TELEMAR NORTE LESTE S/A - AV FR SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-020  
CNPJ: 33.000.118/0010-80 - INSC. ESTADUAL: 19.300.251-5

---

SERVICO DE TERCEIROS

TELEFONE 03160 3211-2015 0 9

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

**PREZADO CLIENTE, ATÉ 21/06/19 NÃO CONFIRMANOS O PGTQ 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: Parcel. 15 dias após envio da 1ª notificação e, com taxa 30 dias. Suspensão Total.
  - Durante o período de Bloqueo Parcel, a assinatura de suas linhas será cobrada normalmente de acordo com os valores contratuais.
  - Cancelamento e inclusão nos Códigos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.

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

**ÁGUAS DE  
TERESINA**

CNPJ 27357474000106 - IE 119965574  
Av. Prof. Camilo Filho, 1980, Edifício Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 233 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA FATURA Nº  
13428373-2 MÊS/ANO 152393609  
20190802113026 8/2019

NOME / ENDEREÇO  
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA Vinte e Quatro DE  
JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO	GRUPO	NÚMERO DO HIDRÔMETRO
001-02041-005270	001	Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO			ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA	
MÊS/ANO	TIPO	USO	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	03	10	

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS M3	REF.
ANTERIOR 02/07/2019	146	10	LEI 12.741/06/02
ATUAL 02/08/2019	147		PIS/PASEP 05.1941.684-0.91

COFINS 05.1941.684-4.19

TABELA DE TARIFAS		DESCRÍCION		VALOR
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E [R]		VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66	REF. 30,66
0 10	3,99684	> Residencial-Normal	10,0 m3	
10 25	5,7120	VALOR DE ESGOTO - 24,53		30,66
25 99999	9,8610	> Residencial-Normal	10,0 m3	24,53

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E [R]

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
14/08/2019	55,19
<b>IRREGULARIDADES / INOBRIGADAS</b>	
<b>MENSAGEM</b> NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - 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 DESCONFORMIDADE	UNIDA./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 <b>3211-2016 0 9</b>
CNPJ / CPF <b>00039811158304</b>	
TIPO DE TERMINAL <b>RESIDENCIAL</b>	VALOR A PAGAR R\$
COD. DEB. AUTOMATICO <b>070800348844</b>	<b>98,81</b> 
CODIGO DDD <b>86</b>	VENCIMENTO
CODIGO MINHA OI <b>070800348844</b>	<b>08/08/2019</b>

PLANO LOCAL: DT FIXO	HISTÓRICO DO CONSUMO DE MINUTOS:	06/19: 7:00 03/19: 4:00	05/19: 42:00 02/19: 7:00	04/19: 23:00 01/19: 4:00				
PAG / LINHA	DATA	DESCRIÇÃO	TEL. ORIGEM	TEL CHAMADO	HORÁRIO	DURAÇÃO	TARIFA	VALOR

CÓDIGO PRÓXIMO AO VALOR DO ITEM IDENTIFICA SERVIÇO REFATURADO, DESCONTO E/OU PARTICIPAÇÃO EM PLANO PROMOCIONAL, CONFORME ABAIXO:

PRESTADORA TELEMAR NORTE LESTE S/A NEST N. 000000000000/SERIE /SUB-SERIE

TELEFONIE 03150 3211-2016 0

SERVICES MENSAGIS

0001/01 22/07/2019 ASS\_FIXO FRANQ.1000MIN PA158 DE 01/06/19 A 30/06/19 84,81% VD 19,89%  
SUBTOTAL 19,89%

#### 110 ACRES LOCATED

**LIGAIS**  
0001/02 27/07/2019 CONSUMO MINUTOS SUBTÍTULOS 7:00 FRANQUIA 1.000:00 MINUTOS ALEM DA FRANQUIA 0:00 0,00 0,00

DI VELHO - SERVIÇOS MENSAGENS E EVENTUAIS

01 VELON - SERVICOS MENSALIS E EVENTUAIS  
0001/03 22/07/2018 ASS/01 VELOX RES 15M DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 77,26% VD 50,00  
SUBTOTAL 50,00  
SUBTOTAL 50,00  
SUBTOTAL 50,00

BASE DE CALCULO ICMS 69,89  
ALIQUOTA 30%  
141,60  
TOTAL NOTA FISCAL SERVICOS 69,89

470

RECOMMENDATION

5329 554a 5cb1 4460 9604 3091 0006 3715

FATURA N.º 0800027355161 TELEMAR NORTE LESTE S/A - AV FR SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-020  
CNPJ: 33.000.118/0010-80 - INSC. ESTADUAL: 19.300.251-5

---

SERVICO DE TERCEIROS

TELEFONE 03160 3211-2015 0 9

0001/04 22/07/2019 01 LEITURA DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 61,09% VD 20,53  
SUBTOTAL DO TELEFONE 03150-3211-2016 0 9 TOTAL SERVICOS DE TERCEIROS 20,53

PREZADO CLIENTE, ATÉ 21/06/19 NÃO CONFIRAMOS O PGTG DE CONTA(S) DE MES(ES) ANTERIOR(ES) TOTALIZANDO R\$ 174,88. PAGUE SUA CONTA EM DIA E EVITE SUSPENSAO DOS SERVICOS, CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTACAO ANATEL.

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite.

- Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês.
  - Suspensão do serviço: Parcel. 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias. Suspensão Total.
  - Durante o período de Bloqueo Parcel., a assinatura de sua linha será corrigida normalmente de acordo com os valores contratuais.
  - Cancelamento e inclusão nos Códigos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.

A Ol informa que, por decisão estratégica do empreendimento Crokicle Latin America, Inc., o serviço de vídeo on demand Crokicle será descontinuado em todo o América Latina em 30 de abril de 2019. Por conta disso, a partir deste dato o conteúdo Crokicle deixará de ser disponibilizado nos assinantes.



# HOSPITAL GERAL DO PROMORAR

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

10: 90/09

Imp: 07/09/2019 01:51:22  
(User: RYAN NOGUEIRA)  
(Estação: CONSULTORIO001)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

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 FRONTE E CONVULSÃO EM 02/09/2019	DATA: 07/09/2019 HORA: 01:37:30	TECNICO: J. J. WANDERSON FERREIRA DA SILVA coren pi 492589
		Em: 07/09/2019 01:37:30

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: 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 esq. Cartão de vacina não atualizado.

EF: vias aéreas périvas, 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  
*arre*

*TOMOGRAFIA REALIZADA  
DATA 07/09/2019 HORA 08:55  
EXAME (mangu) TECNÓLOGO: H. G.*

### 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 <b>3211-2016 0 9</b>
CNPJ / CPF <b>00039811158304</b>	
TIPO DE TERMINAL <b>RESIDENCIAL</b>	VALOR A PAGAR R\$
COD. DEB. AUTOMATICO <b>070800348844</b>	<b>98,81</b>
CODIGO DDD <b>86</b>	VENCIMENTO
CODIGO MINHA OI <b>070800348844</b>	<b>08/08/2019</b>

PLANO LOCAL:	HISTORICO DO CONSUMO DE MINUTOS:	06/19: 7:00	05/19: 42:00	04/19: 23:00				
DT 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

CÓDIGO PRÓXIMO AO VALOR DO ITEM IDENTIFICA SERVIÇO REFATURADO, DESCONTO E/OU PARTICIPAÇÃO 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 MENSALIS

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

## LIGADÓES 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

01 VELOX - SERVICOS MENSais E EVENTUAIS  
0001/03 22/07/2018 ASS. 01 VELOX RES 15M  
SUBTOTAL

SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 69,89  
BASE DE CALCULO ITCMS 00,00 TOTAL NOTA FISCAL SERVICOS 00,00

**BASE DE CALCULO ICMS** 09,69  
**AL IQUOTA** 30%  
**VALOR** 20,98

**TOTAL NOTA FISCAL SERVICIOS**

68 / 68

159

RESERVADO AO FISCO

5329.654a.Scib1.4460.9f04.3091.dbo6.3715

FATURA N.: 0800027355161 TELEMAR NORTE LESTE S/A - AV FR SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-020  
CNPJ: 33.000.118/0010-80 - INSC. ESTADUAL: 19.300.251-5

---

SERVICO DE TERCEIROS

TELEFONE 03160 3211-2015 0 9

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

**PREZADO CLIENTE, ATÉ 21/06/19 NÃO CONFIRMANOS O PGTQ 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: Parcel. 15 dias após envio da 1ª notificação e, com taxa 30 dias. Suspensão Total.
  - Durante o período de Bloqueo Parcel, a assinatura de suas linhas será cobrada normalmente de acordo com os valores contratuais.
  - Cancelamento e inclusão nos Códigos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.

A Ol informa que, por decisão estratégica da empresa Crackle Latin America, Inc., o serviço de vídeo on demand Crackle será descontinuado em todo o América Latina em 30 de abril de 2019. Por conta disso, a partir desta data o conteúdo Crackle deixará de ser disponibilizado nos 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: 4 - Nome completo da vítima:  
**008.069.383-07** **Antônio Gleison Araujo Fruíto**

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

5 - Nome completo: <b>Antônio Gleison Araujo Fruíto</b>	6 - CPF: <b>008.069.383-07</b>								
7 - Profissão: <b>Fruíto</b>	8 - Endereço: <b>Rua. Abrete</b>	9 - Número: <b>225</b>	10 - Complemento: <b>PT</b>	11 - Bairro: <b>Angelim</b>	12 - Cidade: <b>Terexina</b>	13 - Estado: <b>PT</b>	14 - CEP: <b>64.028-690</b>	15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): <b>(66) 3414-7295/91</b>
9 - Número: <b>225</b>	10 - Complemento: <b>PT</b>								
11 - Bairro: <b>Angelim</b>	12 - Cidade: <b>Terexina</b>	13 - Estado: <b>PT</b>	14 - CEP: <b>64.028-690</b>	15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): <b>(66) 3414-7295/91</b>				
13 - Estado: <b>PT</b>	14 - CEP: <b>64.028-690</b>								
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): <b>(66) 3414-7295/91</b>								

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **3389** **03** CONTA: **7412** **8**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vei nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> 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	38 - 1º   Nome: CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Teresina - Piauí 24.05.19**

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**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

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

Endereco: 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 06.09.2019 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 N° 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 GELISON ARAUJO FREITAS, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DO HUT N° 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

Lucy Keiko Leal Parába  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
M.pt.: 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: 4 - Nome completo da vítima:  
**008.069.383-07** **Antônio Gleison Araujo Fruíto**

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

5 - Nome completo: <b>Antônio Gleison Araujo Fruíto</b>	6 - CPF: <b>008.069.383-07</b>								
7 - Profissão: <b>Fruíto</b>	8 - Endereço: <b>Rua. Abrete</b>	9 - Número: <b>225</b>	10 - Complemento: <b>PT</b>	11 - Bairro: <b>Angelim</b>	12 - Cidade: <b>Terexina</b>	13 - Estado: <b>PT</b>	14 - CEP: <b>64.028-690</b>	15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): <b>(66) 3414-7295/91</b>
9 - Número: <b>225</b>	10 - Complemento: <b>PT</b>								
11 - Bairro: <b>Angelim</b>	12 - Cidade: <b>Terexina</b>	13 - Estado: <b>PT</b>	14 - CEP: <b>64.028-690</b>	15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): <b>(66) 3414-7295/91</b>				
13 - Estado: <b>PT</b>	14 - CEP: <b>64.028-690</b>								
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): <b>(66) 3414-7295/91</b>								

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **3389** **03** CONTA: **7412** **8**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vei nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Teresina - Piauí 24.05.19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Antônio Gleison Araujo Fruíto** **Kyllly Namara**

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

---

Rio de Janeiro, 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: INTERRUPÇÃO 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



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

---

Rio de Janeiro, 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: 00000007472-8

---

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

**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

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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 **Orgão Emissor:** SSP - PI  
**CPF:** 008.069.383-07 **Nacionalidade:** Brasileiro  
**Est. Civil:** Solteiro **Profissão:** Frentista  
**Endereço:** Rua: Abreuti **Nº:** 2125  
**Bairro:** Angelim **Cep:** \_\_\_\_\_ **Cidade/UF:** Teresina - PI  
**Telefone:** (86) 99412-9591 ( ) \_\_\_\_\_

### **OUTORGADO:**

**Nome:** keylly moura de oliveira  
**RG:** 2.212.129 **Orgão 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:

**Vitima:** Antonio Gleison Araujo Freitas

**CPF:** 008.069.383-07 **Data do Acidente:** 06/09/15

**Cobertura solicitada:**  **Invalidez Permanente**  **DAMS**  **Morte**

Teresina - Piauí 37.09.15

**Local e data**

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

Cartório  
Themistocles  
Sampaio  
Assessoria  
Av. Lúcio Mendes, 1222 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0199 - E-mail: [sampaios@terra.com.br](mailto:sampaios@terra.com.br)

Assessoria: Anastácia Gonçalves de Sampaio Peixoto

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO GLEISON  
ARAUJO FREITAS. DOU FE. EM TEST. A DA VERDADE.  
Teresina-PI, 17/09/2019.  
[www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra).

Jessica Aline de Meneses Silva ESCREVENTE AUTORIZADA  
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Salo: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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/03/2020

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081004/20

**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

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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

*Nathan*



NOME DO PACIENTE: Antônio Gleison Araújo Furtas

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 522046

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

**COLETIM DE ENTRADA - BE**

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS		Frontuário: 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	Trajeto?: Sim	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

## DADOS CLÍNICOS:

PA \_\_\_\_\_ mmHg | Pulso: \_\_\_\_\_ | FC: \_\_\_\_\_ bpm | Temp.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Inicial: \_\_\_\_\_ | CID: \_\_\_\_\_

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	DATA SAÍDA: / /   HORA: : :
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
ÓBITO:	DESTINO:		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<u>Proced. Solicitado:</u>
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> CID Compatível: _____
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	Prof. Solicitante Internação: _____

Katia Dem. n. v.



## 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

11.90109

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

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

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

## DADOS DO ATENDIMENTO:

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

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> QUEDA	<u>Classificação:</u> EVENTO RECENTE	<u>Cor:</u> <b>Verde</b>
<u>Breve História Clas. Risco:</u> PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO CORTE NA REGIÃO FRONTE E CONTUSÃO EM ABDO		
<u>DATA:</u> 07/09/2019 <u>HORA:</u> 08:53		<u>TÉCNICO:</u> Wanderson Ferreira da Silva
<u>coren pi</u> 492589 <u>Em:</u> 07/09/2019 01:37:30		

<u>SSVV:</u>	<u>(Hora:</u> : : )			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	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 esq. Cartão de vacina não atualizado.

EF: vias aéreas périvas, 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:  
?

## Exames Complementares:

## Prescrição Médica:

1. Tilatil 20mg/ml - 1 amp + AD, IV, agora — 09:53  
Anet

*TOXA*  
DATA 07/09/2019 REALIZADA  
EXAME *lungs* HORA 08:53  
TECNÓLOGO: *Han*

## Motivo da Alta/Encerramento:

Continua Tratamento em Outra Unidade  
DATA: / / . HORA: : :

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

DO PACIENTE	NÔSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT:	LEITO
<b>Joséu Oluison Braga Tríditas</b>						
<b>Tratamento em 20 Muitos pés queundo</b>						
<b>DATA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>			<b>HORÁRIO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>		
			00:00 H			
<p>1 - Dizeta Seral 00:00 H</p> <p>2 - SF 0,5% 50ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Dipirona 01 750mg + ADEV 6/6h</p> <p>4 - Ipratropílio 100mcg + ADEL 12/12h</p> <p>5 - Ranitidina 150mg + ADEV 6/6h</p> <p>6 - Plastil 01 art 0 + ADFV 8/8h sa</p> <p>7 - CC66 + SSVV</p>						
<p>A large area containing handwritten prescription details, including drug names, dosages, and frequencies, along with several signatures and initials.</p>						



## 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>José de Oliveira</i>

HOSPITAL: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 PACIENTE: *Antônio Oliveira Souza Pinto* N° AIH: \_\_\_\_\_  
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
 MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA

*França de 2. mês de vida  
Nascido em Rio de Janeiro  
n.s —*

*Dr. Bergiel Barbosa Bezerra  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 3809*

DATA: *08/09/11*

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

*Liliane P. Oliveira  
Médica de Família  
CRM-PB 1047*



Fls N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 08/09/19

NOME DO PACIENTE:	Antonio Gleison Araujo Frutuoso			PRONTUÁRIO N°:	522026
DIAGNÓSTICO:	Fr 2º mto L			CIRURGIA:	Pneu
ANESTESIA:	Dr. Rodriguez			Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dr. Bongirol	Dr. Bergiel Barbosa Bezerra	Dr. Bergiel Barbosa Bezerra	CPF N°	
AUXILIAR:	Res. Almudor Anais			CPF N°	
ANESTESIA:	Rogue			CPF N°	
INSTRUMENTADORA:	Ana Gleydes			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 Nº 70	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 85	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		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 ELETRODOOS CROPOZ		05 01	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON				ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL							
VICRYL				CIRCULANTE: Bastião.			

<b>HUT</b>	<b>SUS</b>	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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>246883</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

-Nome: <b>ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS</b>	6 - Prontuário: <b>522046</b>
-CNS: <b>706901105783036</b>	8-Nascimento: <b>19/11/1984</b>
1-Mãe: <b>MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>
3-Resp: <b>KATIA REJANE</b>	12-Fone: <b>86-94623-919</b>
5-Ender: <b>RUA ABAETE 2125 - PLANALTO STA. PE - CEP: 64000-010</b>	14-Cor: <b>Sem Informação</b>
6-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-010</b>

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

0 - Principais sinais e sintomas clínicos: <b>Motociclista com relato de colisão com moto, de capacete, trauma de face e perda de consciência momentânea. ALERGIA A DIPIRONA.</b>
--

21 - Condições que justificam a internação: <b>TRATAMENTO CIRURGICO</b>
--

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <b>RX</b>
--

23-Diagnóstico Inicial: <b>Fratura de ossos do metatarso</b>	24-CID Prin: <b>5923</b>	25-CID Sec.: _____	26-CID C.Ass.: _____
---	--------------------------	--------------------	----------------------

<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
28-Cod.Proced.: <b>0408050462</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS</b>				
29-Clinica:	30-Caráter: <b>Ident.: 02</b>	31-Docum.: <b>01</b>	32-Doc. Méd. Solic.: <b>CPF 877.154.063-68</b>		
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA</b>				34-Data Solicitação: <b>07/09/2019</b>	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>					
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					

<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:				
48-Documento: ( )CNS ( )CPF	49-Num. Documento:				50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

# **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

## **Centro Cirúrgico**

Nome do Paciente	Anderson Gleison Araújo Fróes		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura do 2º metatarso E		
Operação - Tipo	Gessamento		
Cirurgião	Dr. B. Barbosa Bezerra	1º Assistente	
2º Assistente	Dr. B. Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RJ: 3909	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)	Maglydes	Dr. Rodrigo	Raque
Data da Operação	05/09/17	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
Pedi um nra nas rugas-metatarsais Angra e extirpou, angra glosa. Reduziu osso e fechou o 2º metatarso. Lápis E, Preparou para fechar a ferida. Kirschner nas rugas-metatarsais. Curto. Dolo grande			
Dr. Bento Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RJ: 3909			



## 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:

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





## 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: SUS

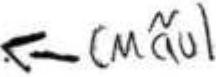
### RELATÓRIO:

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. 
- Superfícies e espaços articulares integros.
- 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 Glison A. Freitas</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>08/09/69</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <i>WON</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO		<i>Flacideza Dipirona</i>			ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		<i>Fistula II Metatarsos</i>			FÍSICOS <i>NAD</i>	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO					
	1	2	3			
LÍQUIDOS	SO-UTO 500					
	400	300	200	OUTROS 100		
TEMPERATURA T	C° 260					
	240	220	200	180		
P. ARTERIAL V O PULSO	38	260	240	220		
	200	180	160	140		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	100	80	60	40		
	20	10				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	100	80	60	40		
	20	10				
RESPIRAÇÃO O	100	80	60	40		
	20	10				
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <i>Ortopedia Metatarsos</i>					<i>JO</i>	
CIRURGIÕES <i>Burgess</i>						
ANESTESISTAS <i>Dr. José C. Júnior S. Souza</i> <i>Anestesiologia CRM-PI 5245</i>					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO:

EVA MOURA DA SILVA  
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA  
NATURALIZADO:

BARÃO DE GRAJAU-MA

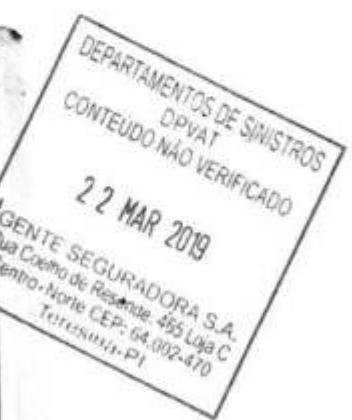
DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

DOC. ORIGEN

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

TESSINA - PI  
839.502.803-00 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 29.250/83





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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)**  
 Capitalas 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Kyllly Maura de Oliveira  
 Inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Antônio Gleison Araujo Freitas Inscrito (a) no CPF sob o N° 008.069.383-87  
 do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Antônio Gleison Freitas  
 Inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Lider-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:	554		Complemento:		
Bairro:	<u>centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:	<u>PI</u>	CEP:	<u>64.000-902</u>	
E-mail:						Tel.(DDD):	<u>(86) 991724501</u>	

Local e Data: Teresina - Piauí

Kyllly Maura de Oliveira  
 Assinatura do Declarante

ÁGUAS DE  
CETRESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574  
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Ibiapaba os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

1.44.481  
28298283182748

MATRÍCULA

FATURA NR

193198

MÊS / ANO

2/2020

NOME / ENDERECO  
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA Vinte e Quatro de  
JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO  
001-00041-005270

GRUPO

NÚMERO DO HOBÔMETRO

Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO TIPO UDO FATURADO

01/2020 Liso 01 18

12/2019 Liso 01 18

11/2019 Liso 02 18

10/2019 Liso 01 18

09/2019 Liso 02 18

08/2019 Liso 01 18

07/2019 Liso 01 18

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA LEITURA

ANTERIOR 02/01/2020 154

CONSUMO M3 M3

10

UD 10.7416912

PIS/PASEP 04,75% 1,65% 1,29

ATUAL 03/02/2020 156

COFINS 04,75% 7,50% 6,64

TABELA DE TARIFAS

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

0	18	3.8668	88
18	25	5.7128	88
25	999999	5.8619	88

DESCRIÇÃO

REF.

VALOR

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66

10,0 m<sup>3</sup>

30,66

> Residencial-Normal

24,53

VALOR DE ESGOTO - 24,53

10,0 m<sup>3</sup>

24,53

> Residencial-Normal

001/001

0,11

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

RELIBAGACAO POR CORTE SIMPLES 001/001

REFLIGACAO POR CORTE SIMPLES 001/001

26,56

</



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: 33.000.118/0001-78

PLANO LOCAL:	HISTÓRICO DE CONSUMO DE MINUTOS:	DATA DE EMISSÃO	TELEFONE/CONTRATO
01 FIXO	11/19: 3:00 08/19: 10:00	10/19: 10:00 07/19: 12:00	21/12/2019 3211-2016 0 9
			CNPJ / CPF 00039811156304
			TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL
			DDD. DEB. AUTOMATICO 070800348844
			VALOR A PAGAR R\$ <b>95,28</b>
			DDD100 DDD 86
			VENCIMENTO 070800348844
			<b>08/01/2020</b>



## HOSPITAL GERAL DO PROMORAR

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

10.90109

Imp: 07/09/2019 01:51:22  
(User: RYAN NORUEIRA)  
(Estação: CONSULTORIO001)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

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

## DADOS DO ATENDIMENTO:

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

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

<u>SSVV:</u>	(Hora: ____ : ____)	
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>
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 esq. Cartão de vacina não atualizado.

EF: vias aéreas périvas, 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:  
?

## Exames Complementares:

## Prescrição Médica:

1. Tilatil 20mg/ml - 1 amp + AD, IV, agora — 09:53  
Jair

TOCOLOGIA REALIZADA  
DATA 07/09/2019 HORA 08:53  
EXAME (magro) TECNÓLOGO: H. G. S.

## 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:

4 - Nome completo da vítima:

008.069.383-07 Antonio Gleison Araujo Fruito

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Antonio Gleison Araujo Fruito

6 - CPF:  
008.069.383-07

7 - Profissão:

Fruitista

8 - Endereço:

Rua Abrete

9 - Número:  
2125

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Angelim

12 - Cidade:

Terezina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:  
64.028-690

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):  
86 1994729591

## 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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3389

13

CONTA:

7412

AGÊNCIA:

8

CONTA:

8

(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 (varascer)?

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 e/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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Turinó - Piauí 24.08.19

Antonio Gleison Araujo Fruito

Kyllly Mariana

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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 N°: 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	580580	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO		06/09/2019 - 23:30
<b>Tipo Local</b>		
VIA PÚBLICA		
<b>Município</b>	Bairro	
TERESINA	LOURIVAL PARENTE	
<b>Endereço</b>		Ponto de Referência
RUA IVAN TITO DE OLIVEIRA COM AV. PREFEITO WALL FERRAZ, Nº:		
<b>Complemento</b>		

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 06.09.2019 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 GELISON 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

Leccy Arlindo Leal Paraíba  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7



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

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

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

4 - Nome completo da vítima:

008.069.383-07 Antonio Gleison Araujo Fruito

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Antonio Gleison Araujo Fruito

6 - CPF:  
008.069.383-07

7 - Profissão:

Fruitista

8 - Endereço:

Rua Abrete

9 - Número:  
2125

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Angelim

12 - Cidade:

Terezina

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3389

13

CONTA: 7412

8

(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 (varascer)?

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 e/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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Turinó - Piauí 24.08.19

Antonio Gleison Araujo Fruito

Kyllly Mariana

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436022/19

**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

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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](http://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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

---

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

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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

---

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### **OUTORGANTE:**

Nome: Antonio Gleison Araujo Fruitas  
RG: 235 7989 Orgão Emissor: SSP - PI  
CPF: 008.069.383-07 Nacionalidade: Brasileiro  
Est. Civil: Solteiro Profissão: Frentista  
Endereço: Rua: Abaete Nº 2125  
Bairro: Angelim Cep: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: Teresina - PI  
Telefone: (86) 99472-9591 ( ) \_\_\_\_\_

### **OUTORGADO:**

Nome: keyilly moura de oliveira  
RG: 2.212.129 Orgão 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 Fruitas  
CPF: 008.069.383-07 Data do Acidente: 06/09/15  
Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente  DAMS  Morte  
Teresina - Piauí 37.09.15

Local e data  
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Centro  
Themistocles  
Sampaio  
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Lourival Nogueira, 1222 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0139 - E-mail: [anatelia.goncalves@smpai.teresina.pi.gov.br](mailto:anatelia.goncalves@smpai.teresina.pi.gov.br)  
Titular: Anatelia Gonçalves de Sampaio Perreira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO GLEISON  
ARAUJO FREITAS, DOU FE. EM TEST. A. DA VERDADE.  
Teresina-PI, 17/09/2019.  
[www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra).

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

*flávia*

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

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

*Attn:*



NOME DO PACIENTE: Antônio Gleison Araújo Furtas  
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".



BOLETIM DE ENTRADA - BE

**DADOS DO PACIENTE:**

Name: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

Prontuário: 522046

user: VALDENICE MENDES

(Estação: RECEPCA001)

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:	34a9ml8d	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)			

#### **DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 740061	<u>Data:</u> 07/09/2019 08:08:19	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Típico:</u> NAO		<u>CID Secundário:</u> V299

**DADOS CLÍNICOS:**

PA \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg      Puls: \_\_\_\_\_      FC: \_\_\_\_\_ bpm      Temp.: \_\_\_\_\_  
CID: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Inicial:**

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	
<input type="checkbox"/> A Pedido		
<b>ALTA:</b>		<b>DATA SAÍDA:</b> / / -
		<b>HORA:</b> :
- Informação na Unidade		

**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

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



**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

DO PACIENTE	PRONTO-ATENDIMENTO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT:	LEITO
JOÃO VÍTOR OLIVEIRA Araújo Fritas					
ESTATÍSTICAS ATUAIS E COMORBIDADES					
Fratura em 20/04/2015 no pé esquerdo					
MÉDICA					
HORA:					
DATA: 07/05/2015					
OBSERVAÇÕES					
HORÁRIO					
DATA:					
ALERGIAS					
MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE					
Dr. Vitor Araújo Fritas					
Anexo: Anotações (07/05/2015)					
<p>1 - Dieta geral 00:00h</p> <p>2 - SF 0,5% 500ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Dipirona 01 gr p + ADEV 6/6h</p> <p>4 - Ivermectina 1mg + ADFV 12/12h</p> <p>5 - Ranitidina 15mg + ADEV 6/8h</p> <p>6 - Plastil 01 an o + ADFV 6/8h sa</p> <p>7 - Ceto + SSAN</p>					
<p><i>Dr. Vitor Araújo Fritas Médico-Ortopedista CRM-PE 00044-13</i></p>					

**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>José de Oliveira</i>

HOSPITAL:

CNPJ:

ACIENTE:

Nº AIH:

PROCEDIMENTO ANTERIOR:

PROCED. SOLICITADO:

MÉDICO SOLICITANTE:

CRM:

CPF:

**JUSTIFICATIVA**

*Final do 2º mês de tratamento com  
Neurotens os fios de Kirschner  
n.s. —*

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

DATA:

08/09/11

**Assinatura do Médico Solicitante****AUDITOR**

*Luis Antônio Pimentel  
Matrícula 0024  
SANE-NUT  
CRM-PI: 1000*



Fls N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 08/09/19

NOME DO PACIENTE:	Antonio Gleison Araya Frutuoso			PRONTUÁRIO N°:	522046
DIAGNÓSTICO:	Fr 2º mvt L			CIRURGIA:	Fixas
ANESTESIA:	Dr. Roselvino			Nº DA SALA:	02
CIRURGIAO:	Dr. Berguel	DR. Berguel Barbosa Bezerra	DR. Berguel Barbosa Bezerra	CPF N°	
AUXILIAR:	Res. Almirante Braga			CPF N°	
ANESTESIA:	Rogue			CPF N°	
INSTRUMENTADORA:	Ana Gleydes			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° 8.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		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			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				electrodoos		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepitação		01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			

05  
01

KM

ENFERMARIA:  
CIRCULANTE: Endomano.



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

240301

**DUO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

## 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-Mae: 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 DIPIRONA.

21 - Condições que justificam a internação:

## TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de ossos do metatarso

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Asa.:

5923

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado: <b>0408050462 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA DOS METATARSIANOS</b>	Tempo SUS: 3
29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: <b>02 01 CPF 877.154.063-68</b>	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA</b>	34-Data Solicitação: <b>07/09/2019</b>
35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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			
46 - Nome do Profissional Autorizador:		47-Data Autorização:	
48-Documento: ( ) CNS    ( ) CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Anderson Gleison Araújo Fróes Ferreira

Diagnóstico pré-operatório

Fractura de 2º metatarso E

Operação - Tipo

Osteosíntese

Cirurgião

Dr. B.

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI: 3905

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ano Gleyse

Anestesista

Dr. Rodrigo

Anestesia

Raque

Anestésico(a)

Data da Operação

08/09/17

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Pedi um nra nas regiões anteriores  
angulo e artéria; corpo e tibia;  
reduziu quanto da fratura do 2º metatar-  
sso E e fixou com parafuso e fi-  
do Kirschner nas suas respecti-

cetas.

Dolo grande

WJ

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.

TERESINA - PI 07/09/2019

(JOAO ANTONIO)

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável





## 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: SUS

### 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. ← (M&gt;A)
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 10/09/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



