

**ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ANGELO PEREIRA - HMNAP
FRONTEIRAS - PI
ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÕES**

CLÍNICO - DE INFORMAÇÕES

DIAGNÓSTICO:

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
30.07.13 10:45h	Paciente consciente, deitado, sentado, horizonte para B. Respiração regular com hipofreqüência e desaceleração. Alergias: medicamentos: alergia ao cítrico. Com escancarada, pressão arterial: 120x70 mmHg, PA: 120x90 mmHg, T: 36,3°C.	
30.07.13 20:30	Paciente consciente, orientado, calmo. Apresenta hemorragia na testa e o dia. Operação realizou sutura em pe de MID. Deambula com auxílio. Diversas excreções presentes. SSVU: PA: 110x70 mmHg, T: 37,0°C.	Dr. ADRIANO ALVES DE ALMEIDA COREN-PI 2528 922 392-245
31.07. 17	Paciente em repouso no leito, consciente, orientado, deambula com auxílio, com edema em pe de MID, febre, eupneico, diurese e evacuações presentes. SSVU: PA: 120x90 mmHg, T: 36,9°C. Segue aos cuidados da equipe.	OAB 427-401
31.07. 17	Paciente abrindo os olhos em repouso, eupneico, apresentando comunicação, estímulos de humor regulares. Segue as orientações para deambulação, embora com dificuldade, paciente fala com clareza, não tem dor intensa. PA: 110x70 mmHg, TAD: 36,3°C.	
01.08. 14	Paciente em repouso no leito, orientado, eupneico, afibril, deambulando com auxílio, comunicativo com edema em pe de MID, diurese e evacuações presentes. SSVU: PA: 130x120 mmHg, T: 36,3°C. Segue aos cuidados da equipe médica e de enfermagem.	Dr. ADRIANO ALVES DE ALMEIDA COREN-PI 2528 922 392-245
01.08. 14	Paciente em repouso no leito, calmamente, eupneico, não apresenta deambulando com auxílio. Ausência de edema, e constante.	Dr. ADRIANO ALVES DE ALMEIDA COREN-PI 2528 922 392-245

Eletrobras
Distribuição Piauí

Piso contabilizado
Eletrobras, informe
este NÚMERO:

SEU CÓDIGO
0030715-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PAÍS
Av. Maranhão 789 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.910.748/0001-59 | Ins. Estadual: 19.301.188-6
Até 2017: 01 Conta de Conta Elétrica - 5010-6-1
R\$0,00 (equivalente ao impresso anterior pelo R\$0,00 no vencimento)

Nº da Nota Fiscal: **000186903**

4. Informações de identificação: 1) DT. VENC.: 17/01/2018 2) CONSUMO: 64 3) TOTAL A PAGAR (R\$): 55,02

JANEIRO/2018 17/01/2018 64 55,02

MARIA RODRIGUES DO R LACERDA
CJ BELA VISTA 14 QD 63 CASA 14 BELA VISTA
CPF: 00016058801320
CEP: 64.030-150 - TERESINA

ROT: 5.001.12.03.149000

DATA DE LEITURA ANTERIOR	DATA DE LEITURA ATUAL	VALOR DA LEITURA ANTERIOR	VALOR DA LEITURA ATUAL
Anter.	Atual	13767	13783
Anterior:	Atual:	05/01/2018	07/12/2017
Constante de Multiplicador:	Multiplicador:	1,000	06/02/2018
Consumo Medidor:	Final:	64	10/01/2018
Consumo Intervado:	Ajuste:	64	10/01/2018

Consumo: 64 - 10/01/2018 - 10/01/2018 - 29



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 146618.000004/2018-12

Unidade de Registro: DP DE FRONTEIRAS

Resp. pelo Registro: Cícero Luz Alves

Data/Hora: 03/01/2018 - 09:35

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRONTEIRAS

Data/Hora

30/03/2017 - 08:15

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FRONTEIRAS

Bairro

CENTRO

Endereço

BR-230 CENTRO DE FRONTEIRAS/PI, N°:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA CANDIDA DA CONCEIÇÃO

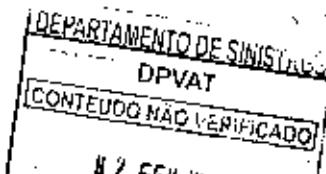
Pai: JOSÉ RIBEIRO LIMA

Endereço: SITIO TAMBORIL, N°

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: FRONTEIRAS

Telefone(s): 89-9939-8692



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125 FAN

Ano: Placa: Chassi:

KGL5541

Renavam: Cor:

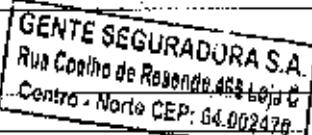
874290481

Vermelha

Condutor: JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

End: SITIO TAMBORIL Número: Complemento:

Cidade: FRONTEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL



RELATO DA OCORRÊNCIA

Que vinha conduzindo uma MOTO HONDA CG/125 FAN COR VERMELHA PLACA KGL-5541 RENAVAM 874290481, pela BR -230 no centro da cidade de Fronteiras/PI, quando uma moto saiu de uma rua transversal e colidiu com a sua moto vindo a cair pista de rolamento; Que foi socorrido pela ambulância local para o Hospital Norberto Ângelo Pereira, em fronteiras/PI, onde deu entrada conforme Ficha de Atendimento, tendo sofrido lesões conforme Laudo Médico assinado pelo Dr. Sebastião Vagner Pereira Alves CRM-PI-1868.

Cícero Luz Alves - Mat. 1082787
AGENTE DE POLÍCIA

JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNACÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HmnAp	126943011
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HmnAp	126943011

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° PRONTUÁRIO			
José Rito Ribeiro Barroso	28.106			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO		
8191810102131741946225	06.05.1956	<input checked="" type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO			
Maria Cândida da C. Lima				
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA	14 - COD. INE	15 - UF	16 - CEP
Av. Tamboril.	Fronteiro	6204303	PR	6416400000

JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO	19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<i>Vale respeito e admiração ao Dr. Lúcio</i>	<i>Adro Chaves</i>	<i>GENTE SEGURADORA RUA Positivo de Rosende, 465 Centro - Nogueira PR - 84000-000</i>	
20 - DIAGNÓSTICO - INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<i>Infarto agudo do miocárdio</i>			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNACAO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DCTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE	
03	02	() CNS () CPF		
30 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARMBO (Nº REG CONSELHO)	33 - N° DO BILHETE	34 - SÉRIE
	30.03.17			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGUROADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - N° DO BILHETE	41 - SÉRIE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNACÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO	
() CNS () CPF		



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT **0800-0771206**
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

E necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 (“Assinatura do Representante Legal”).

Nome Completo da Vítima: Jesi Reis Ribeiro De Lacerda | CPF da Vítima: 096.591.703-78 | Data do Acidente: 30/03/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

153

Telefone (DDD)

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

Assinatar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IMI que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com ~~o Gabinete de Perícias da PMA, no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados da data da solicitação.~~

Com o objetivo de permitir o exame do meu peido 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ferlsina, 23 de Janeiro de 2018

Local e Data

José Ielpo Ribeiro de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Autorização de consumo



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 PARA PREENCHIMENTO:

E necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade** do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

E obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu **Representante Legal** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

096.591.703-78

Jose Neto Ribeiro de Lacerda

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Neto Ribeiro de Lacerda	096.591.703-78	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
QD-63 Lote 14	14	Lote
Bairro	Cidade	CEP
Bela Vista	Terésina	64030-15
Email	Telefone (DDD)	
	(86) 3303-4104	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REUSSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

3987

303.839 19

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

V.R.O

AGÊNCIA

Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina 23 de Januário de 2018

Local e Data

Jose Neto Ribeiro de Lacerda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1987 - PARQUE PIÁII, P1
DATA: 17/01/2018 HORA: 10:50:38
TERMINAL: 1885 NSU: 600506 AUT: 0026

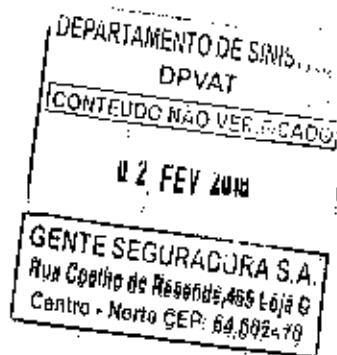
COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1987/013/00.163.839-9
NOME: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA
DEPOSITANTE:
JOSE NETO

VALOR TOTAL:
VALOR DINHEIRO:

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAI (ATEND 0800 726 0101)
Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474
www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente



Cartão aberto com sucesso

Titular: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA
Agência: 1607 - PARQUE PIUPI, P
Operação: 003 - Conta Poupança
Número da conta: 05103839-9

DÉPARTAMENTO DE SISTEMAS
DPVA
(CONTEÚDO NÃO É OFICIAL)

02 FEV 2018

GENTE SEGURA (A.S.A.)
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Nort. CE 64.000

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: José Neto Ribeiro De Lacerda

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Identidade: 419.733

CPF: 096.591.703-78

Profissão: Agricultor

Endereço: QD-63 Casa 34 Bela Vista

CEP: 64030 - 150

Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Sosnei Marques

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4.119.262

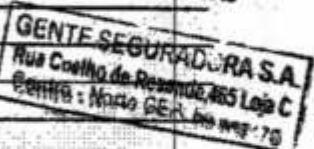
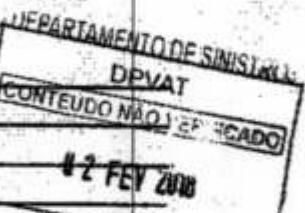
CPF: 840.173.173-91

Profissão: Recuperar-se

Endereço: Rua 24 De Janeiro nº 544

CEP: 64000 - 235

Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565



Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as 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 a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: José Neto Ribeiro De Lacerda

Teresina - PI 15/03/2018

Local e data

6º Ofício

José Neto Ribeiro de Lacerda

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA ADELIA MARTINS ARANHA DE ARENAL
RUA 7 DE SETEMBRO, 300 - CENTRO/CENTRO - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
Fone: (86) 3221-0445 / 3221-0799 E-mail: cartorio6@terra.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE NETO RIBEIRO DE
LACERDA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 15/03/2018. Faz: 3,00 Total: 4,57
Selos AN: 59439 (F290P286)

Cartório do 6º Ofício de Notas
Carla Teresia Vieira Silva
Escrevente Compromissária
Teresina-PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180240671 **Cidade:** Fronteiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA **Data do acidente:** 30/03/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes: EDEMA

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

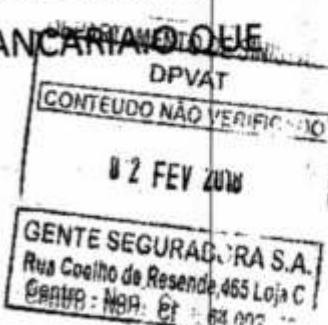
UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Reginaldo Wanis".

DECLARAÇÃO

EU JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA RG,419.733 SSP-PI,DATA DE EXPEDIÇÃO 16/03/2016 CPF:096.591.703-78,COM DOMICILIO NA CIDADE DE TERESINA-PI,ONDE RESIDO NA Q-63 C-14 BAIRRO BELA VISTA II,DECLARO SOB AS PENAS DA LEI QUE NO DIA 30/03/2017 SOFRE ACIDENTE DE TRANSITO,NA BR-230 NO CENTRO DA CIDADE DE FRONTEIRAS QUANDO ESTAVA TRAVEGANDO NA PREFERENCIAL ,QUANDO UMA MOTO SAIU DE UMA RUA TRANSVERSAL E COLIDIU COM A MOTO, ,EU ESTAVA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA DE PLACA KGL5541,COD RENAVAM 874290481 CHASSI 902JC30705R109861 MARCA MODELO HONDA CG 125 FAN ANO/MODELO 2005,DE PROPRIEDADE DE JOANA DARQUE MAGALHAES MARINS,ESTOU DANDO ENTRADA COM O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT.MAS A DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO NÃO SERA POSSIVEL FAZER,POIS O PROPRIETARIO DO VEICULO NÃO CONSEGUE LOCALIZA-LO,ESTOU COM SEQUELA DEFINITIVA,E TENHO O DIREITO DE RECEBER A INDENIZAÇÃO!TODOS OS DOCUMENTOS QUE COMPROVAM O ACONTECIMENTO ESTÃO JUNTO AO PROCESSO.PRONTO
MÉDICO B.O,DOCUMENTOS PESSOAS E CONTA BANCÁRIA
FALO É VERDADE, E DOU FE.



6º OFÍCIO

José Neto Ribeiro de Lacerda

JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA ANGELA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO LEAO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP:64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (86) 321-2640 / 321-4788 - E-mail: carlos@notariado.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE NETO RIBEIRO DE
LACERDA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 15/01/2018. Apel.: 3,60 JUO, 0,25 Salto: 0,25 Total: 4,07
Selos: A42.59438 (F290F286)

ALCINDEIRA ALVES DE OLIVEIRA EXCREVENTE COMPROMISSADA
29422045150101012

Cartório do 6º Ofício de Notas
Carla Teresita Vieira Silva
Excrevente Compromissada
Selos: A42.59438



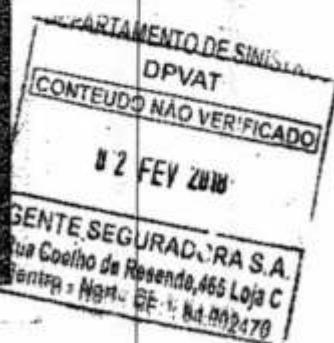


Eduardo Jose, José é o nome de Socorro Brazil Leite
cada de 26 419.733 SSP P, CPF 096591703-78 declaro
para os devidos fins, que sofri acidente
de trânsito na BR 230, no dia 30/03/2017 na
cidade de Fronteiras PI. Eu aparecia numa
moto na Prefeitura, quando uma moto
saiu de uma rua transversal, e colidiu
com a moto que eu andava, de placa
nº 5541 renavam 8742904PI chasis
FAN Aro 2005, em nome de JOANA JACE
SEN MACHADO. Mais, como Arida estou
em seu andar, e fui com sequelas. Poi
uma surra; Poi pegou don vato, e
estou usando muletas desinfecto, e
sem condições de trabalhar. enviei
Joana Jace M. Machado, a preceita de
pegasse uma declaração dela, o mesmo
de que sei avistado e atendido, com os
requisitos que tenho, e todos os documentos
que comprovam o acidente. O referido
é verdade e dou fé.
Teresina piaui 14 de maio 2018.
José Neto R. de Socorro



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	419.733	DATA DE EXPEDIÇÃO	16/03/16
NAME	JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA		
FILIAÇÃO	MARIA CANDIDA DA CONCEIÇÃO JOSE RIBEIRO LIMA		
NATURALIDADE	FRONTEIRAS-PI	DATA DE NASCIMENTO	06/05/1956
DOC. ORIGEM	CERT. CASAM. I16 L-B2 E 105V EXP TERESINA-PI 19/02/1981 N006A-901.703-78		
ASSINATURA DO DIRETOR		MARCOS ANTONIO PIMENTEL DE ALMEIDA Assinatura: J. P. Almeida	
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 88.250/83			





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME		NELLE ROZE SOARES MARQUES	
FILIAÇÃO		CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE	
MATRIZ		DATA DE NASCIMENTO	
CRATEUS-CE		22/05/1971	
DOC. ORIGEM			
CERT. NASC. 529 L A1/F 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78		Pedro Gonçalves de Moraes Pereira Lages	
TERESINA - PI			
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83			

Dra. Fabíola Veras
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

• • • •

ANEXO MÉDICO

Até, para os efeitos forenses, que o Sr.
João Nilo Ribeiro de Araújo, foi vítima
de acidente de moto, sofrendo Fratura de
femur esquerdo, submetendo-se à tratamen-
to médico clínico conservador, incluindo concre-
to, edema e limitação para desempenho,
apresentando perda funcional de 30%.



Câm, 22.05.13

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



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ÂNGELO PEREIRA
Avenida José Aquiles de Sousa, S/Nº
FRONTEIRAS/PI

CLIENTE:

Apolo Aléarto

Até ona qd ultim fiz fez
pre: Neto Reisqz Janda qdeu en-
traça nste hystaf no dia 30/03/2017
en tipo de + 08 h qd nabi Vitima
de acidente auto-velocidade (AVC)
apresentava leses e escoriações pelo
corpo. Em Drasurgico de Boa
esperança. onde fo' atendido e
internado prontamente tendo alta
hospitalar no 02/04/2017.

Data: 30/03/17

DEPARTAMENTO DE	DPVAT
CONTEUDO NÃO	AGO
02 FEV 2018	
GENTE SEGURAD. RA.S.A. Rua Getúlio de Resende, 465 Lote C Centro - Norto GE 7, 64.100	

M. D. Almeida
Capimbo e Assinatura
2017-03-30

I. Estado do Piauí

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí - SESAPI

ASSEPLAN / Centro de Informação de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ÂNGELO PEREIRA

CNPJ: 06.553.721/0001-05

Av. José Aquiles de Sousa, S/Nº - Fronteiras - PI

FOLHA DE ADMISSÃO

Nome do paciente:

José Ribeiro de Resende

Nº do registro:

28.106

Endereço:

2. Tamboril.

Município

Fronteiras.

UF

Nº 05
enferm:

Nº leito:
06

Data de nascimento:

06/03/1956

Sexo:

M

Condição:

() Seguradora () Cônjuge () Filho

Nome do Pai: José Ribeiro Lima

Nome da Mãe: Maria Prudência C. Lima

Nº individual (INSS)

Vinc. C/ Previd.

Data de entrada

30/03/17

Data de saída

02.04.14

Tipo de alta

melhorado

Resumo de Alta



Diagnóstico Definitivo

Patologias

Procedimento Realizado



SISTEMA ÚNICO DA SAÚDE
DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HmnAP

2 - CNES

126194131011

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HmnAP

4 - CNES

126194131011

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Reis Ribeiro Barreto

6 - Nº PRONTUÁRIO
28.106

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8191810101213174194161225

8 - DATA DE NASCIMENTO

06.05.1956

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Cândida da C. Lima

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. Tamboril.
Fronteiras

14 - CÓD. INGB

2204303

15 - UF

PI

16 - CEP

64164610000

13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA

Fronteiras

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dente ruim ouviti motilhão

DEPARTAMENTO DE S
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 FEB 2000

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Auto cura

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cecília de Resende, 466 Loja C
Centro - Núcleo CEP: 64000-000

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Infecção

21 - CID 10 PRINCIPAL

O2

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

O3

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

O2

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DCTO (CNIS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE

Adriano

31 - DATA SOLICITAÇÃO

30.03.17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO - () EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() DESEMPREGADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

2 FEV 2014
SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Andrade, 465 Loja C
Centro - Maria CEP: 64.002-070

**ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ANGELO PEREIRA - HMNAP
FRONTEIRAS - PI
ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÕES**

CLIENTE: José Neto da Lapa da ENF: 05 LEITO: 06

DIAGNÓSTICO:

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
10.03.17	Paciente agitado, houve saida de sangue por bala no tórax. Foi tra um lajeado e descolado, abriga hachicaria tóxica. Foi feito enxerto de pe de fêmea. Colocaram-se 4 pinos no corpo após anelar hachicaria tóxica. Foi colocado em repouso no leito devido ao risco de morte. Foi feita a cura da ferida da equipe. SSV: PA: 120 x 90 mmHg, T = 36°C.	
30.03.17	Paciente consciente orientado, calmo. Apresentou hemorragia nasal. Dr. Edson realizou sutura em pe de MID. Deambulou com auxílio. Diurese e evacuações presentes. SSV: PA: 110x70 mmHg, T: 37°C.	Dr. Edson Almeida COREN-PI 329.922
31.03	Paciente em repouso no leito, consciente orientado, deambulando com auxílio com edema em pe de MID. Afebril, eupneico, clínico e evacuações presentes. SSV: PA: 120x90 mmHg, T = 36,0°C. Segue sob os cuidados da equipe.	Almeida 392.826
01.04	Apresenta ás 06 horas no leito em repouso, afebril, eupneico, com auxílio comunicativo, áudio e fala regular. Segue estabilizado, apresenta relatos embora dolorida, paciente queixa de dor no pe direito, dor extrema, ferida aberta, PA: 110x80 mmHg, TAE: 36.	Oliveira 022.403
01.04	Paciente em repouso no leito, orientado, eupneico, afebril, deambulando, com auxílio, comunicativo com rede, em pe de MID, diurase e evacuações presentes. SSV: PA: 130x80 mmHg, T: 36,3°C. Segue aos cuidados da equipe médica e de enfermagem.	Dr. Hercílio S. Gomes COREN-PI 386.062
01.04	Paciente em repouso no leito, calmo, orientado, eupneico, não apresenta dor, deambulando com auxílio, auxiliado de extrema, e sente em pe	Dr. Hercílio S. Gomes COREN-PI 386.062

**ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ANGELO PEREIRA - HMNAP
FRONTEIRAS - PI
ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÕES**

CLIENTE: _____ ENF: 5 LEITO: 6

DIAGNÓSTICO:

ENF: 5 LEITO: 6

DIAGNÓSTICO:

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF**².

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/CNPJ 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose neto Ribeiro de Lacerda, inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.591.703/78, do sinistro de DPVAT cobertura + PA da Ultima Jose neto Ribeiro de Lacerda, inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.591.703/78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios: DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

12 FEV 2018

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, que consta 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		Número	Complemento
Rua 24 De Janeiro		544	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Teresina	P- PI	64000-235
Email		Telefone comercial (DDD) (86) 3303-4104	Telefone celular (DDD) (86) 9534-6565

Teresina, 25 de Janeiro de 2018

Local e Data

Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
esse número:

0051369-7

COMPAGNA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/03 - Teresina - PI
CNPJ 06.843.749/0001-09 / insc. Estadual 19.361.363-0
Agência / Centro de Energia / Zona: Zona N-1
Região Operacional: Teresina-Açu-Açu

Nº de Nota Fiscal: **000978301**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEB não é aplicada
neste Lote nº 10.438 de 26 de abril de 2009.

CODIGO DA CONTA	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2018	30/01/2018	271	247,25

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE

CPF: 00084017317391

CEP: 64.000-735 - TERESINA

ROT: 16.001.29.62.127888

DATAS DA LEITURA

DATOS DA LEITURA	VALOR	DATA	ANALYST
Consumo	17986	22/01/2018	
Anterior	16815	22/12/2017	
Consumo Mês Atual	1.000	22/02/2018	
Consumo Médio	271	22/01/2018	
Consumo Residual	271	22/01/2018	
	FCAM		Apresentação: 22/01/2018

NORMAL

CLASSE/USO DA CONTA		VALORES DA UNICA DE CONSUMO/RESIDUAL		
Classe/Subclasse	Ligação	Máximo Medidor	Ponta	Código Fis.
COMERCIAL	MONO	A1418740	3.5.3.1	327
			DESCRICAÇÃO DA CONTA	
			CONSUMO 271 A R\$ 0,887343 = 218,78	
DEZ/17	314	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 18,30		
NOV/17	416	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 0,50		
OUT/17	385	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,08		
SET/17	435	JUROS DE MORA DE IMPO 11/17-00 2,59		
AGO/17	353	ADICIONAL BANDEIRA VERNELHA - 2,34		
JUL/17	215			
JUN/17	431			
MAI/17	298			
ABR/17	213			
MAR/17	224			
			TARIFA SEM TRIBUTOS: 1 A 271 - 0,887343	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES / REAIS DO VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ Início da cobrança suspenso do fornecimento de energia elétrica e participação no custo de manutenção e reparo da rede de distribuição de energia elétrica e de consumo de energia elétrica. Caso haja avaria ou perigo, pode ser necessário cortar o fornecimento.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 20 15 20 25

REFLETIDO AD FISCO 4161.4796.B30A.C428.E934.FF73.23BF.90AD

VALOR COMBINADO DA CONTA	IMPOSTOS/FATOS FIS. R\$
43,53	Baixa de Câmbio 218,78
82,79	Aluguel/CMS 25,00%
13,02	Aluguel CGD 54,69
13,19	Imposto PIS 2,05
66,25	Imposto COFINS 9,51

INDICAÇÕES DE CORRETIVOS

4,63	9,67	19,34	3,11	6,22	12,45	2,69
0,00						0,00

11/2017 121,33

TERESINA-MACAUÍBA

ROT: 16.001.29.62.127888

Eletrobras
DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

COMPAGNA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/03 - Teresina - PI
CNPJ 06.843.749/0001-09 / insc. Estadual 19.361.363-0
Agência: Teresina - Centro - Zona: Zona N-1

SÉRIE DO FISCO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051369-7	247,25
MÊS FATORADO	VENCIMENTO
01/2018	30/01/2018

11/2017 000978301 FCAM

83630000002 0 47250017000 7 00000000051 3 86970118008 3



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 FEVEREIRO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rue Coelho de Resende, 466 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-070

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

E necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

José Inácio Ribeiro de Lacerda

CPF da Vítima

096.591.703-78

Data do Acidente

30/03/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(186) 3303-4104

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

Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com GENTE SEGURADOURA S.A. para fins de prova do Seguro DPVAT.

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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e Data

Jerônimo, 23 de Janeiro de 2018



SISTEMA
ÚNICO
DA SAÚDE
DE SAÚDE

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNACÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hmnap

2 - CNES

26943011

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hmnap

4 - CNES

26943011

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Nilo Ribeiro Soárez

6 - N° PRONTUÁRIO

28.106

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8980102131749461225

8 - DATA DE NASCIMENTO

16.05.1956

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Cândida da C. Lira

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

27. Tamboril.

13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA

Fronteiras

14 - CÓD. IRGEE

2204303

15 - UP

PIII 1641616101010101

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

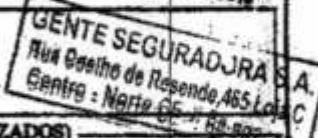
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Falte oxigênio cardíaco motilidade



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO

Cardio clw



19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença clw

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

03

27 - CARÁTER DA INTERNACAO

02

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N° DCI (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA SOLICITAÇÃO

30.03.17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGUROADORA

37 - N° DO BILHETE - 38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - N° DO BILHETE - 41 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ANGELO PEREIRA - HMNAP
FRONTEIRAS - PI
ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÕES

CLIENTE: José Antônio R. de Lacerda ENF: 05 LEITO: 06

DIAGNÓSTICO:

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
30.03.17	<p>Paciente consciente, apesar de haver sedação, haja- ta por R. Eletroshoc. Relata dor hipofá- ngea e dor no tórax, alguma hipertermia. Frio, consciente, orientado, fala com dificuldade, p- reço de sono e sedação. Aparece com p- sos rígidos e dor no pé de M1D. Dolorosa a pele abdominal. Diarreia e evacuações frequentes. Sopro ruborizado dorsal da equipe. SSV: PA: 120 x 90 mmHg, T: 36,3°C.</p>	Dra. Mariana Almeida COREN-PI 358.212
30.03.17	<p>Paciente consciente, orientado, calmo. Apresentou hemorragia 20:30 na ferida e a Dra. Edilene realizou sutura em pe de MID. Recuperou-se com auxílio. Visse a este paciente SSV: PA: 110x75mmHg, T: 37°C</p>	DR. MARIANA ALMEIDA COREN-PI 358.212
31.03	<p>Paciente em repouso no leito, consciente orientado, deambulando com auxílio, com edema em pé de MID, febre, eupneico, diurese e evacuações presentes. SSV: pa- rencia PA 120 x 90 mmHg, T: 36,9°C. Deve- r-se aos cuidados da equipe.</p>	OAB 327.402
03/17	<p>paciente em sedação no leito em repouso calmo, com pouca agitação, comunicativo, ritmo de frequência regular. Segue aconselhamento para aletanias, evitando fumar, paciente queixa de dor no pé com edema, febre baixa PA=110x80mmHg, TAD=36</p>	
11/04	<p>Paciente em repouso no leito, orienta- do, eupneico, febre, deambulando, com auxílio, comunicativo, com edema em pé de MID, diurese e evacuações presentes. SSV: PA: 130x80 T: 36,3°C. Deve aos cuidados da equipe médica e de enfermagem.</p>	Dra. Mariana Almeida COREN-PI 358.212
14	<p>Paciente em repouso no leito, calmo, orientado, eupneico, não presen- te, deambulando com auxílio, queixa-se de fome, e come em re- pouso.</p>	Dra. Mariana Almeida COREN-PI 358.212



Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon, 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.274/0001-60 | Inscrição Estadual: 15.301.583-5
Sexta-Fixa/ Celular: 85- Energia Elétrica - Série B-1
Mensagem enviada de smartphone controlado pela SAEPI/PI

Para combate crônico
de infecções, endemias
e outras doenças

SEURCO B/GC
0030745-7

卷之三

Nº da Nota Fiscal 00018660

A Tenda Sistêmica da Energia Elétrica - TSE-E foi criada pelo Decreto 50.408 de 25 de maio de 2002.

CONTA MÊS	VERGEMINTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARTA RODRIGUES DO R. LACERDA BELA VISTA 14.00.4230		16	5,40

MARIA RODRIGUES DO R. LACERDA
CJ BELA VISTA 14 00 63 CASA 14 BELA VISTA
CPF: 0001605881320
CEP: 64.030-150

CEP: 64.080-150 - TERESINA		ROT: 5.001.12.03.149000
DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA
Assar:	13767	Assar:
Anterior:	13703	Anterior:
Constante do Multiplicador:	1.000	Multiplicador:
Consumo Médico:	64	06/02/2018
Consumo Faturado:	64	18/01/2018
	FCAM	Ajuste/Retorno:
		18/01/2018

CLASSIFICACAO		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
	Língua	Número Medidor	Peso	Código Pif.	Média T2 mensal	
HISTÓRICO DE CONSUMO						
Mês/ano consumo						
DEZ/17	53	CONSUMO	64 A R\$ 0,774885 =		49,59	
NOV/17	105	CONTR. ILUMINACAO PUBL. (COSIP)			4,44	
OUT/17	430	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-06			0,02	
SET/17	328	MULTA POR ATRASO 12/17-08			0,86	
AGO/17	128	JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-08			0,11	
JUL/17	113	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -		1,58		
JUN/17	128					
MAI/17	100					
ABR/17	86					
MAR/17	117					
TOTAL DE IMPROS:						
P.F. 64 - 0,570517						

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE CONCEITOS

RESERVADO AO FISCO		SFCA.05DB.D365.383A.14F8.6948.9B54.8F7A	
COMPONENTES DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/REFUROS - R\$	
Distribuição:	10,59	Baixa de Cálculo:	49,59
Energia:	20,12	Alíquota ICMS:	20,00%
Transportes:	3,16	Valor do ICMS:	9,91
Encargos:	3,29	Valor da PIS:	0,46
Itinerários:	12,52	Valor do COFINS:	2,15

ROT: 5.001.12.03.149992



Eletrobras
Distribuição, R

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Manoel da Cunha Soá - Centro Sul - Teresina - PI
CNPJ: 01.140.768/0001-90 | Fone: (86) 3222-1000

... seu código

第10章

~~MISS FATHERAD~~

第十一章

COMPARTELA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Manaus 733 - Centro

Nº da Nota Fiscal: 000186993 ECAN

Nº da Nota Fiscal: 0001866003 ECA

836200000000 5 55020017000 3 00000000000 2 31520440000

15/01/2008

SEQ.: 00125 UC: 0030715-7 DT.LEIT.: 05/01/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 13767 NORMAL TOTAL: 55,02 CARGA: EBB
DT.VENC.: 17/01/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 215



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

505 V-1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 146618.000004/2018-12

Unidade de Registro: DP DE FRONTEIRAS

Resp. pelo Registro: Cicero Luz Alves

Data/Hora: 03/01/2018 - 09:35

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRONTEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FRONTEIRAS

Endereço

BR-230 CENTRO DE FRONTEIRAS/PI, N°:

Complemento

419769

Data/Hora

30/03/2017 - 08:15

445582

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Mãe: MARIA CANDIDA DA CONCEIÇÃO

Pai: JOSÉ RIBEIRO LIMA

Endereço: SITIO TAMBORIL, N°

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: FRONTEIRAS

Telefone(s): 89-9939-8692

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 FEB 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125 FAN

Ano: Pisca: Chassi:

KGL5541

Renavam:

874290481

Cor:

Vermelha

Condutor: JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

End: SITIO TAMBORIL Número: Complemento:

Cidade: FRONTEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

GENTE SEGURADURA S.A.
Rua Coelho da Resende 445 Lote 01
Centro - Centro - PI - 64200-000

RELATO DA OCORRÊNCIA

Que vinha conduzindo uma MOTO HONDA CG/125 FAN COR VERMELHA PLACA KGL-5541 RENAVAM 874290481, pela BR -230 no centro da cidade de Fronteiras/PI, quando uma moto saiu de uma rua transversal e colidiu com a sua moto vindo a cair pista de rolamento; Que foi socorrido pela ambulância local para o Hospital Norberto Ângelo Pereira, em fronteiras/PI, onde deu entrada conforme Ficha de Atendimento, tendo sofrido lesões conforme Laudo Médico assinado pelo Dr. Sebastião Wagner Pereira Alves CRM-PI-1868.

Cicero Luz Alves - Mat. 1082787
AGENTE DE POLÍCIA

JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA - Noticiante
Responsável pela Informação

Dalegado de Polícia



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** - deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o campo 2 "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado por menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

096.591.703-78

Nome completo da vítima

José Neto Ribeiro de Lacerda

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Neto Ribeiro de Lacerda	096.591.703-78	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
QD-63 Casa 14	14	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Bela Vista	Teresina	PI
Email	CEP	Telefone (DDD)
	64030-15	18613303-4104

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

5987

D/V

CONTA

N.R.

D/V

503.839 9

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

N.R.

AGÊNCIA

N.R.

D/V

CONTA

N.R.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina 23 de Janeiro de 2018

Local e Data

José Neto Ribeiro de Lacerda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1987 - PARQUE PIAUÍ, PI

DATA: 17/01/2018 HORA: 10:50:38

TERMINAL: 1005 NSU: 000506 AUT: 0026

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1987/013/00.103.839-9

NOME: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA,

DEPOSITANTE:

JOSE NETO

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1a Via - Via Cliente

DEPARTAMENTO DE SINIS,
OPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

■ 2 FEV 2018

GENTE SEGURADOURA S.A.
Rua Coelho de Andrade, 466 Loja G
Centro - Norto CEP: 64.002-470

LÓTUS é marca comprovada
Titular: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA
Agência: 1967 - PARQUE PIAUÍ, PI
Operação: 013 - Conta Poupança
Número da conta: 09103636-6



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA**

Nº Sinistro **3180240671**
Vitima: **JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA**
Data do Acidente: **30/03/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180240671**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **30/03/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA**

Nº Sinistro: **3180240671**
Vitima: **JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA**
Data do Acidente: **30/03/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180240671**.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)



OUTORGANTE:

Nome: José Neto Ribeiro De Lacerda
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 419.733
CPF: 096.591.703-78
Profissão: Agricultor
Endereço: QD. 63 Casa 34 Bela Vista
CEP: 64030 - 150
Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recursivista
Endereço: Rua 24 De Janeiro nº 544
CEP: 64000 - 235
Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565



Pelo presente Instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: José Neto Ribeiro De Lacerda.

Teresina - PI 15/01/2018

Local e data



José Neto Ribeiro De Lacerda

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeira)

TERESINA CAHÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: MARIA ALEXIA MARTINS VIANO DE ALÉM LEÃO
DATA DE SETORIAÇÃO: 080 - CENTRO NORTE CEP:64030-210 TERESINA-PI
FONE: (86) 3221-3111-3221-3166 - E-mail: can6@can6.teresina.pi.gov.br

RECONHECI PELA AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE NETO RIBEIRO DE
LACERDA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 15/01/2018. Enc. 13,60 Total: 0,25 Total: 14,57
Salário: 12.500,00 (12.500,00)

RECORRE A VENDE DE TEREINA E BREVENTE CONFIRMADA

29/12/2018 15/01/2018

Caráter do Ofício de Notas
Carla Teresia Vieira Silva
Escrivente Compromisso
Teresina-PI





Em 2018, José éeto 21 Seira de Socorro 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 155 Loja C
Centro - Nono CEP: 64.002-470
CNPJ 41.9733 SSP PI CPF 096591703-78 declaro
para os devidos fins, que sofri acidente
de trânsito na BR 230, no dia 30/03/2017 na
cidade de Floraí PI. Eu dirigia uma
moto na preferencial quando uma moto
já em sua hora transversal, e colidiu
com a moto que eu andava, de placa
nº 5541 renavam 874290481 chassi
nº 302JC307052109861 marca Honda CG 125
ano 2005, em nome de Joana Jace
Magalhães M. M. Minas, com o direito
de andar, e estou com sequelas. Poi
uma surra, Poi pegou dor nas costas, e
estou usando molletes desinflado, e
sem condições de trabalhar. em seu
caso joana Jace M. M. Minas, para que
não conseguisse encontrarla. não certeza
de que sei acidentado e atendido, com os
requisitos que tenho, e todos os documentos
que comprovam o acidente. O referido
é verdade e dou fé.

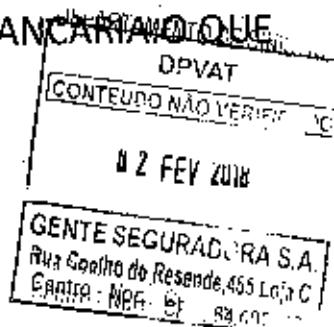
Teresina piaui 14 de maio de 2018.

José éeto 2 de Socorro



DECLARAÇÃO

EU JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA RG,419.733 SSP-PI,DATA DE EXPEDIÇÃO 16/03/2016 CPF:096.591.703-78,COM DOMICILIO NA CIDADE DE TERESINA-PI,ONDE RESIDO NA Q-63 C-14 BAIRRO BELA VISTA II,DECLARO SOB AS PENAS DA LEI QUE NO DIA 30/03/2017 SOFRE ACIDENTE DE TRANSITO,NA BR-230 NO CENTRO DA CIDADE DE FRONTEIRAS QUANDO ESTAVA TRAVEGANDO NA PREFERENCIAL ,QUANDO UMA MOTO SAIU DE UMA RUA TRANSFERSA E COLIDIU COM A MOTO ,EU ESTAVA PILOTANDO UMA MOTOCICLETA DE PLACA KGL5541,COD RENAVAM 874290481 CHASSI 902JC30705R109861 MARCA MODELO HONDA CG 125 FAN ANO/MODELO 2005,DE PROPRIEDADE DE JOANA DARQUE MAGALHAES MARINS,ESTOU DANDO ENTRADA COM O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT.MAS A DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO NÃO SERA POSSIVEL FAZER,POIS O PROPRIETÁRIO DO VEICULO NÃO CONSEGUI LOCALIZA-LO,ESTOU COM SEQUELA DEFINITIVA,E TENHO O DIREITO DE RECEBER A INDENIZAÇÃO TODOS OS DOCUMENTOS QUE COMPROVAM O ACONTECIMENTO ESTÃO JUNTO AO PROCESSO.PRONTOARIO MÉDICO B.O,DOCUMENTOS PESSOAS E CONTA BANCÁRIA DO QUE FALO É VERDADE, E DOU FE.



JOSÉ NETO RIBEIRO DE LACERDA

TERESINA CAPTÓRIO EM OFÍCIO DE NOTAS
MUDAR - MARIA ARAÚJO MARTINS ARANHAGUA DE LIMA
RUA 7 DE SETEMBRO 330 - CENTRO, CÓRTE - CEP 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: 085 3231 5800 / 3231 6788 / 9811 6788 / 9811 6789 / 9811 6789 / 9811 6789 / 9811 6789

RECIBIDO POR AUTENTIFICAR A FIRMA DE: JOSE NETO RIBEIRO DE LACERDA, DO F. PE. EN. TES. BA VERDADE TERESINA-PI, 13/01/2018. ANEL: 6,60 L140,72 Salão: 0,25 Total: R\$ 4,37 Saldo: R\$ 4,37 (F200P2B)

ATESTADA ALTES DE OLIMPIA MARIA D'OLIVEIRA
27/12/2005/30/2018





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO ENCRYPTADO
02 FEV 2018

GENTE SEGURADOURA S.A.
Rua Coelho do Resende, 465 Loja C
Centro - São Paulo - SP - CEP: 04.002-047

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES		
FILIAÇÃO	CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
CRATEUS-CE	22/05/1971		
DOC. ORIGEM			
CERT. NASC. 529 L A1/F 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78 TERESINA - PI	Pedro Góes - 100% MATERIAIS Fábrica - Comércio - Exportação		
840.173.173-91	ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			



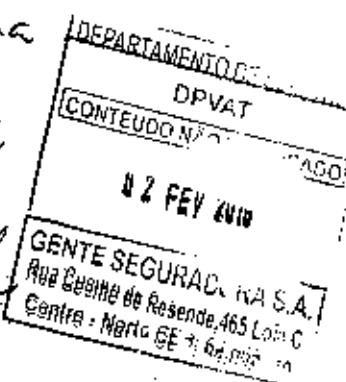
Sistema Único de Saúde

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ÂNGELO PEREIRA
Avenida José Aquiles de Sousa, S/Nº
FRONTEIRAS/PI

CLIENTE: Aquiles M. M.

Até ona qd dutor fiz pra
jox: Neto Robson Landa qd a en-
trada nesse hospital no dia 30/03/2017
em torno de + 08 h da manhã Adriana
qd ausente antecipado (800)
apresentando lesões e escoriações pelo
corpo. Com Desfazimento do Boletim
Mortuário - onde foi atestado e
internado provisoriamente tendo alta
hospitalar no 02/04/2017.

Data: 20/04/17





SISTEMA
ÚNICO
DA SAÚDE
DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNACÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HMNAP	186943011
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HMNAP	2169413011

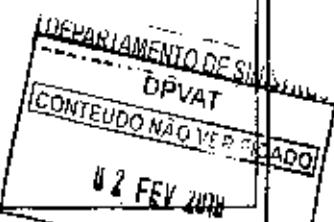
Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - PRONTUÁRIO			
José Nival Ribeiro Bocardi	58.106			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO		
89300123714946225	06.05.1956	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO			
Maria Linda da C. Libra				
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	13 - MUNICÍPIO E RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE	15 - UF	16 - CEP
Av. Tamandaré	Streitlros	2204303	RJ	64690000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

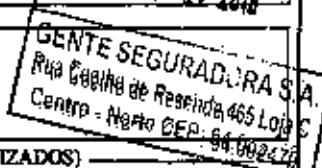
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dete rinite e constipação



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Auto cura



19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO-OFICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Infecção urinária			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DC10 (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
03	02	() CNS () CPF	

30 - NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG CONSELHO)
	30.03.17	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO
			() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADO	
() CNS () CPF		

**ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ANGELO PEREIRA - HMNAP
FRONTEIRAS - PI
ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÕES**

CENTRO DE INFORMAÇÕES
NOME CEP: 84.002-470

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
30.03.17	Paciente admitido, houve reabilitação hospitalar por 2 semanas. Havia um histórico de diabetes, obesidade, alto grau de hipertensão arterial, e níveis de glicose elevados. Com incisões profunda no corpo que permitiu histerectomia, houve sangramento e febre devido à infecção. Foi feita a remoção das placas de sangue e houve aferição de 37°C. PA: 120 x 90 mmHg. T = 36,5°C.	
31.03.18	Paciente consciente e orientado, calmo. Apresentava hemorragia na ferida e o Dr. Roberto realizou sutura com pe de MID. Deambulando com auxílio de muletas. Diurese e evacuações presentes. SSVU: PA: 110x70 mmHg. T = 36,5°C.	Dr. Roberto de Almeida COREN-PI 356.802
31.03	Paciente em repouso no leito, consciente e orientado, deambulando com auxílio com edema em pé de MID, afebril, eupneico, clínica e evacuações presentes. SSVU: aferido PA 120 x 90 mmHg. T = 36,5°C. Segue aos cuidados da enfermagem.	Alma 398.243
01.04	Paciente em repouso no leito em repouso. Edema, eupneico, afebril, comumente atende a hincos regulares. Tumor óbvio, escamado, grande e doloroso ao toque, com temperatura de 36,5°C. PA: 130x80 mmHg. T = 36,5°C. Segue aos cuidados da enfermagem.	Dr. Roberto de Almeida COREN-PI 356.802
01.04	Paciente em repouso no leito orientado, eupneico, afebril, deambulando, com auxílio, comunicativo com edema em pé de MID, diurese e evacuações presentes. SSVU: PA: 130x80 mmHg. T = 36,5°C. Segue aos cuidados da enfermagem.	Dr. Roberto de Almeida COREN-PI 356.802
01.04	Paciente em repouso no leito, calmo, orientado, eupneico, sono profundo. Deambulando com auxílio auxiliar-se de extremitades e sente em nenhuma dor.	Dr. Roberto de Almeida COREN-PI 356.802

**ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ANGELO PEREIRA - HMNAP
FRONTEIRAS - PI
ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÕES**

CLIENTE:

ENF: 5 LEITO: 6

DIAGNÓSTICO:



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose neto Ribeiro de Lacerda inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.591.703 / 78 do sinistro de DPVAT cobertura 1 PA da Vítima Jose neto Ribeiro de Lacerda inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.591.703 / 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios: DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

12 FEV 2018

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT INTERSEGURADORA S.A., 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	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>		<u>Teresina</u>	<u>544</u>	
Email			Estado	CEP	
			<u>Pi</u>	<u>64000-235</u>	
			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
			<u>(86) 3303-4104</u>	<u>(86) 9534-6565</u>	

Local e Data

Teresina, 25 de Janeiro de 2018

Assinatura do Declarante