

Controle de docum x Audiências x Upload x PJ Consultar processo: x PJ 0813689-73.2020.8.18.0140 x Merge PDF files on x WhatsApp x +

Não seguro | tjpj.pje.jus.br/Lg/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=523466&ca=22bb3471d08c1af7e61762... | Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0813689-73.2020.8.18.0140
ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

10653817 - CONTESTAÇÃO (2732068 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/07/2020 10:33:19

07 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10653813 - CONTESTAÇÃO
 - 10653817 - CONTESTAÇÃO (2732068 CONTESTACAO 01)
 - 10653823 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10653839 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10653840 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10653841 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:33

Microsoft Word - 2732068_CONTESTACAO 1 / 9

2732068- CS/ 2020-02466/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

prot + pç.pdf pç.pdf prot + pç.pdf pç.pdf prot + pç.pdf pç.pdf

Exibir todos

PT 10:33 07/07/2020



07/07/2020

Número: **0813689-73.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2º Cartório Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **21/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10653823	07/07/2020 10:33	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para reclamações, indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 122 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 122 12 04 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Kelly Regina da Silva,
RG nº 3.031.185, data de expedição 17 / 06 / 13,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 043.099.583-03,
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Abaste Planalto Santa Fé, nº 2125,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Antonio Gleison Araujo Freitas, cujo o condutor era
Antonio Gleison Araujo Freitas,
Veículo: MOTO Modelo: CG 150 FAN ESS Ano: 2013
Placa: QUE3177 Chassi: 9C2KC1670DR508602
Data do Acidente: 06 / 09 / 19

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



Kelly Regina da Silva
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lúcio de Albuquerque, 1021 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina - PI - Fone: (86) 2123 1111 - E-mail: teresina@teresina.pi.br
Titular: Antônia Quintana da Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE KELLY REGINA DA SILVA. DOU FE. EM TEST. _____ DA VERDADE. Selo: AAI66035-21V9
Teresina-PI, 17/09/2019.
www.tjpi.jus.br/portalexta
Aurea Letícia Santos Silva
AUREA LETÍCIA SANTOS SILVA-ESCREVENTE
Eml: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 19
DEC DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO (DPVAT)

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Aurea Letícia Santos Silva
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 ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Kelly Soares de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Antonio Gleirton Araujo Freire inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.069.383-07
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Gleirton Araujo
inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.069.383-07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: 24 de Janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____		CEP: <u>64.000.902</u> Tel.(DDD): _____

Local e Data: Teresina - Piauí 06.12.19

Kelly Soares de Oliveira

Assinatura do Declarante

IRL.001 V001/2017





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

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

DATA DE EMISSAO 22/07/2019	TELEFONE/CONTRATO 3211-2016 0 9
CNPJ / CPF 00039811158304	
TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL	VALOR A PAGAR R\$ 98,81
COD. DEB. AUTOMATICO 070800348844	
CODIGO DDD 86	
CODIGO MINHA OI 070800348844	VENCIMENTO 08/08/2019

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

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

PRESTADORA TELEMAR NORTE LESTE S/A NFST N. 00000845796/SERIE /SUB-SERIE
TELEFONE 03150 3211-2016 0 9

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

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

OI VELOX - SERVICOS MENSIS E EVENTUAIS
0001/03 22/07/2019 ASS. OI VELOX RES 18M DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 77,26% VD 50,00
SUBTOTAL 50,00
SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 69,89

BASE DE CALCULO ICMS 89,89 TOTAL NOTA FISCAL SERVICOS 69,89
ALIQUOTA 50%
VALOR 20,98

ISS

RESERVADO AO FISCO

6329.854a.5cp1.4460.9f04.3091.dbb6.3715

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

SERVICO DE TERCEIROS

TELEFONE 03150 3211-2016 0 9

0001/04 22/07/2019 OI LEITURA DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 61,09% VD 20,83
SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 20,83
TOTAL SERVICOS DE TERCEIROS 20,83

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

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite:

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

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



ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 23557474000106 - 11 31955574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Edson de Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 237 2000 ou 335 / (86) 98124-3199

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

TC - 1,38
20190802110026

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

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

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁRIFA	
MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	1 Residencial - Normal	
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 02/07/2019 LEITURA 146 CONSUMO MÊS M3 10
ATUAL 02/08/2019 147
LBI 127410012
PIS/PASEP 5,19+1,65M+ 0,91
COFINS 05,13+7,40M+ 4,10

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA		
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)	DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
0 10	3,9600 57	VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66		
10 25	5,7120 66	> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
25 99999	9,8610 50	VALOR DE ESGOTO - 24,53		
		> Residencial-Normal	10,0 m3	24,53

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

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

REGULARIDADE / INICIALIDADES

MESSAGEM
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 2.343/1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

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





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

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

DATA DE EMISSAO 22/07/2019	TELEFONE/CONTRATO 3211-2016 0 9
CNPJ / CPF 00039811158304	
TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL	VALOR A PAGAR R\$ 98,81
COD. DEB. AUTOMATICO 070800348844	
CODIGO DDD 86	VENCIMENTO 08/08/2019
CODIGO MINHA OI 070800348844	

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

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

PRESTADORA TELEMAR NORTE LESTE S/A NFST N. 00000845796/SERIE /SUB-SERIE
TELEFONE 03150 3211-2016 0 9

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

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

OI VELOX - SERVICOS MENSIS E EVENTUAIS
0001/03 22/07/2019 ASS. OI VELOX RES 18M DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 77,26% VD 50,00
SUBTOTAL 50,00
SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 69,89

BASE DE CALCULO ICMS 89,89 TOTAL NOTA FISCAL SERVICOS 69,89
ALIQUOTA 50%
VALOR 20,98

ISS

RESERVADO AO FISCO

6329.854a.5cp1.4460.9f04.3091.dbb6.3715

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

SERVICO DE TERCEIROS

TELEFONE 03150 3211-2016 0 9

0001/04 22/07/2019 OI LEITURA DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 61,09% VD 20,83
SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 20,83
TOTAL SERVICOS DE TERCEIROS 20,83

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

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite:

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

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



**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

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

10: 90/199

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

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

Nome: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS		Prontuário: 171743	
Mãe: MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS		Pai: JOSE LUIZ DE FREITAS	
End.Resid.: R- ABAETE 2125 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 19/11/1984	Idade: 34a9ml8d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99462-3919
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão: MOTORISTA		Documento: CPF: 008.069.383-07	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDA	Classificação: EVENTO RECENTE	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO CORTE NA REGIÃO FRONTAL E CONTUSÃO EM ROSTO		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/m2	Pulso: bpm
Pressão: mmHg			

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

QP: dor e lesões em face

HDA: relata ação contundente há 2h, aproximadamente. Nega náuseas, vômitos, convulsões, amnesia. Refere desmaio por 2 min, cefaleia holocraniana, epistaxe. Relata dor e limitação do movimento em pé esq. Cartão de vacina não atualizado.

EF: vias aéreas pervias, sem colar cervical, sem cervicalgia, tórax expansível simetricamente, eupneico, MV + bilateralmente, BNF 2T RR, abdome plano, flácido e depressível, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal, GCS 15/15, não foi possível avaliar pupilas por conta de hematoma em olho esq, sem déficit motor e sensitivo. Relata perda de sensibilidade em 3 últimos pododáctilos esq. Nota-se escoriação.

Diagnóstico Inicial:

?

CID:**Exames Complementares:****Prescrição Médica:**

1. Tilatil 20mg/ml - 1 amp + AD, IV, agora

09:53
Arac

TOXICOLOGIA REALIZADA
DATA 07/09/2019 HORA 08:55
EXAME
TECNOLOGO: [assinatura]

Motivo da Alta/Encerramento:

Continua Tratamento em Outra

DATA: / /**HORA:** :

Unidade





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

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

DATA DE EMISSAO 22/07/2019	TELEFONE/CONTRATO 3211-2016 0 9
CNPJ / CPF 00039811158304	
TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL	VALOR A PAGAR R\$
COD. DEB. AUTOMATICO 070800348844	98,81
CODIGO DDD 86	
CODIGO MINHA OI 070800348844	VENCIMENTO 08/08/2019

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

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

PRESTADORA TELEMAR NORTE LESTE S/A NFST N. 00000845796/SERIE /SUB-SERIE
TELEFONE 03150 3211-2016 0 9

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

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

OI VELOX - SERVICOS MENSIS E EVENTUAIS
0001/03 22/07/2019 ASS. OI VELOX RES 18M DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 77,26% VD 50,00
SUBTOTAL 50,00
SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 69,89

BASE DE CALCULO ICMS 89,89 TOTAL NOTA FISCAL SERVICOS 69,89
ALÍQUOTA 50%
VALOR 20,98

ISS

RESERVADO AO FISCO

6329.854a.5cp1.4460.9f04.3091.dbb6.3715

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

SERVICO DE TERCEIROS

TELEFONE 03150 3211-2016 0 9

0001/04 22/07/2019 OI LEITURA DE 01/06/19 A 30/06/19 505-7902 61,09% VD 20,83
SUBTOTAL DO TELEFONE 03150 3211-2016 0 9 20,83
TOTAL SERVICOS DE TERCEIROS 20,83

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

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite:

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

008.069.383-07 Antonio Gleison Araujo Freitas

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Antonio Gleison Araujo Freitas

008.069.383-07

Frentista

Rua. Abaete

2125

Angelim

Terexina

PI

64.028.690

(86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3389 013 CONTA: 7412 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Terexina - Piauí 24.09.19

Antonio Gleison Araujo Freitas

(*) Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Kelly Henrique

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003610/2019-41

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Alberto Da Silva Reis

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

06/09/2019 - 23:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

LOURIVAL PARENTE

Endereço

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

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2357989

Mãe: MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS

Pai: JOSÉ LUIZ DE FREITAS

Endereço: RUA ABAETE, Nº 2125

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE UE POR VOLTA DAS 23h30min. DO DIA 06.09.2019 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 GLEISON ARAUJO FREITAS, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DO HUT Nº 522046. O FATO OCORRIDO FOI TESTEMUNHADO POR RICARDO ARAUJO OLIVEIRA, RESIDENTE NA Q- 08 C-10 DIRCEU I.

Alberto Da Silva Reis - Mat.
AGENTE DE POL

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Azeite Leal Parada
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 195.331-7



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 Antonio Gleison Araujo Freitas

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Antonio Gleison Araujo Freitas 008.069.383-07 2125 Rua. Abaete Angelim Terexina RJ 64.028.690 1861994729591

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 3389 013 CONTA: 7412 8 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 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 (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Terexina - Piau 24.09.19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01135/01136 - carta_02 - INVALIDEZ

00070568



Carta nº 15229413



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/07/2020 10:33:18

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070710331766300000010107832>

Número do documento: 20070710331766300000010107832



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15216200



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000007472-8

Nr. da Autenticação 420BDE9BF2803B89



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081004/20

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

CPF: 008.069.383-07

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO GLEISON
ARAUJO FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS : 008.069.383-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

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

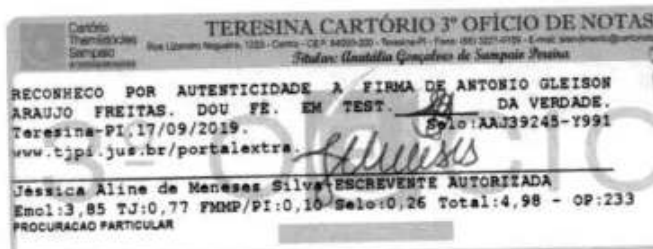
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar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

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

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

Teresina - Piauí 07.09.19
Local e data

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



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METATARSO ESQUERDO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 8

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081004/20

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

CPF: 008.069.383-07

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO GLEISON
ARAUJO FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS : 008.069.383-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa





Alta

NOME DO PACIENTE: Antonio Gleison Soares Freitas

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 522046

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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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



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

(User: VALDENICE MENDES)

(Estação: RECEPCAO01)

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

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

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

Kátia Rejane da Silva



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/07/2020 10:33:18

<http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070710331766300000010107832>

Número do documento: 20070710331766300000010107832

**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

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

10: 90/129

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

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

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

RAIO REALIZADO
DATA 07 09 2019 HORA
TÉCNICO Jany

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

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

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares:

Prescrição Médica: 1. Tilatil 20mg/ml - 1 amp + AD, IV, agora — 09:53 TÉCNICO: Jany	TOUSOGRAFIA REALIZADA DATA 07 09 2019 HORA 08:5 EXAME: Jany TÉCNICO: Jany
--	---

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





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

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

[illegible]

MOD: 007 - HUT

ICO/CRM:



<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070710331766300000010107832>

Número do documento: 20070710331766300000010107832

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%		

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

JUSTIFICATIVA

*Fração de 2 unidades e
 Vacinas em 10/03/2020
 m.s. -*

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PA 3909

DATA:

08/03/2020

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

*Assinatura do Auditor
 + MANDATO
 SAÚDE - HUT
 08/03/2020*





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



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Fis N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 08/09/19

NOME DO PACIENTE: <u>Antonio Gleison Araújo Freitas</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>522046</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fr 2. cost. E</u>	CIRURGIA: <u>Pneum.</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Raulino</u>	N° DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Buziel</u> <u>Dr. Bergiel Barbosa Bezerra</u>	CPF N°
AUXILIAR: <u>Res. Anestesiologia</u> <u>Dr. Bergiel Barbosa Bezerra</u>	CPF N°
ANESTESIA: <u>Raque</u>	CPF N°
INSTRUMENTADORA: <u>Ana Geydes</u>	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° <u>7.0</u>	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° <u>7.5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	180	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.			<u>ESCOVAS</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>ELETRICIDADE</u> 05 <u>CREPOM</u> 01 <i>[Assinatura]</i>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Arturino</u>			





DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

240301

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

246883

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

-Nome: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

6 - Prontuário: 522046

-CNS: 706901105783036

8-Nascimento: 19/11/1984

9-Sexo: Masculino

CPF: 008.069.383-07

1-Mãe: MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS

12-Fone: 86-94623-919

3-Resp: KATIA REJANE

14-Cor: Sem Informação

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

6-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

0 - Principais sinais e sintomas clínicos:

motociclista com relato de colisão com moto, de capacete, trauma de face e perda de consciência
somataneia. ALERGIA A DIPIRONA.

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

Fratura de ossos do metatarso

S923

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

Tempo SUS

3

0408050462 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

29-Clinica:

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

02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

07/09/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-ONAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Antonio Gleison Araújo Freitas</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura do 2º metatarso E</i>		
Operação - Tipo <i>Osteossíntese</i>		
Cirurgião <i>Dr. Bergiel Barbosa Bezerra</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Ana Gláucia</i>	Anestesista <i>Dr. Rodrigo</i>	Anestesia <i>Raque</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>08/09/19</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente em DMR sob sedação consciente. Anestesia e analgesia. Redução manual da fratura do 2º metatarso E e fixação porcutânea com fio de Kirschner sob radiografia. Curto. Dolo zero.

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/09/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

OBS.: FRATURAS NAS PAREDES DA ÓRBITA ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 07/09/2019

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

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

- Fratura alinhada no 2º metacarpiano. ← (mão)
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 10/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Antônio Gleison A. Melo</i>					Nº DE REGISTRO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
DATA: <i>08/09/20</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
EXAMES DE URINA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura II metatars</i>					FÍSICOS <i>NAD</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
<table border="1"> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>OXIGÊNIO</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th colspan="10"></th> <th>TOTAL DE DOSES</th> </tr> <tr> <td rowspan="4">LÍQUIDOS</td> <td>SO-UTO 500</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>400</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SANGUE 300</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>200</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUTROS 100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">TEMPERATURA T</td> <td>38</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P. ARTERIAL V O PULSO</td> <td>180</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">INÍCIO E FIM ANESTESIA X</td> <td>140</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</td> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">RESPIRAÇÃO O</td> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	1	2	3											TOTAL DE DOSES	LÍQUIDOS	SO-UTO 500																	400																	SANGUE 300																	200																	OUTROS 100																		TEMPERATURA T	38																																		P. ARTERIAL V O PULSO	180																	160																	INÍCIO E FIM ANESTESIA X	140																	120																	INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	100																	80																	RESPIRAÇÃO O	60																	40																		20																		10																	SEQUÊNCIA 1. Monitor P.A. 2. 124ml 3. 124ml 4. 124ml 5. 124ml 6. 124ml 7. 124ml 8. 124ml 9. 124ml 10. 124ml 11. 124ml 12. 124ml 13. 124ml 14. 124ml 15. 124ml	
						AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	1	2	3											TOTAL DE DOSES																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
LÍQUIDOS	SO-UTO 500																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	400																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	SANGUE 300																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	200																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
OUTROS 100																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
TEMPERATURA T	38																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
P. ARTERIAL V O PULSO	180																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	160																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	140																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	120																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	100																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	80																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
RESPIRAÇÃO O	60																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	40																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	20																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
DURAÇÃO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
SÍMBOLOS					INCIDENTE - ACIDENTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
TÉCNICAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
OPERAÇÕES <i>Osteomielite metatars</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
CIRURGIÕES <i>Bergia</i>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
ANESTESISTAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Dr. José F. de Jesus S. Sousa Anestesiologista CRM-P1 6248					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.212.129
DATA DE EXPEDIÇÃO	21/10/14
NOME	KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO	EVA MOURA DA SILVA ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA
NATURALIDADE	BARÃO DE GRAJAU-MA
DATA DE NASCIMENTO	18/12/1979
CERT. NASC.	39751 1 53A-F 097
EXP. TERESINA-PI	27/08/99
TE/ISSUA - PI	839.562.803-00
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PI

NOME
ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

DOC. IDENTIDADE / RG - BRASIL-POP
2387988 882 82

CITY
008.049.382-07 DATA DO NASCIMENTO
19/11/1984

FUNÇÃO
JOSE LUIZ DE FREITAS

MARIA DO CARMO ARAUJO
FREITAS

PERMISSÃO
Circulação

ACC
Adicional

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
02909826973

VALIDADE
22/05/2023

EMISSÃO
03/06/2003

Observações
KAR

Assinatura do Portador
Antonio Gleison Araujo Freitas

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
08/10/2018

04180466478
PI320606030

PROIBIDO PLÁSTICAS
1745968869

PIAUI

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1745968869



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Kyilly Maria de Oliveira
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Antônio Gleison Mauro Fruits inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.069.383-87
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Antônio Gleison Mauro Fruits
inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.069.383-87 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: 24 de janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000-902</u>	Tel.(DDD): <u>(86) 99472954</u>

Local e Data: Teresina - Piauí

Kyilly Maria de Oliveira
Assinatura do Declarante



1.44.481
2828283182748

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

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

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

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

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
01/2020	Lido	01	10
12/2019	Lido	01	10
11/2019	Lido	02	10
10/2019	Lido	01	10
09/2019	Lido	02	10
08/2019	Lido	01	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS M3 10 LID 10,7410012

ANTERIOR 02/01/2020 154 PIS PARCELA 04,75x1,62N= 1,28

ATUAL 03/02/2020 156 CORFIS 04,75x7,52N= 6,44

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (X)	VALOR
0	10	3,0668 00
10	25	5,7120 00
25	999999	5,8610 00

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 30,66		
> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
VALOR DE ESGOTO - 24,53		
> Residencial-Normal	10,0 m3	24,53
JUROS POR ATRASO	001/001	0,11
JUROS POR ATRASO	001/001	0,68
MULTA POR ATRASO	001/001	1,15
MULTA POR ATRASO	001/001	1,10
RELIACAO POR CORTE SIMPLES	001/001	26,56

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

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

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

NOTIFICAÇÃO

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

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

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

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COLI	1184	1184	0	Ausente	Ausente
	1184	1184	0	Ausente	Ausente

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

1.44.481 2828283182748

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

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





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 21/12/2019		TELEFONE/CONTRATO 3211-2016 0 9	
		CNPJ / CPF 00039811186304			
		TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL			
		COD. DEB. AUTOMATICO 070800348844		VALOR A PAGAR R\$ 95,28	
		CODIGO DOO 88			
		CODIGO MINHA 01 070800348844		VENCIMENTO 08/01/2020	

PLANO LOCAL:	HISTORICO DO CONSUMO DE MINUTOS:
01 FIXO	11/19: 3:00 06/19: 10:00 10/19: 10:00 07/19: 12:00 09/19: 1:00 08/19: 4:00



**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

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

10: 90/197

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

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

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

RAIO REALIZADO
DATA 07 09 2019 HORA
TÉCNICO: Jany

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

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

Exames Complementares:

Prescrição Médica: 1. Tilatil 20mg/ml - 1 amp + AD, IV, agora — 09:53 Tilatil TOMOGRAFIA REALIZADA DATA 07 09 2019 HORA 08:55 EXAME: crânio GC TÉCNICO: Jany

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 008.069.383.07 3 - CPF da vítima: 008.069.383.07 4 - Nome completo da vítima: Antonio Gleison Araujo Freitas

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

5 - Nome completo: Antonio Gleison Araujo Freitas 6 - CPF: 008.069.383.07
7 - Profissão: Fumista 8 - Endereço: Rua. Abaete 9 - Número: 2125 10 - Complemento:
11 - Bairro: Angelim 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.028.690
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 86 994729591

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3389 03 CONTA: 7472 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 24.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

lo Representante Legal (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003610/2019-41

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Alberto Da Silva Reis

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

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

Complemento

580580

Data/Hora

06/09/2019 - 23:30

Bairro

LOURIVAL PARENTE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

RG: 2357989

Mãe: MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS

Pai: JOSÉ LUIZ DE FREITAS

Endereço: RUA ABAETE, Nº 2125

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE UE POR VOLTA DAS 23h30min. DO DIA 06.09.2019 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 GLEISON ARAUJO FREITAS, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DO HUT Nº 522046. O FATO OCORRIDO FOI TESTEMUNHADO POR RICARDO ARAUJO OLIVEIRA, RESIDENTE NA Q- 08 C-10 DIRCEU I.

Alberto Da Silva Reis - Mat.
AGENTE DE POL.

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacey Azeite Lual Paraiiba
Delegado Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 136.331-7



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

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200101676

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

Data do Acidente: 06/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 000007472-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 008.069.383.07 3 - CPF da vítima: 008.069.383.07 4 - Nome completo da vítima: Antonio Gleison Araujo Freitas

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

5 - Nome completo: Antonio Gleison Araujo Freitas 6 - CPF: 008.069.383.07
7 - Profissão: Fumista 8 - Endereço: Rua. Abaete 9 - Número: 2125 10 - Complemento:
11 - Bairro: Angelim 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.028.690
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 86 994729591

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3389 03 CONTA: 7472 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 24.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

lo Representante Legal (se houver)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436022/19

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

CPF: 008.069.383-07

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO GLEISON
ARAUJO FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS : 008.069.383-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436022/19

Número do Sinistro: 3190680756

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

CPF: 008.069.383-07

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO GLEISON
ARAUJO FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS : 008.069.383-07

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436022/19

Número do Sinistro: 3190680756

Vítima: ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

CPF: 008.069.383-07

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO GLEISON
ARAUJO FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS : 008.069.383-07

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira
RG: 2.212.129 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 () _____ () _____

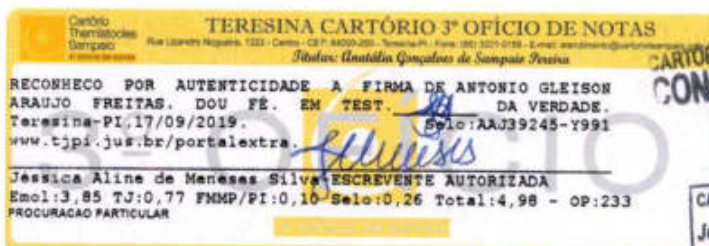
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar 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 Freitas
CPF: 008.069.383-07 Data do Acidente: 06/09/19

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

Teresina - Piauí 07.09.19
Local e data

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



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





Atta

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

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





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



Imp: 07/09/2019 10:14:59
(User: VALDENICE MENDES)
(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

Katia Rejane da Silva





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

[illegible]

ICO/CRM:

MOD: 007 - HUT



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____
ACIENTE: Antonio Oleirson Soares Furtado Nº AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Furtado de 2: resoluções e
Necrose no fêmur de Knoch
n. 5 -

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

DATA:

08/03/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Ednan Soares Coutinho
Médico Auditor
SAVE-HUT
COORDENADOR DE SAÚDE





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



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fis Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 08/09/19

NOME DO PACIENTE:	Antonio Gleison Araujo Freitas	PRONTUÁRIO Nº:	522046
DIAGNÓSTICO:	fr 2º grau	CIRURGIA:	Pneum
ANESTESIA:	Dr. Rodrigues	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dr. Bergiel	CPF Nº	
AUXILIAR:	Res. Ana Paula	CPF Nº	
ANESTESIA:	Raque	CPF Nº	
INSTRUMENTADORA:	Ana Gleydes	CPF Nº	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	180	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			ESCOVAS		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA		05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				ELETRODOS		01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				CROQUIS			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			





DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

240301

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856

Código da
Internação:

4-CNES
5828856

246883

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

6 - Prontuário: **522046**

7-CNS: **706901105783036**

8-Nascimento: **19/11/1984**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **008.069.383-07**

11-Mãe: **MARIA DO CARMO ARAUJO FREITAS**

12-Fone: **86-94623-919**

13-Resp: **KATIA REJANE**

14-Cor: **Sem Informação**

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

17-Cod. IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

16-Munic: **TERESINA**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

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

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de ossos do metatarso

24-CID Prin.:
S923

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:
0408050462

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIAIS

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: **02** 31-Docum.: **01** 32-Doc. Méd. Solic.:
CPF **877.154.063-68**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

07/09/2019

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

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Tipico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No.Silhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/07/2020 10:33:18

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070710331766300000010107832>

Número do documento: 20070710331766300000010107832



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Antonio Gleison Araújo Freitas</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura do 2º metacarpo E</i>		
Operação - Tipo <i>Osteossíntese</i>		
Cirurgião <i>Dr. Bergiel Barbosa Bezerra</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Ana Gláucia</i>	Anestesista <i>Dr. Rodrigo</i>	Anestesia <i>Raque</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>08/10/2019</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Pelo em MMA sob anestesia geral
Anestesia e intubação; campo estéril
Redução manual da fratura do 2º metacarpo
E e fixação por meio de placa de
Kirschner sob radiografia
Contínua.
Dolo zero*

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





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

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Data Exame: 07/09/2019

Cod. SIA: 0206010079

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

OBS.: FRATURAS NAS PAREDES DA ÓRBITA ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
 Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICOPaciente: **ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS** (Prontuário: 522046)

Endereço: RUA ABAETE 2125 - PLANALTO STA. FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 19/11/1984 Idade: 34a9m21d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740061

Requisição: 997169

Solicitação: 07/09/2019

Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO

Controle: 1303303

Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 07/09/2019

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

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

- Fratura alinhada no 2º metacarpiano. ← *CM 10/1*
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 10/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1919872460

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR

1919872460

Nome: **REYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

Doc. Representação: **2212129 SSP PI**

CNPJ: **839.502.303-00** Data Nascimento: **18/12/1979**

Função: **ANTONIO JONES DE OLIVEIRA**
EVA MOURA DA SILVA

Permissão: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CAT: **3**

Registro: **07318478449** Validade: **20/08/2020** P. Habilitação: **21/08/2019**

OBSERVAÇÕES

Reyelly Moura de Oliveira

Assinatura do Portador

Local: **BRASILIA, DF** Data de emissão: **21/09/2019**

Assinatura do Emissor

55070906293
82/10771158

PIAUI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CAMIPIRA NACIONAL DE MOBILIDADE

PI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1745968869

NOME
ANTONIO GLEISON ARAUJO FREITAS

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSORA
2357989 SSP PI

CPF
008.069.383-07

DATA NASCIMENTO
19/11/1984

PROFISSÃO
JOSE LUIZ DE FREITAS

MARIA DO CARMO ARAUJO
FREITAS

PERMISSÃO
B

ACE
B

CAT. 198

PPS
02909826973

VALIDADE
22/05/2023

PIABILIDADE
03/06/2003

OBSERVAÇÕES
EXB

Assinatura do Portador

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
08/10/2018

04180466478
PI220606030

PIAUI

PROIBIDO PLANTAR
1745968869

