

ÁGUAS DE
CIE TERESINA

CNPJ 271537474000106 - IE 1959655574
Av. Odilon Araújo, 1035, Piçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38
2018120413151

MATRÍCULA 12314234-2 FATURA Nº 153617711
MÊS/ANO 12/2018

NOME / ENDEREÇO JOANA FERREIRA DA MATA
MORADOR
RUA LUCÍDIO FREITAS, 1275-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64003120

LOCALIZAÇÃO 001-00002-000810 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDÔMETRO A10X027446

HISTÓRICO DE CONSUMO			ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TERRA	
MÊS/ANO TIPO UDO FATURADO			2 Residencial - Normal	
18-2018	Lida	13		
09-2018	Lida	69		
08-2018	Lida	21		
07-2018	Média	80		
06-2018	Lida	16		

ANTERIOR 05/11/2018 1246 CONSUMO M3/M3 20 LIG. 127446018
ATUAL 04/12/2018 1246 IRS. PASEP 50.3641.658- 1.49
CORR. 10.36x7.58= 6.86

TABELA DE TARIFAS			DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA		
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO (M3/MESES)	VALOR REFERENTE ÁGUA - R\$ 53,02	REF.	VALOR	
0 a 25	4.9400 m3	> Residencial-Normal	20,0 m3	53,02	
25 a 55	8.5300 m3	> Residencial-Normal	20,0 m3	33,64	
		JUROS POR ATRASO	10/12/2018	0,41	
		JUROS POR ATRASO	11/12/2018	0,08	
		MULTA POR ATRASO	10/12/2018	1,52	
		MULTA POR ATRASO	11/12/2018	1,59	
NÃO RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO (M3/MESES)				

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERÁ SER MODIFICADA
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PÁDRÕES.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento dessa fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 42, inciso V e nº. 8.787/95, Art. 8º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.122	3.100	22	1,33	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3.102	3.094	8	3,19	Inf. a 15
pH	3.119	3.074	45	6,82	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.128	3.101	27	0,99	Inf. a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTais	993	992	1	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	993	993	0	Ausencia	Ausente

04/12/2018 DATA DA EMISSÃO: 13:15 HORA DA EMISSÃO:



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206** (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Europedes Pereira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 372.982.593-34, do sinistro de DPVAT cobertura IPPA da Vítima Europedes Pereira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 372.982.593-34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua 24 De Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP	64000-235
		Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6565		

Teresina, 30 de Janeiro de 2019
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, ROSIMEIRE DOS SANTOS

RG nº 1.263.813, data de expedição 15/09/98,

Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 667.436.053-87, com

domicílio na cidade de Timon, no Estado de

MARRANHÃO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DR. JOÃO LULA - PARQUE PIAUÍ nº 2186.

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 EURÍPCOES PEREIRA DOS SANTOS, cujo o condutor era EURÍPCOES PEREIRA DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / POP100

Ano: 2014 / 2015

Placa: DXX 0089

Chassi: 9C2HB0210FR411252

Data do Acidente: 22.08.2016

Local e Data: Timon - MA 24.11.2016

SABEMI SEGURADORA S/A

12 JAN 2017

RECEBIDO

Rosimeire dos Santos

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO 3º OFÍCIO EXTRAJUDICIAL - TIMON-MA
Av. Presidente Vargas, 609 - Parque Piauí - CEP 65631-390
FONE: (99) 3126-8080

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A(S) FIRMA(S) DE: <u>ROSIMEIRE DOS SANTOS, DOLFE</u> EM TEST. <u>De</u> DA VERDADE. Timon-MA, 24/11/2016.
<u>RODRIGO</u> MARCIA DA COSTA E SILVA-ESCREVENTE (MARCIA)

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rosimire dos Santos,
RG nº 1263813 data de expedição 30/05/18,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 667.436.053-87, com
domicílio na cidade de Timon, no Estado de
MA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Jango Lula, nº 2186,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Europa Pereira dos Santos, cujo o condutor era
Europa Pereira dos Santos.

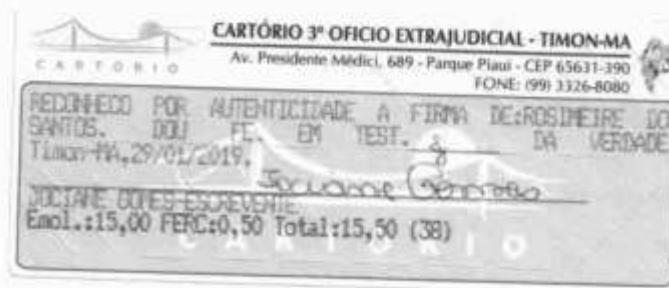
Veículo: moto
Modelo: Honda/POP 300
Ano: 2014/2015
Placa: 0XX0089
Chassi: 9C2H B0210FR411252
Data do Acidente: 22/08/2016
Local e Data: Timon, 29-01-19

Rosimire dos Santos

Assinatura do Declarante



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





Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO
USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE



Carimbo da Unidade de Saúde

F. 14.5.

U. S. D. ARCOVERDE
AMBULATÓRIO
05.522.917/0015-75
Q. 250 - CASA 50 - QIRTE
TERESINA - PI - 3215-9200

Carimbo da Unidade de Saúde
Série D - Nº

Nome do paciente	Ednilson Oliveira da Cunha
Endereço	

Carimbo da Unidade de Saúde

Externo

Lando

H0: Fretens de nêlio + lme
Fixando com placas + parafusos
Perde de cerca de 50% da exten-
são do punho ①

Cx 0: 5525 + 5522

①

08.10.18

Carimbo e assinatura de profissional

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO



RECEITUÁRIO

Atesto que para os serviços fns
Ednilson Alves da Cunha, RG 530
68961; CPF 033.672.823-08, realizou
tratamento fisioterápico no centro
de fisioterapia, diagnosticado
com fratura de antebraço "D", apre-
sentando, dor, diminuição
de força e amplitude. Paciente
continua em tratamento fisoterá-
pico.

CD 10.552

Dr. Daniel Alves Ribeiro
CRM-PI 243984-F

Avenida Presidente Vargas, nº 254 - Centro
Beneditinos-PI - Fone: (66) 3269-1151
E-mail: saudebeneditinos@hotmail.com

Beneditinos
24.03.18.

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO



Hospital de Criança de Teresina

Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Ciro Ribeiro, 1820 - Centro - 64017-770

ATESTADO MÉDICO

Teresina-PI

Atesto que

Edmilson Antunes

Cart. Prof. Nº _____ Série: _____

necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde a partir
de _____

Teresina, 17 de OUT de 20 18
Assinatura

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do
RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido
para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO



RECEITUÁRIO

05.522.917/0022-02

Hospital de Urgência de Teresina - Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otávio Tito, 1820 - Região: Cep: 64017-775

NOME: Edulino Vitorino Teresina-PI

ENDEREÇO : _____

USO INT

1. Cefalexina 500mg _____ 28 comp

Tomar 01 comp VO 6/6hs por 7 dias

2. Nimesulida 100mg _____ 1cx

Tomar 01 comp VO 12/12hs por 5dias

71,03,18

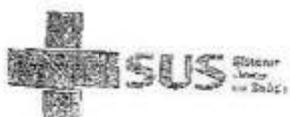
71

Médico/CRM
Carimbo

CRM-PI-203-146

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE





ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS: Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Obs: não retirar a imobilização (tala gessada) até o retorno ao médico

Cirurgia Realizada pelo Dr

Fábio

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO



Estado Do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



FMS

Fundação Municipal de Saúde



Carimbo da Unidade de Saúde
U. S. D. ARCOVERDE
AMBULATÓRIO
05.522.017/0015-75
Q. 250 - CASA 50 - DIRCEU 11
TERESINA - PI - 3215-9206

RECEITUÁRIO

USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série

Série D - 067572

Nome do paciente

Número do Prontuário

Ednilson Ribeiro de Oliveira | | | | | |

Endereço

Bairro

deude

H.D: Fratura de rádio + ulna à (R),
fixada com placa + parafusos

C.D: 5522

Afastamento: 06 (seis) meses

)
ff

Data
21/09/13

Carimbo e assinatura do(a) profissional

DIR

DIR

DIR

DIR

102.2%

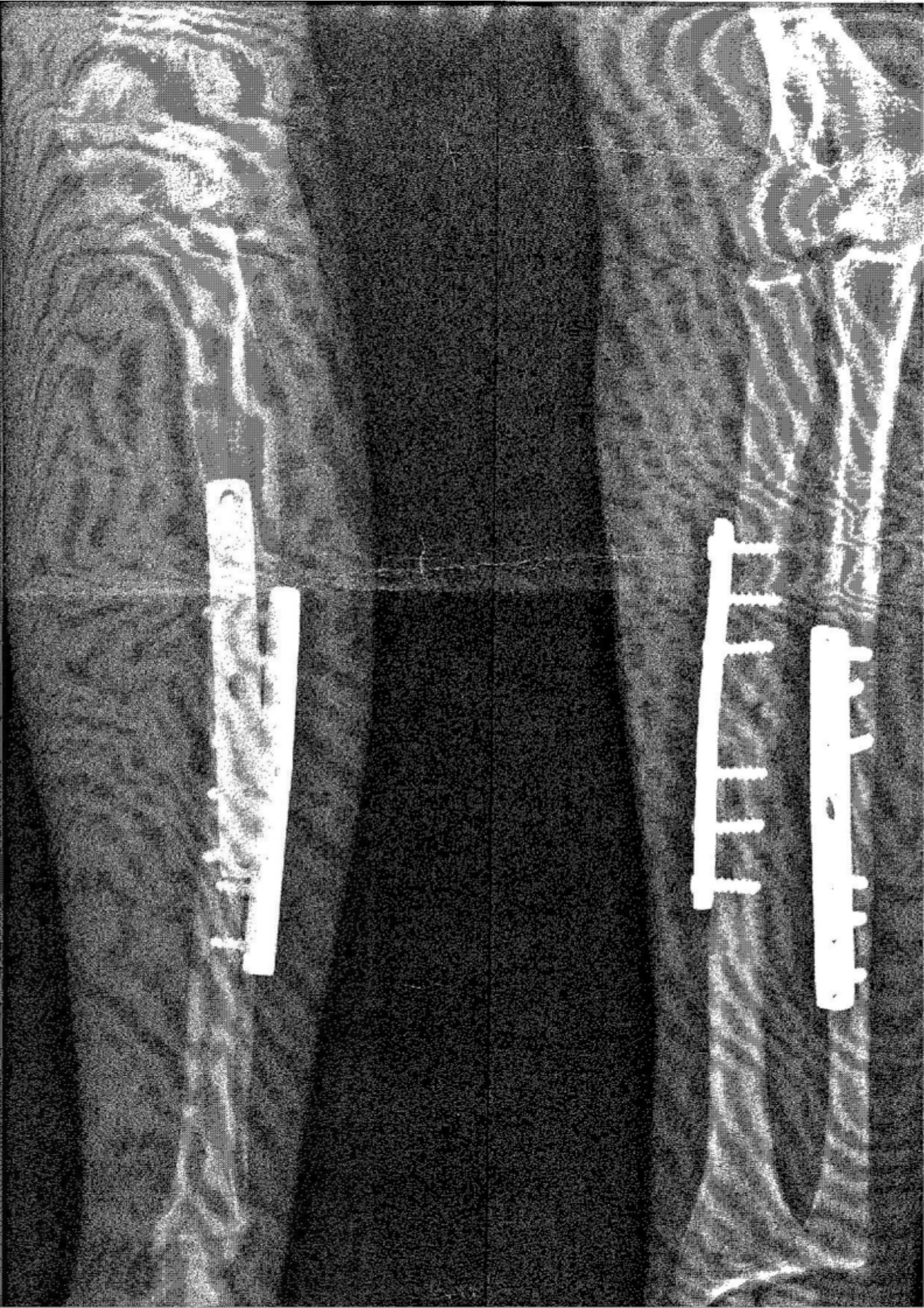


19/12/1984
06/07/2018 08:07

EDNILSON RIBEIRO DA CUNHA
82638

Av. HIGINO CUNHA 1515 - ILHOTAS - TELEFONE: (86) 3196-1500

CEIR
Centro de Estudos e
Investigação em Reabilitação
De Reabilitação Integral



ANEXO MÉDICO

Ateste, para os devidos fins, que o
Dr. Euzebio Pereira dos Santos, praticante
mais de acidente de moto, resultando fratura
na vértebra, com Fratura Espinhal
de 3º, 4º e 5º Ossodáctilos da vértebra Esquerda
da, submetendo-se à tratamento cirúrgico,
tendo poru dor, de fraude das dores
e limitação de movimentos, em alta definição
fica de tratamento, apresentando paralisação
funcional de 80%.

On. 28.08.18

Dra Fabíola Ferreira H. Veras
Clínica Médica/Reumatologia
CRM 2374

MEDICARCI Rua Lisandro Nogueira, 2042 - Centro | Fone: 3301-4343 • 3221-1009





NOME DO PACIENTE: Edinípedes Peruna dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 416493



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

**O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS**



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

COPIA FEITA EM:

TERESINA, PI

Imp: 22/08/2016 06:26:0

(User: ANTONIA TAISA)

(Estação: ACCR01)

BOLETO DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS		Prontuário: 416793
Mãe: PAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS	Pai: BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS	
End. Resid.: RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUÍ - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento: 18/05/1966	Idade: 50a:3m:4d	Sexo: Masculino Fone: 86-93212-2189
Responsável: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS		CNS: 709509619838770
Profissão: PEDREIRO	Documento:	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 564409	Data: 22/08/2016 06:20:49	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo: Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Traj.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Fratura exposta	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MÃO E. FRATURA EXPOSTA EM 3 QUIRODACTILO.		Profissional Clas. Risco: ANTONIA TAISA DE CARVALHO COREN: 273203 Em: 22/08/2016 06:26:07	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

*Dir+Defensora+fermeira
Mao En*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

.DPVAT - CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Nomes: Dr. Antônio Costa Neto

Número: 70291

Mês: JAN

Ano: 2016

Paciente com Original

bpm

Temp.:

CID:

PA: mmHg	Pulso: 31 JAN 2016		
Diagnóstico Inicial:	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Reende, 300 Loga C Centro, Aracaju - SE - CEP: 49010-000		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx Mão (Ax/Ob)

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: ____ / ____ .

HORA: ____ : ____

Procedimento

CID

Eurípedes Pereira
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Jesus Torres de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
(Médico de Trabalho)

Assinatura: _____
CRM: 07074687

**AUDIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTC
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA/

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

7-CNS: 709509619838770

8-Nascimento: 18/05/1966

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS

COM BOLETIM CIR/ANEST

13-Resp: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

15-Ende: RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUÍ - CEP: 65630-020

16-Munic: TIMON

17-Cod.IBGE: 211220

18-UF: MA

19-CEP: 65630-020

6 - Prontuário: 416793

11-Fone: 86-98212-2189

14-Cor: Sem Informação

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

Exa exaue me / mox exp
fet metacorpo, / doce, / koline

21 - Condições que justificam a internação:

Prat dr.

Teleorofia → 0403060465 - MG76
Fret. metacorpo → 0403020539 - 5025
Fret. doce → 0403020342 - 5336 12X

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

Acemex + RL + ex. jince

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Procedimento Solicitado:
0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solis.:
02 01 CPF 841.275.623-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:
FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

34-Data Solicitação:

22/08/2016

31 JAN 2019
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
DEPARTAMENTO DE SINISTRO
OPVAT
CENTRO DE ATENDIMENTO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Flávio Maciel Barbosa Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB-02

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- Acidente de Trânsito
37- Acidente Trabalho Típico
38- Acidente Trabalho Trajeto

39-Clínica:

40-Caráter: Ident.: 41-Docum.: 42-Doc. Méd. Solis.:
02 01 CPF 841.275.623-15

34-Data Solicitação:

22/08/2016

45 - Vínculo com a Previdência:
 Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segura

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

Carlos Filipe Lima
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB-02
CNPJ 10372-85920000-01

47-Documento: 48-Num. Documento:
 CNS ICPF

49-Para Autorização:
30/08/2016

50-Ass. Carimbo (Pg. Consel)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Eu, Eurípedes Pereira dos Santos, declaro que a documentação contida nesse formulário é verdadeira e completa.

22/08/2016 0:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Eurípedes Pereira dos Santos

Diagnóstico pré-operatório

Politraumas

Operação - Tipo

Ext. Bennett + ósso de hérnia + fral. Idoade

Cirurgião

Dr. Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Ediane

Anestesista

Dr. Tiago

Anestesia

Spacial

Anestésico(a)

Data da Operação

22.08.16

Ínicio

08:10

Fim

09:15

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

0408060450 - 11679 → Benigno
~108020539 - 5625 → frst. saudável
0408020342 - 5626 - frst. saudável
N + III

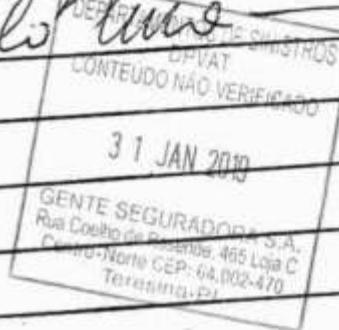
Acidente Durante a Operação

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70991
SAME-HUT
Confere com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Blomieio + udoga, 2011, falso de emprego
cifno, ouvinte, colpos. debridamento
múltiplo e. St. 97. epu obstruído,
múltiplo de líquidos, fr. per. Bennett + fr.
per. colpos. leitoso. Período
per. falso líquido



Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Eurípedes Pereira dos Santos

Diagnóstico pré-operatório

Polifagia

Operação - Tipo

Fist. Benetti + Ano de fundo + fist. Idiop.

Cirurgião

Dr. Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista

1º Assinante

2º Assinante

CRM-PI 3102

3º Assinante

Instrumentador(a)

Fadiane

Anestesista

Dr. Tiago

Anestesia

Spacial

Anestésico(a)

Data da Operação

22.08.16

Inicio

08:10

Fim

09:15

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

0408060450 - M 679 → Benigno
- 0408070539 - 5625 → fist. idiop.
0408070342 - 5626 - fist. idiop. 22
N + III

Nemésio Martins de Castro Neto
Médico: 2170291
SAMU-HUT
Comprovado Original

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Bloqueio + adutor, 20A, falso de empurrar.
cifre, ouvidos, colo, devido ao cisto
líquido cisto 9x10 cm. ep. obliquamente,
sutura de lipomas, fist. fist. Benetti + fist.
fist. fist. Benetti + fist. Benotti + fist.
fist. Benotti + fist. Benotti + fist. Benotti + fist.

Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE <i>Enriqueta Ferreira</i>						
DATA: <i>22/08/16</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. UREA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARÁXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	FÍSICOS
					APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 2 Cet. Ten 3					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					1. Xero 21 Nivel 2. 600 2. Uro 600 3. Med. de plena 1000
TEMPERATURA T	C° 38					12:14
P. ARTERIAL V O PULSO						SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO 60
TÉCNICAS	<i>Rápido torque + redações</i>					INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES	<i>Int. de bôn. à valvula</i>					<i>Nr</i>
CIRURGIÕES	<i>Dr. Antônio Carlos de Castro Neto</i>					
ANESTESISTAS	<i>Matrícula: 70051 SAMERHUT Confere com original</i>					
Dr. Tito Soárez Soutullo Anestesiologista CRM-3880						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
PARTICULARIDADES						



1^ª DIAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
SÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL

PRESCRIÇÃO MED 4



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS** (Prontuário: 416793)
Endereço: RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUÍ - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/05/1966 Idade: 50a:4m:19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 564409
Requisição: 668394 Solicitação: 22/08/2016 Solicitante: JESUS TORRES DE ARAUJO
Controle: 835844 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/08/2016

MAO

O estudo radiológico da mão esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas nas falanges proximais do 4º e 5º quirodáctilos.
- Superfícies e espaços articulares Integros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/09/2016

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Nemilio Matos da Costa Neto
Residencial 70391
SAMEA/UT
Confira com Original



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS** (Prontuário: **416793**)
Endereço: **RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUI - TIMON - MA CEP: 65630-020**
Nascimento: **18/05/1966** Idade: **50a:4m:0d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **170755**
Requisição: **668477** Solicitação: **22/08/2016** Solicitante: **FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO**
Controle: **835931** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 236 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/08/2016

MAO

O estudo radiológico da mão esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-redução de fratura-luxação na mão e punho com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/09/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

*Neto Carlos Augusto Moura de Oliveira Neto
Médico Radiologista CRM PI 1341
SANTO HUT
Confere com Original*



SABEMI SEGURADORA S/A
12 JAN 2017
RECEBIDO





CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO: (3180420208)

Eu, Edilson Ribeiro da Cunha, Portadora do RG nº: 53.068.961-3, Org. Expedidor: SSPSP, Data de Expedição: 12/NOV/2008. Endereço: Lot. Progresso II R. 05 nº: 1936, Bairro: RENASCENCA. Cidade: TERESINA, Estado: PI, CEP: 64082 122.

Venho por meio desta, SOLICITAR A REABERTURA DO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO, CONFIRMAR O SINISTRO ACIMA, O QUAL HAVIA SIDO NEGADO, PELO MOTIVO DE NÃO TER SIDO FINDADO O TRATAMENTO, DIANTE DITAS RESOLUÇÕES, ANEXO JUNTO A ESTA, LAUDO CONCLUSIVO DO TRATAMENTO.

SEM MAIS,

ANEXO DESDE JÁ

Cidade: TERESINA / 08-OUT-2018.

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO

Edilson Ribeiro da Cunha

ASS: VITIMA.



Secretaria Municipal Saúde/SUS
Avenida Paulo Ramos, 95- Centro



DECLARAÇÃO

Declaro que, **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS**, documento **RG: 889.472 e CPF: 372.982.593-34**, foi atendido pela Unidade Móvel Suporte Básico do SAMU - 192 de Timon- MA, no dia 22/08/2016 aproximadamente às 05:50, local: Rua 10 com rua 100, próximo a Ceasa. Paciente vítima de acidente de trânsito moto, apresentando lesão MSE com fratura exposta, segue estável consciente orientado. Hospital de Destino: Hospital Urgência Teresina - HUT.

Timon (MA), 24 de Novembro de 2016.


Teresinha do Menino Jesus Leal Nunes
Coordenador Geral do SAMU



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190085342 **Cidade:** Timon **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/08/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fraturas expostas dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos esquerdos.

Descrição do exame Ao exame físico, vítima apresenta limitação severa dos movimentos de flexo-extensão dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos físicos: esquerdos.

Resultados terapêuticos: Realizou tratamento cirúrgico com fios de Kirschner e limpeza mecano-cirúrgica. Recebeu alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 3º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	22,5%	R\$ 3.037,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <i>Europedes Pereira dos Santos</i>		
RG: 889.472	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 10/03/09
CPF: 372.982.593-31	ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: Pedreiro
ENDERECO: Rua Lucídio Freitas		Nº: 1275
COMPLEMENTO: casa	BAIRRO: Centro	
CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64003-100 TELEFONE: (86) 99534-6565		

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: <i>Welly Rose Soares Marques</i>		
RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/03/14
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Recuso
ENDERECO: Rua 24 de Janeiro		Nº: 544
BAIRRO: Centro	CIDADE: Teresina	UF: PI CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO.

DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

: *Europedes Pereira dos Santos*

Data do acidente de trânsito: *22/08/2016*

Cobertura da vítima: *Imobiliz*

LOCAL / DATA: *Bemum 29-01-19*

+Europedes Pereira dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



RECONHECIDO PELA AUTENTICIDADE A FIRMA DE EUROPEDES PEREIRA DOS SANTOS, DO DIA 29/01/2019, JACOBO GOMES, NO LOCAL DA Firma, Poder Judicante, Tribunal de Justiça do Maranhão, Rua Coelho de Andrade, 405, Lote C, Centro-Norte, CEP: 65002-470, Telefone: (86) 3326-8020, Email: 15.00 FERG: 0,50 Total: 15,50 (38)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036523/19

Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 372.982.593-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/08/2016

Titular do CPF: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS : 372.982.593-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/01/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190085342**

Nome do(a) Examinado(a): **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Lucídio Freitas, 1275 - Matinha - Teresina - PI - CEP 64003-120

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **889472**

Data e local do acidente: [**22/08/2016**] **Timon -MA**

Data e local do exame: [**14/02/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fraturas expostas dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos esquerdos.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico, vítima apresenta limitação severa dos movimentos de flexo-extensão dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos esquerdos.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizou tratamento cirúrgico com fios de Kirschner e limpeza mecano-cirúrgica. Recebeu alta.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 3º quirodáctilo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

3º quirodáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

5º quirodáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

4º quirodáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



DR. BERGIEL BARBOSA BEZERRA
MÉDICO
CRM-PI 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180473725

Vitima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180473725**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085342

Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

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

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, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085342

Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190085342**

Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 3.037,50

Recebedor: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000002442

Conta: 0000024317-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, EURIPIDES PEREIRA DOS SANTOS

PORTADOR(A) DO RG N° 889.472 EXPEDIDO POR SSP- P1 EM 10/03/09 E

CPF 37998359334 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO RECLUSO - SE

E RENDA MENSAL DE R\$ RECLUSO - SE (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EURIPIDES PEREIRA DOS SANTOS, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósitos;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

12 JAN 2017

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 2442 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24317-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

timbu - ma - 05 de 12 de 2016

LOCAL E DATA

EuríPodes Pereira dos Santos

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ASL-0017744/17
naiana.sousa.0117
08/10/2018 17:41:32

ASL-0017744/17
naiana.sousa.0117
08/10/2018 17:41:32

SABEMI SEGURADORA S/A

12 JAN 2017

RECEBIDO



ASL-0017744/17
naiana.sousa.0117
08/10/2018 17:41:32

ASL-0017744/17
naiana.sousa.0117
08/10/2018 17:41:32

ASL-0017744/17
naiana.sousa.0117
08/10/2018 17:41:32

ASL-0017744/17
naiana.sousa.0117
08/10/2018 17:41:32

GOVERNO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL

3 DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMON
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 1059 / 2016

CÓDIGO DO REGISTRANTE: 596 DATA DO REGISTRO: 01/12/2016 15:27:52

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ADMINISTRATIVA

DATA DA OCORRÊNCIA: 22/8/2016 05:50:00

50 17 00

LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA 10

COMPLEMENTO DO END.:

BAIRRO: PARQUE SÃO FRANCISCO

CIDADE: TIMON

ESTADO: MA

COMUNICANTE

EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

SEXO: MASCULINO

NACIONAL:

CPF:

EST. CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDAD TIMON

NASCIDO EM: 18/5/1966 RG/ÓRGÃ -

FILIAÇÃO PAI: BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MÃE: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS

CEP:

COMPLEMENT

Estado: MA

PROFISSÃO: ENDEREÇO: DR. JOÃO LULA

NÚMERO: 2186

BAIRRO: PARQUE PIAUÍ II

CIDADE: TIMON

TELEFONE(S):

VÍTIMA

EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

SEXO: MASCULINO

NACIONAL:

CPF:

EST. CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDAD TIMON

NASCIDO EM: 18/5/1966 RG/ÓRGÃ -

FILIAÇÃO PAI: BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MÃE: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS

CEP:

COMPLEMENT

Estado: MA

PROFISSÃO: ENDEREÇO: DR. JOÃO LULA

NÚMERO: 2186

BAIRRO: PARQUE PIAUÍ II

CIDADE: TIMON

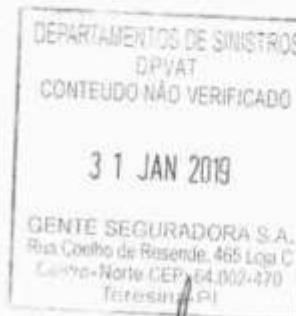
TELEFONE(S):

RELATO DA OCORRÊNCIA:

VEIO COMUNICAR QUE NO DIA 22/08/2016, TRAFEGAVA NA RUA 10, PARQUE SÃO FRANCISCO TIMON/MA, NA MOTO HONDA/POP 100, ANO 2014/2015, DE COR BRANCA PLACA OXX-0089 TIMON/MA, DOCUMENTO EM NOME DE "ROSIMEIRE DOS SANTOS", QUANDO FOI ABALROADO POR OUTRO MOTOQUEIRO E MOTO NÃO IDENTIFICADO QUE DIANTE DO FATO CAIU SOFRENDO LESÃO EM TODO CORPO, ALEM DE FRATURAS NAS FALANGES PROXIMAS DO 4º E 5º QUIRODACTILOS DA MÃO ESQUERDA. O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT DE TERESINA/PI, CONFORME PRONTUARIO Nº 416793.

PROVIDÊNCIAS TOMADAS:

O DELEGADO TOMOU CONHECIMENTO DO FATO



Euripedes Pereira dos Santos
Comunicante

Esf Não(a)

Flávio
Registrante

Observações:

- Válido como certidão para fins de Direito

- Este documento é gratuito.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 889.473 e inscrito no CPF/MF sob o nº 372.982.593-34, residente e domiciliado na R. DR. JOÃO LULA, N° 2186 - PARQUE PIUPI, Cidade Timon, Estado MARANHÃO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Euripe des Pereira dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SABEMI SEGURADORA S/A
12 JAN 2017
RECEBIDO

Local e data

Timon - MA 05.12.16



Prefeitura de Timon

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS

ATO DECLARATÓRIO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

PROSAMU - 2

AMBULÂNCIA ACIONADA:

1513-03 6m 21/03/16

NOME DO PACIENTE: Euvinídes Domicílio: Av. José GóesLOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. 10 de Novembro C/ ClaraSEXO: M F IDADE: 50 ANOSSAÍDA DO P.A: 05:39CHEGADA AO LOCAL: 05:45SAÍDA DO LOCAL: 05:53CHEGADA AO HOSPITAL: 06:24 ACIDENTE DE TRÂNSITO CHOQUE ELÉTRICO PSQUIÁTRICO ÁGRESSE QUEDA ENTORPECENTES URGÊNCIA ADULTA JÁ REMOVIDO URGÊNCIA PEDIÁTRICA FALSO CHAMADO ENVENENAMENTO TRANSFERÊNCIA CRISE CONVULSIVA URGÊNCIA CARDIÁCA E DIABÉTICA QUEIMADURAS URGÊNCIA OBSTÉTRICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA

PUPILA:

FALA:

NORMAL

RESponde a comando

IGUAIS

CONFUSA

RESponde a dor

DESIGUAIS

NENHUMA

SEM RESPOSTA

PULSO RADIAL:

FORTE

SANGRAMENTO:

AUSENTE

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL

FRACO

MÍNIMO

PULSO

FC 18

AUSENTE

MODERADO

INTENSO

RESPIRAÇÃO

SPO₂ 99-100

OBSE

VIAÇÕES: PC: Vítima de queda de canteiro de mato
ambulatório ligado M56 C/ suspeita exposta
para suspeita de contusão/ fractura

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- ASPIRAÇÃO
- OXIGENIO
- REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR
- CURATIVOS
- MOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- PRANCHA LONGA
- PRANCHA CURTA
- KED
- COLAR CERVICAL
- ASSIST. OBSTÉTRICA

SABEMI SEGURADORA S/A

OUTROS

12 JAN 2017

RECEBIDO

Castro Neto

Manoel P. P. Neto

SANTOS JUT

Confere com Original

CONDICÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

- MELHORADO
- PIORADO
- MALTERADO
- ÓBITO

- ANTES DO SOCORRO
- ANTES DO TRANSPORTE
- NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO:

RESPONSÁVEL PELA REC. NO HOSPITAL

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

Prefeitura de
TimonSECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE/SUS**SAM
19****REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

AMBULÂNCIA ACIONADA:

15:30 03 Jun 21/08/16

NOME DO PACIENTE: Bruno Henrique dos SantosLOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua 12 Edifício C/ LaranjeirasSEXO: M F IDADE: 50 anosSAÍDA DO P.A: 05:39CHEGADA AO LOCAL: 05:35SAÍDA DO LOCAL: 05:38CHEGADA AO HOSPITAL: 06:24

- ACIDENTE DE TRÂNSITO
 AGRESSÃO
 URGÊNCIA ADULTA
 URGÊNCIA PEDIÁTRICA
 ENVENENAMENTO
 CRISE CONVULSIVA
 QUEIMADURAS

- CHOQUE ELÉTRICO
 QUEDA
 JÁ REMOVIDO
 FALSO CHAMADO
 TRANSFERÊNCIA
 URGÊNCIA CARDÍACA E DIABETICA
 URGÊNCIA OBSTETRÍCIA

- PSQUIÁTRICO
 ENTORPECENTE

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA

RESponde a comando

RESponde a dor

SEM resposta

PULSO RADIAL:

FORTE

FRACO

AUSENTE

SANGRAMENTO: **SINAIS VITAIS:**

AUSENTE

DEPARTAMENTOS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO
DESGUAIS

MÍNIMO

31 JAN 2019

MODERADO

CENTRO DE SEGURANÇA
Centro de Resposta 400.000 C
Centro de IEP: 64.000 C

INTENSO

Tensão Arterial

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

fc 18
spo 99-1

OBSE **VAC****ES**: PC: Vítima de queda de 1m 50cm, bico MIE C/ rosto exposto, com contusões e contusão

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- ASPIRAÇÃO
 OXIGÉNIO
 REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR
 CURATIVOS
 MOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- PRANCHA LONGA
 PRANCHA CURTA
 KED
 COLAR CERVICAL
 ASSIST. OBSTETRÍCIA

 OUTROS

Walter Martins de Castro Neto
Médico 1001
SALAR AUT
Confere com Original

CONDICÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

- MELHORADO
 PIORADO
 INALTERADO
 ÓBITO

- ANTES DO SOCORRO
 ANTES DO TRANSPORTE
 NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: Hvt

RESPONSÁVEL PELA REC. NO HOSPITAL

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO



Secretaria Municipal Saúde/SUS
Avenida Paulo Ramos, 95- Centro



DECLARAÇÃO

Declaro que, **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS**, documento RG: **889.472** e CPF: **372.982.593-34**, foi atendido pela Unidade Móvel Suporte Básico do SAMU - 192 de Timon- MA, no dia 22/08/2016 aproximadamente às 05:50, local: Rua 10 com rua 100, próximo a Ceasa. Paciente vítima de acidente de trânsito moto, apresentando lesão MSE com fratura exposta, segue estável consciente orientado. Hospital de Destino: Hospital Urgência Teresina - HUT.

Timon (MA), 24 de Novembro de 2016.


Teresinha do Menino Jesus Leal Nunes
Coordenador Geral do SAMU





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

COPIA FEITA EM

TERESINA, PI

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS		Prontuário: 416793
Mãe: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS	Pai: BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS	
End. Resid.: RUA DR. JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUÍ - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento: 18/05/1966	Idade: 50a:3m:4d	Sexo: Masculino Fone: 86-93212-2189
Responsável: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS		CNS: 709509619838770
Profissão: PEDREIRO	Documento:	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Órgão: 564409	Data: 22/08/2016 06:20:49	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Traj.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Fratura exposta	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MÃO E. FRATURA EXPOSTA EM 3 QUIRODACTILO.		Profissional Clas. Risco: ANTONIA TAISA DE CARVALHO COREN 27328 Em: 22/08/2016 06:26:07	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

*Art + Extremidades + fermeira
Mão En*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS	
DPVAT	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Nomes: <i>Costa Neto</i> Município: 70201	
PA: mmHg	Pulso: 31 JAN 2016
Diagnóstico inicial: GENTE SEGURADORA S.A. Rua Costa de Ribeiro, 96 Loja C Centro, Teresina-PI CEP: 64017-770	EGC: <i>com Original</i> bpm
Temp.: CTD:	
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
<i>Rx Mão (Ar/Ob)</i>	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / / . HORA: : .

Procedimento CID

Euripedes Pereira
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Jesus Torres de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
(Médico de Trabalho)

Assinatura: *Dr. Jesus Torres de Araújo*
CID: 071469

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: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02442

CONTA: 00000024317-6

Nr. da Autenticação CAB9A00DE2304FB4