

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME  
O HOSPITAL SO EXEDIRA COPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
A SUA UTILIZAÇÃO.

PU CORRETORA  
DE SEGUROS  
1 3 JUN 2018  
DPVAT

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 230594

NOME DO PACIENTE: Antônio de Moura dos Reis

HOSPITAL  
DE URGENCIA  
DE TERESINA



2 substitutas  
OK

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS

Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO

End. Resid.: CASA 02 CASA 05 - LEONEL BRIZOLA - SANTA MARIA, CORIPI - TERESINA PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 19/12/1987

Idade: 29a:11m:24d

Sexo: Masculino

Fone: 86 - 9563-4423

Responsável: LAYANA

Profissão: APUENTE DE PROEJINO

C. Instrução: (Fundamental) Incompleto

End. Local: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 641303

Data: 13/12/2017 15:29:12

Condição: AMPLIADA 12/2017

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOR)

Acid. Trab.: Não Acid. Tratamento: Não Acid. Trabalho: Não

CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:

Evento Principal:

Quedas

Dor intensa

Destino: ORTOPEDIA

Classificação: Laranja

Breve História:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA EM USO DE CAPACETE, EVOLUI COM DOR EM AÇÃO

Profissional Class. Risco:

MARILNE SLOEIRA SILVA

CRM: 383564

EM: 13/12/2017 15:35:09

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: )

Pequena ferida e hemorragia

Dor/capicada

Exame físico

DPVAT

13 JUN 2018

DE SEGUROS

Diagnóstico Inicial:

PA X mmHg

Pulso:

PC:

Temp:

CID:

CONJUNTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX = fratura de fêmur, luxação

Dr. Carlos Pereira

Dr. Pereira + Dr. Pereira

Exame físico e exame de imagem

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se internado, indicar o encaminhamento e CID

DATA: / /

HORA:

Procedimento:

CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Carolina da Silva

Assinatura Médico

Dr. João Vaz de O. Neto

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM 13.054

WVA



## LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (Prontuário: 230594)								
Endereço:	QUADRA 01 CASA 05 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP. 64000-010								
Nascimento:	19/12/1987	Idade:	30a1m18d	Sexo:	Masculino				
Requisição:	801320	Solicitação:	25/12/2017	Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR					
Controle:	993196	Convênio:	S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P-1					
				LIN ERMARIA 237					
				LFI10 255					
Atendimento: 204650									
Origem: INTERNAÇÃO									
Data Exame: 25/12/2017									

### RELATÓRIO:

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

- Fratura recente alinhada no plato tibial fixado com dois parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(JRAUOI SILVA)

TERESINA - PI 06/02/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**  
 CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
 Profissional Responsável





NOME DO PACIENTE		PRONÚNCIA	IDADE	CLÍNICA	ENF. QUADRO	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS		230594	30	Ortopédica	237	255	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI: 19/12/2017	FRAT. TIBIA E						
22/12/17							
1	Dieta oral livre						
2	Gelco salinizado						
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs			24/01/17			
4	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 17 /12hs			24/01/17			
5	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs			22/12/17			
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N					18 Paracetamol com 600	
7	Cuidados gerais e sinais vitais					deu-se 110/70 e 36,5	
<p>Dr. Paulo Roberto L. P. Filho Ortopedista - CRM 3331</p> <p>Dr. Ricardo M. M. Silva Ortopedista - CRM 3331</p> <p>Dr. Paulo L. P. Filho Ortopedista - CRM 3331</p>							



[illegible]

PRESCRICAÇÃO MEDICA

ALTA SRPA

ANESTESIOLOGISTA

SECRET 14-00000

पुस्तक संख्या: १२३४५

RAIO-X REALIZADO DATA 15/12/2017 Técnico:

Assinatura do Prodo  
Entregue  
CORREN: 312332

RECEBUE  
CORREIA 31.232  
Folha 1 de 1  
Folha 1 de 1

19. Jan. Buche etc. anstehend erhalten

16. 5th. Admin. no. 524, on 102-yr. old, with a lot of water, covered, found, 1000

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:**

ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש
ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש	ש

SONDA / MASO / NASOE

( COLOSTOMIA

4

{ DRENO TORACICO

ORDEN DE SUCCESAO

ISONDA VESICAL

ESCALA DE DOR ADMISSÃO  
ESCALA DE DOR ALTA

The figure shows six schematic diagrams of a cell at different stages of its cycle, labeled UL, M, C, A, E, and G from left to right. Each diagram is enclosed in an oval representing the cell boundary. Inside, a nucleus is depicted with internal structures. In the UL stage, the nucleus is at the top. In the M stage, it is at the bottom. In the C stage, it is in the center. In the A stage, it is at the top. In the E stage, it is at the bottom. In the G stage, it is in the center. The diagrams illustrate the changes in the nucleus and the formation of the cell wall during each stage.

SATURACÃO  
O<sub>2</sub>

É capaz de manter saturação de  $O_2$  maior de 92% respirando em ar ambiente  
Necessita de  $O_2$  para manter saturação maior que 90%  
Apresenta saturação de  $O_2$  menor que 80%, mesmo com aumento de  $O_2$

## CONSCIENCIA

Desperta, se solicitado

CIRCULAR

PA em 20-49% do nível anestesico

**RESPIRAÇÃO**

Apresenta dispendio ou limitação da respiração

ATIVIDADE  
MUSCULAR

ՏՈՐԱԳԱՅԻՆ ՏՈՐԻ ԷՆԹԱԿԱՆՈՂՈՒ

INDICE DE ALBERTÉE KROULIK

ADMISSÃO

**SALDA**

NAME/MATRÍCULA

FREQUENCY RESPONSE (Hz)

---

---

---

1000

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

ADMISSÃO

**MOARAD**

**CIRURGIA**

CIRURGIA REALIZADA

HORÁRIO DE ADMISSÃO	16	h5	min	TIPO DE ANESTESIA	GERAL (TRAQUE)	BLOQUEIO	PERIDURAL	(SEDAÇÃO
---------------------	----	----	-----	-------------------	----------------	----------	-----------	----------

Nome	Antônio de Almeida dos Reis	IDADE	anos	DATA	25.11.2017
------	-----------------------------	-------	------	------	------------

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	
Nº LAUDO: 38192	AIH: 2217102505607

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES	5828836
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES	5828836

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	998003927065244	NOME DO PACIENTE	ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS
DOCUMENTO CPF	8695634423	TELEFONE	IRENE MARIA DE ARAUJO
CEP	ENDERGO - LOGRADOURO		
Bairro	COMPLEMENTO		
LEONEL RIBUOLA	MUNICIPIO		
TR	TRAFINIA		
UF	PI		
LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS  
FRATURA PLAXATIA TIBIAL ESQUERDA, DOR E DEFORMIDADE

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAXO X

## INFORMACOES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL	S82 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

COND/DESCRÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
04825055 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLAXATIA TIBIAL

LEITO/CLINICA	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CARATER	URGÊNCIA
DATA AMISSAO	26/12/2017 10:00
DATA ALTA	26/12/2017 10:00
MOTIVO ALTA	ALTA MELHORADO
DATA SOLICITAÇÃO	26/12/2017
PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO) DO CONSELHO	JAMILESON MOREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR CPF: 83544704513 CRM:

## CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CPF SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAS EMPRESA CBOB NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO	PROF. JOS SANTOS MACEDO CRM: 0258290315 DATA ANALISE: 21/12/2017 10:00:51 CPF:
NOME DO PROFISSIONAL / FISCER CONTROLE AVALIAÇÃO	CRM: DATA AVALIAÇÃO:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentado(a)

Anestésico(a)

Data da Operação

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutura, Drenagem, Fechamento)

1) Realizada em sala de cirurgia, com a paciente em posição decúbito dorsal, com a cabeça elevada e o pescoço estendido. Foi realizada a incisão de acesso à região de interesse.

2) Após a incisão, foi realizada a dissecção cuidadosa da região, expondo o tecido de interesse.

3) Foi realizada a sutura da ferida com fio 3/0 em Casse.

4) O paciente foi encaminhado para o bloco de observação e monitorado durante o procedimento.

Dr. Jamerson M. de L. Junior  
CRM-PI 3878 / CRM-MA 7084 / RCD 1104  
Otorrinolaringologista



FMS  
Fundação Municipal de Saúde

## PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALÉRCIAS	MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 13/12/2018 HORA: 14:00						
1 DIETA LIVRE						
2 SG5% 500ML + SF0,9% 500ML EV EM 12h		De 9h a 12h				
3 DAPIRONA 2ML + AD EV 6/6h		De 9h a 12h				
4 TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12h		De 9h a 12h				
5 TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12h SOS		De 9h a 12h				
6 CCGG						
Dr. Caio Vaz de O. Neto ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PR 3.054						
RAIO-X REALIZADO DATA 13/12/2018 Técnico: [assinatura]						

MÉDICO/CRM:

DPVAT

13 JUN 2018

COORDENADORA  
DE SEGUROS



Fundação Municipal de Saúde

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Exame



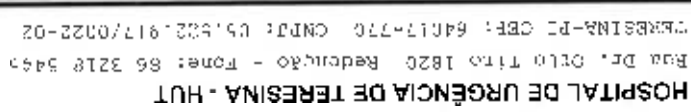
NOME DO PACIENTE	Antonio da Silva			PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	EXT. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
						ORTO		
DATA:	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
	HORA:							
Visto Nutricional Edilaine Nogueira Carneiro								
1 - Dieta geral								
2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h								
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h								
4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h								
5 - Rantidina 50mg + ADEV 8/8h								
6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h								
7 - CCGG + SSVV								
11:10 Paciente admitido								
na clínica ortopédica								
vindo post. 03, com fôlego								
debitivo, Suor: abundante								
dientado, Prisão, eup.								
neiro normoventil, em								
queixas óticas, neg. pto								
logia e oleite e bolha								
admitido								
Enfermeira								
COREN-PI: 458.055								
11:10 Paciente admitido								
na clínica ortopédica								
vindo post. 03, com fôlego								
debitivo, Suor: abundante								
dientado, Prisão, eup.								
neiro normoventil, em								
queixas óticas, neg. pto								
logia e oleite e bolha								
admitido								
Enfermeira								
COREN-PI: 458.055								

MÉDICO/CRM:

24.00 admitido na ortopedia. Pt.  
112/68 mmHg, P-75 bpm, SaO<sub>2</sub> 97%  
V8974

DPVAT  
13 JUN 2018  
CORRETORA DE SEGUROS

Dr. Jamerson M. P. Júnior  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 30781, CBO-36111001  
José...  
Núcleo...  
Núcleo...  
Núcleo...



## JOELHO ESQUERDO

Cod. SIA: 0204060125

O estudo radiológico do joelho esquerdo foi realizado nos seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no plano tibial fixado
- Aumento de volume de partes moles.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 06/02/2018

(GRANDI SILVA)

- Fratura recente alinhada no plato tibial fixado com dois parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

O estudo radiológico do joelho escondeu as incidências em pa/pertil, os seguintes aspectos observados:

Paciente:	<b>ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS</b> (Prontuário: 230594)		
Endereço:	QUADRA 01 CASA 05 - LEONEL BRIZOLA - SANTA MA. CODIFI - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	19/12/1987	Idade: 30a1m18d	Sexo: Masculino
Requisição:	8013120	Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	
Control:	993196	Convenio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11
ENFERMAGEM 237			



**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/12/2017NOME DO PACIENTE: An Tonio de Araújo dos Reis PRONTUÁRIO Nº: 230594

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

CIRURGIA: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: RaquelNº DA SALA: 09

CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

CPF Nº: \_\_\_\_\_

AUXILIAR: \_\_\_\_\_

CPF Nº: \_\_\_\_\_

ANESTESISTA: Dra. Célia

CPF Nº: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: Luciano Oliveira

CPF Nº: \_\_\_\_\_

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI <u>nº 24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA <u>7</u>	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	FRASCO	01	
GASES <u>510</u>	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Prepom</u>	unid	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>nº 20</u>	unid	01					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_

CIRCULANTE: ElviraLONEN: 145412 AC

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

NOME  
ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

DOC. CONTINENTE DO ENROLAMENTO  
988871 SSP RJ

CPF  
347.329.123-00

DATA NASCIMENTO  
26/01/1968

FUNÇÃO  
OTACILIO CARNEIRO DE  
SOUSA  
MARIA MEDISINA DE  
SOUSA

PROFISSÃO  
CATEGORIA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
TERESINA

DATA DE EMISSÃO  
27/11/2014

62795385459  
P1314809872

DETRAN - PI (PIAUI)

13 JUN 2018

CONTRAN		DENATRAN	
<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>			
DETRAN - PI 9020170104261 Nº 013029012181 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VA 1 256607630	COD. RENAVAM 03442538300	RAIAC NMI-4200	EXERCÍCIO 2017
ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS			
03442538300			
NMI-4200			
9C2JC4110AR706586			
PAS/MOTOCICLO/NEHUMA		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
HONDA/CB 125 FAN KS		ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010	
002P/124CC		CATEGORIA PARTIC	
COTA ÚNICA		COTA ÚNICA	
1º IPVA		2º	
3º PABO		4º	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 100,00			
PRELIMINAR TOTAL (R\$) 100,00			
DATA DE PAGAMENTO 2/10/2017			
TERESINA			
SEN RESTRIÇÕES			

**CORRETORA DE SEGUROS**

13 JUN 2018

**DPVAT**

CONTRAN		DENATRAN	
<b>SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT</b>			
PI Nº 013029012181 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
<a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
VA 1 03442538300	CPF / CNPJ 03442538300	EXERCÍCIO 2017	DATA EMISSÃO 2/10/2017
RENAVAM 256607630	MARCA / MODELO HONDA/CB 125 FAN KS	PLACA NMI-4200	
ANO FAB. 2010	Nº CLASSE 09	9C2JC4110AR706586	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FINE (R\$) 81,28	DEVALUAT (R\$) 9,03	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	ICOP (R\$) 0,70	TOTAL A SEGUIR (R\$) INCLUIVENDO ICOP 185,50	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITACÃO 28/09/2017	
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>			
CNPJ 04.264.008/0001-04			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

1012083573

DET RAN PI (PIAU)

**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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antonio Flaviano de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 347-229-123-90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS inscrito (a) no CPF sob o nº 034-425-383-00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Antonio de Araujo dos Reis inscrito (a) no CPF sob o nº 034-425-383-00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>R Transamérica Petrópolis QV C2 6054</u>		<u>23</u>	<u>6054</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Parque Brasil A</u>	<u>Transamérica</u>	<u>PE</u>	<u>54012-095</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
			<u>85.99498-2980</u>

Transamérica, 12 de Julho de 2018  
Local e Data

Antonio Flaviano de Souza  
Assinatura do Declarante

CORRETORA  
DE SEGUROS  
13 JUN 2018  
DPVAT

ORIGINAL

**Aguas de Teresina**

CNPJ 27197474000108 - LE 139965574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Pícaras - CEP 64017-400, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

NOME/ENDEREÇO: PEREIRA DA COSTA  
BARRADOR  
RUA TRANSMANIAN FEITOSA, 0-CB-CASA-023-PARQUE  
BRASIL-TERESINA-PI-CEP: 33939999

015-00029-004055

INFORMAÇÃO DE CONSUMO	DATA	VALOR	CONSUMO MÊS DE	DATA	VALOR
MÊS/ANO	EFQ	USO	MÊS/ANO		
23/04/2018			24/04/2018		
ANTERIOR			ATUAL		
277					

VALORES REFERENTES À AGUA	DATA	VALOR
Residencial - Normal	10/04/18	26,51
JUROS POR ATRASO	10/04/18	1,32
MULTA POR ATRASO	10/04/18	0,55

REGULARIDADES / ANTERIORIDADES  
TODAS AS DATAS DISPONÍVEIS SÃO 5, 10, 15, 20, 25 E 30.

**NOTIFICAÇÃO**  
Após 20 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.448/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.007/95, Art. 6º, §3º, Inciso II.

**CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)**

PARÂMETRO	AMOSTRA REALIZADA	AMOSTRA EM CONFORMIDADE	AMOSTRA EM CONFORMIDADE	VALOR	VALOR
CLORO LITRO	2,659	2,279	380	8,78	15,0
COR APARENTE	3,293	2,758	535	6,42	6,180-9,180
PH	3,302	2,966	336	3,00	inferior a 5,00

**CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)**

PARÂMETRO	AMOSTRA REALIZADA	AMOSTRA EM CONFORMIDADE	AMOSTRA EM CONFORMIDADE	APRESENTA	APRESENTA
LUA FORMAS TOTAIS	819	819	0	Atenuada	Atenuada
PROCEDENCIA COL					

DATA DA EMISSÃO: 24/04/2018  
HORA DA EMISSÃO: 07:11

PJ CORRETORA DE SEGUROS

13 JUN 2018

DEVAI



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.740/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.780/00  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Spvii E-1  
Registra a capacidade da empresa e o reatamento pelo SPVIZ 000/98

Nº da Nota Fiscal 005371235

A Tarifa Social de Energia Elétrica - (TSLE) foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAR/2018	14/05/2018	104	185,82

IRENE MARIA DE ARAUJO  
R. BONINA 2620 2620 B-URBANO  
CPF: 00096652799391  
CEP: 64.012-020 - TERESINA

ROT: 4.001.46.06.636000

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	5543		Atual:	07/05/2018
Anterior:	5444		Anterior:	09/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	07/06/2018
Consumo Medido:	104		Entrega:	04/05/2018
Consumo Faturado:	104	FCAM	Apresentação:	07/05/2018

NORMAL	28
--------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Localidade	Tipo de Medidor	Posto	Código Pat.	Médo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO			1.1.1.1	108

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
ABR/18 114	CONSUMO 104 A R\$ 0,761929 =	79,24
MAR/18 108	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO&IP)	6,94
FEV/18 104	PARCELAMENTO DE DEBITOS 4/18	99,64
JAN/18 0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,25
DEZ/17 0		
NOV/17 0		
OUT/17 0		
SET/17 0		
AGO/17 0		
JUL/17 0		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 104 - R\$ 556390

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/08).  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 04/05/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

13 JUN 2018  
CORRETORA  
DE SEGUROS

RESERVADO AO FISCO DF08.EEF3.50ED.F2F0.21DC.A8A4.F3C0.BBE3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	16,54	Base de Cálculo:	79,24
Energia:	51,42	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,94	Valor do ICMS:	17,43
Encargos:	5,00	Valor do PIS:	0,69
Tributos:	21,34	Valor do COFINS:	3,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	Atual	Anterior	Variação	Índice	Atual	Anterior	Variação
1	5,19	10,39	20,77	3	3,30	6,60	13,20
2	0,00			4	0,00		0,00
POTY				03/2018			31,50

ROT: 4.001.46.06.636000



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança		
	23 Glasgow	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	
	30 Fratura	31 Procedimentos realizados			
Assistência	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinares	

**Observações Interdisciplinares:**  
Polícia carro com motocrato, paciente apresentando suspeita de fratura em joelho E.

**Assinaturas:**  
Responsável pela recepção: [Assinatura]  
Socorristas Médica: [Assinatura]  
Enfermeiro: [Assinatura]  
Condutor: [Assinatura]

Versão: 27.11.2011

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:**

É 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 e 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

Antonio de Azeiteiro dos Reis

CPF da Vítima

034-425-183-00

Data do Acidente

13.12.17

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

034-425-183-00

E-mail

Telefone (DDD)

86.99498-2980

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:

Assinar 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 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 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 51º 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.

Realizada em 12 de Junho de 2018

Local e Data

DEPARTAMENTO  
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DPVAT

Antonio de Azeiteiro dos Reis

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001876/2018-79**

**Unidade de Registro:** DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Gesp. pelo Registro:** Francileudo Lima Cordeiro

**Data/Hora:** 11/06/2018 - 14:41

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

13/12/2017 - 14:30

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Bairro**

AEROPORTO

**Endereço**

AV. CENTENÁRIO, Nº:

**Complemento**

**Ponto de Referência**

PORTELLA RESTAURANTE

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

**Nome:** ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (30 ANOS)

RG: 2751988 SSP PI

Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO

Endereço: RUA BONINA QD 01 CASA 05, Nº

Bairro: LEONEL BRIZOLA

Cidade: TERESINA

**Tipo Envolv.:** VÍTIMA/Noticiante

**Nome:** MARIA EVANILDA DOS REIS SANTOS (54 ANOS)

RG: 1299108 SSP PI

Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO

Endereço: RUA 10 Nº 1806

Bairro: MONTE ALEGRE

Cidade: TERESINA

**Tipo Envolv.:** VÍTIMA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DPVAT

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, COR AZUL, PLACA NNI-4200-PI, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS, QUANDO COLIDIU COM A TRASEIRA DE UM AUTOMÓVEL QUE PAROU BRUSCAMENTE NA FAIXA DE PEDESTRES; QUE, NESTA MOTO ENCONTRAVA-SE A PASSAGEIRA MARIA EVANILDA DOS REIS SANTOS, QUE TAMBÉM FOI VÍTIMA DE LESÃO CORPORAL; QUE, CONDUTOR E PASSAGEIRA FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU E LEVADOS AO HLT (PRONTUÁRIOS 230594 E 177757, RESPECTIVAMENTE). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

*Francileudo Lima Cordeiro*  
Francileudo Lima Cordeiro - Mat. 1945629  
AGENTE DE POLÍCIA

*Antonio de Araujo dos Reis*  
ANTÔNIO DE ARAUJO DOS REIS (30 ANOS) - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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** e 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 formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 a 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 (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 034-425-383-00	Nome completo da vítima Antonio de Araujo dos Reis
---------------------------	---------------------------------	---

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Antonio de Araujo dos Reis	CPF titular da conta 034-425-383-00	Profissão Pais
Endereço R. BONINA	Número 2620	Complemento CASA
Bairro Lindalva	Cidade Pernambuco	Estado PE
E-mail	CEP 54012-020	Telefone (DDD) 86.9448-2980

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO: _____ NÚMERO: _____	
AGÊNCIA: _____ NÚMERO: 0025 DIA: _____	CONTA: _____ NÚMERO: 00045982 DIA: 4	AGÊNCIA: _____ NÚMERO: _____ DIA: _____	CONTA: _____ NÚMERO: _____ DIA: _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

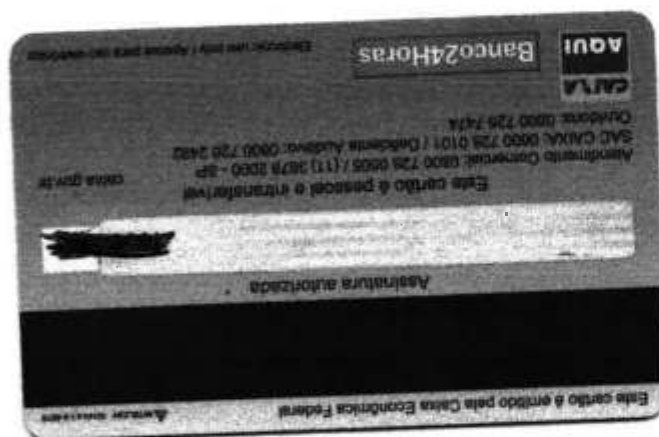
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Pernambuco, 12 de Junho de 2018  
Local e Data

x Antonio de Araujo dos Reis

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





---

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS**

Nº Sinistro: **3180269869**

Vitima: **ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS**

Data do Acidente: **13/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180269869**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **13/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS**

Nº Sinistro: **3180269869**

Vítima: **ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS**

Data do Acidente: **13/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180269869**.

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**

Carta nº 12964567



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0227204 ou 0800 022120 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É 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 vítimas 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Antonio de Almeida dos Reis	034.425.383-00	13.12.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA	
Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Antonio de Almeida dos Reis	034.425.383-00
E-mail	Telefone (DDD)
	06.99498-2980
<p>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:</p> <p>Assinalar uma das opções abaixo:</p> <p><input type="checkbox"/> Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.</p> <p>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 5º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.</p> <p>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.</p>	

RECORRENTE  
DE SEGURO

26 JUL 2018

DPVAT

Assinatura do de Julho de 2018  
Local e Data

Antonio de Almeida dos Reis  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001876/2018-79

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 11/06/2018 - 14:41

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

13/12/2017 - 14:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

AEROPORTO

Endereço

AV. CENTENÁRIO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PORTELLA RESTAURANTE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (30 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2756988 SSP PI

Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO

Endereço: RUA BONINA QD 01 CASA 05, Nº

Bairro: LEONEZ BRIZOLA

Cidade: TERESINA

Nome: MARIA EVANILDA DOS REIS SANTOS (54 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1299109 SSP PI

Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO

Endereço: RUA 10, Nº 1808

Bairro: MONTE ALEGRE

Cidade: TERESINA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/CG 125 FAN KS COR AZUL, PLACA NNI-4200-PI, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS, QUANDO COLIDIU COM A TRASEIRA DE UM AUTOMÓVEL QUE PAROU BRUSCAMENTE NA FAIXA DE PEDESTRES; QUE, NESTA MOTO ENCONTRAVA-SE A PASSAGEIRA MARIA EVANILDA DOS REIS SANTOS, QUE TAMBÉM FOI VÍTIMA DE LESÃO CORPORAL; QUE, CONDUTOR E PASSAGEIRA FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU E LEVADOS AO HUT (PRONTUÁRIOS 230594 E 177757, RESPECTIVAMENTE). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

*Francieleide Lima Cordeiro*  
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629  
AGENTE DE POLÍCIA

*Antonio de Araujo dos Reis*  
ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (30 ANOS) - Noticiante  
Responsável pela Informação

DE SEGUROS

26 JUL 2018

DPVAT

Delegado de Polícia

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** e 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 formulário (no 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 (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 034.425.383-00	Nome completo da vítima Antonio de Araujo dos Reis
---------------------------	---------------------------------	---

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Antonio de Araujo dos Reis		CPF titular da conta 034.425.383-00	Profissão Pauco
Endereço Rua Boitima		Número 9620	Complemento CASA
Bairro Vila Belizola	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64012-020
Email		Telefone (DDD) 86.99498.2980	

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (003) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NÚC. 0029 DIV. 00045987 DIV. 9 (Informar dígito se existir)		BANCO NOME: _____ RUC: _____ AGÊNCIA NÚC. _____ DIV. _____ CONTA NÚC. _____ DIV. _____ (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.

DE SEGUROS

26 JUL 2018

DPVAT

Antonio de Araujo dos Reis

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Teresina, 19 de Julho de 2018

Local e Data

DE SEGUROS

26 JUL 2018

DPVAT

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375948/18

**Vítima:** ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS

**CPF:** 034.425.383-00

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 13/12/2017

**Titular do CPF:** ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ANTONIO FLORIANO DE SOUSA : 347.229.123-00

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

### ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS : 034.425.383-00

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](http://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: 16/10/2018  
Nome: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA  
CPF: 347.229.123-00

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Antonio de Araujo dos Reis  
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro Profissão: Arquivo  
 RG: 27.55988 Org. emissor SSP-PI D. Expedição 05/02/07 CPF: 034.425.383-00  
 Endereço: Rua Bonifaria 21 casa 05 Nº 05 Bairro: LEONEL BRIZOLLA  
 Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64000-4020

## OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: **ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

Nacionalidade: **BRASILEIRO** Estado Civil: **CASADO** Profissão: **AUTONOMO**  
 RG: **989-871** Org. emissor **SSP-PI** D. Expedição **05/10/2009** CPF: **347.229.123-00**  
 Endereço: **RUA TRANVANVAN FEITOSA Q-C2** Nº **23** Bairro: **PARQUE BRASIL**  
 Cidade: **TERESINA** Estado: **PIAUI** CEP: **64.012-095**

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora **LIDER** dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, HOSPITAL DE URGENCIAS DE TERESINA HUT, HGV, HPM, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima Antonio de Araujo dos Reis

Acidente ocorrido em: 13/12/2012

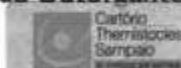
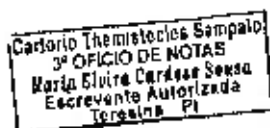
Local / data: TERESINA 11/06/2018

ORIGINAL



Antonio de Araujo dos Reis

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
 TITULAR - ANITALLA GONCALVES DE CARVALHO  
 RUA LEONARDO NOGUEIRA, 1233 CENTRO - CEP: 64000-000  
 Fone: (085) 3221-1888 - E-mail: anitalla@cartorio3pi.com.br



RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS.  
 DOU FE. EM TEST. SSP DA VERDADE. TERESINA-PI, 11/06/2018.  
 Enol. +3,71 T3:0,74 Selo:0,25 Total:4,70 Selo:ABE-98531 (F690P644)

Maria Elvira Cardoso Sousa-Escrevente Autorizada

☐ Tabelião

☒ Escrevente Autorizado

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

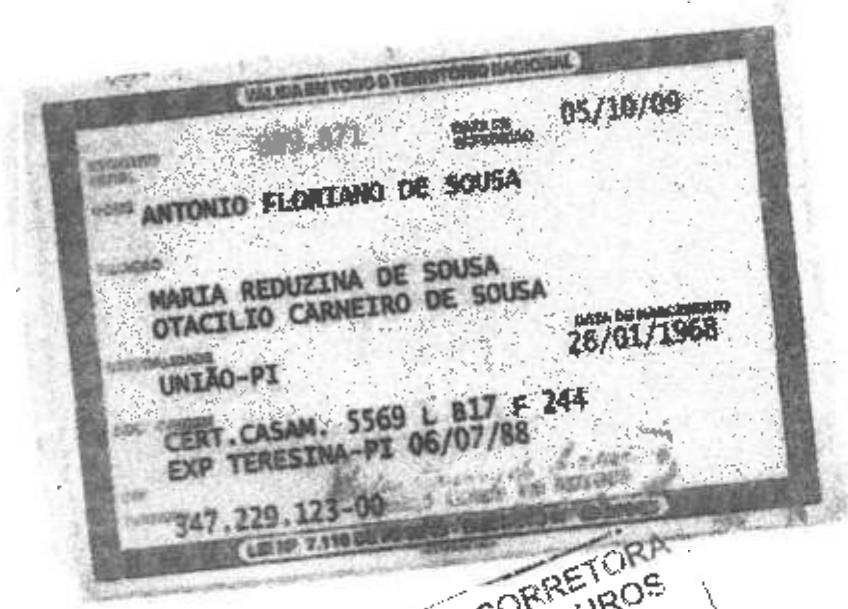
CONTRAN		DENATRAN	
<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>			
DETRAN - PI 9020170104261 Nº 013029012181 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VA 1 256607630	COD. RENAVAM 03442538300	RALTRC. NMI-4200	EXERCÍCIO 2017
ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS NOME			
03442538300 CPT / CNPJ			
NMI-4200 PLACA			
9C2JC4110AR706586 CHASSI			
PAS/MOTOCICLO/NEHUMA ESPECIE TIPO			
GASEOLINA COMBUSTIVEL			
HONDA/CB 125 FAN KS MARCA / MODELO			
2010 ANO FAB.			
2010 ANO MOD.			
002P/124CC CATEGORIA			
AZUL COR PREDOMINANTE			
1 COTA UNICA			
1º IPVA VENÇ. COTA UNICA			
2º VENÇ. COTA UNICA			
3º PABO VENÇ. COTA UNICA			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 81,28			
PRECISO TOTAL (R\$) 90,31			
DATA DE PAGAMENTO 28/09/2017			
OBSERVAÇÕES			
SEN RESTRIÇÕES			
TERESINA LDO			
2/10/2017 DATA			

**CORRETORA  
DE SEGUROS**

13 JUN 2018

**DPVAT**

CONTRAN		DENATRAN	
<b>SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT</b>			
<b>PI Nº 013029012181 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>			
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b>			
<b>www.seguradoralider.com.br</b> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>			
VA 1 256607630	COD. RENAVAM 03442538300	RALTRC. NMI-4200	EXERCÍCIO 2017
HONDA/CB 125 FAN KS MARCA / MODELO			
2010 ANO FAB.			
09 ANO MOD.			
9C2JC4110AR706586 CHASSI			
PRÊMIO TARIFÁRIO 81,28			
9,03			
90,31			
4,15			
0,70			
185,50			
28/09/2017			
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> <b>GRUPO DA SGA 00800001-04</b>			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
16 OUT 2018  
DPVAT



*2 entradas  
OK!*

NOME DO PACIENTE:

Antônio de Araújo dos Reis

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

230594

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DPVAT

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



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção - Fone: 86 3229 4972  
TERESINA-PI CEP: 54017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS</b>		Prontuário: <b>230594</b>
Mãe: <b>IRENE MARIA DE ARAUJO</b>	Pai: <b>COSMEL MARQUES DOS REIS</b>	
End. Resid.: <b>QUADRA 01 CASA 05 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MÃ. CORIPI - TERESINA PI - CEP: 64000-010</b>		
Nascimento: <b>19/12/1987</b>	Idade: <b>29a:11m:24d</b>	Sexo: <b>Masculino</b> Fone: <b>86- 9563-4423</b>
Responsável: <b>LAYANA</b>	CNS: <b>898003027063244</b>	
Profissão: <b>AJUDANTE DE PEDREIRO</b>	Documento: <b>RG: 2745986 - SSP PI</b>	
G. Instrução: <b>Fundamental incompleto</b>	E.Civil: <b>Solteiro(a)</b>	
End. Local: <b>- - -</b>		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>641303</b>	Data: <b>13/12/2017 15:29:12</b>	Condução: <b>AMBUULANCIA - SEM</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)</b>		Convênio: <b>S U S</b>
Acid. Trab.: <b>Não</b>	Acid. Trajeto: <b>Não</b>	Acid. Trab. Típico: <b>Não</b> CID Secundário: <b>V299</b>

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: <b>QUEDAS</b>	Evento Principal: <b>Dor intensa</b>	Destino: <b>ORTOPEDISTA</b>	Classificação: <b>Laranja</b>
Breve História: <b>PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA EM USO DE CAPACETE. EVOLUI COM DOR EM JOELHO S.</b>		Profissional Class. Risco: <b>MARIANE SIQUEIRA SILVA COREN - 383564 Em: 13/12/2017 15:35:09</b>	

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

<i>Tranque joelhos e fêmur</i>		<b>DPVAT</b>
<i>10/12/17</i>		
<i>Edição feita</i>		
<i>Paulo</i>		

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

### CONDIÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

<i>RX = fratura de fêmur, luxação</i>	<i>em lesão óssea</i>
<i>em fêmur + 30ml sangue</i>	<i>em fêmur</i>
<i>fratura fechada</i>	<i>fratura fechada</i>

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Procedimento	CID
----------------------	-----------------	--------------	-----

*Layana dos Reis Santos*  
Assinatura Paciente ou Responsável

**Dr. Caio Vaz de O. Neto**  
Ass. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM PI 3.054





**DPVAT**

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1320 - Gedenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS** (Prontuário: 230594)  
Endereço: QUADRA 01 CASA 05 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA, CODIPI - TERESINA - PI CEP. 64000-010  
Nascimento: 19/12/1987 Idade: 30a1m18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 204650  
Requisição: 801320 Solicitação: 25/12/2017 Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR  
Controle: 993196 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P:1 ENFERMARIA 237 LFI10 255

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 25/12/2017

**JOELHO ESQUERDO**

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

- Fratura recente alinhada no plato tibial fixado com dois parafusos metalicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 06/02/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável







**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tinto 1020 Redenção - Fone: 36 3229 4872  
TERESINA-PA CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002 07

Impr: 21/12/2017 09:03:26

Usuário: LARYSSA TORRES

Instalação: ACCORD

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS		<b>Prontuário:</b> 230594
<b>Mãe:</b> IRENE MARIA DE ARAUJO	<b>Pai:</b> COSMEL MARQUES DO REIS	
<b>End. Resid.:</b> QUADRA 01 CASA 05 - LEONEL BRIZZOLA SANTA MA. CODIPI - TERESINA PT - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 19/12/1967	<b>Idade:</b> 50a:0m:2d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 06- 3563-4423
<b>Responsável:</b> O MESMO	<b>CNS:</b> 700908242551692	
<b>Profissão:</b> AJUDANTE DE PEDREIRO	<b>Documento:</b> RG: 2710998 - SSP PI	
<b>E. Instrução:</b> Fundamental Incompleta	<b>E. Civil:</b> Solteiro(a)	
<b>End. Local.:</b> - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

<b>Código:</b> 642416	<b>Data:</b> 21/12/2017 08:54:31	<b>Condução:</b> VEICULO PRÓPRIO A ERCELOM
<b>Motivo da Procura:</b> DOR MEMBROS INFERIORES		<b>Convênio:</b> S U S
<b>Id. Trab.:</b> Não	<b>Acid. Trajeto:</b> Não	<b>Acid. Trab. Típico:</b> Não
		<b>CID Secundário:</b>

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b>Sinal/Sintoma:</b> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<b>Evento Principal:</b> Deformidade	<b>Destino:</b> ORTOPEDISTA	<b>Classificação:</b> Verde
<b>Breve História:</b> PACIENTE COM HISTÓRIA PREVIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTICO, APRESENTA DOR E INFLAM. LOCAL ME M.I.D. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.			<b>Profissional Clas. Risco:</b> LARYSSA DE SOUSA TORRES COREN 1984.721 PI Em: 21/12/2017 09:03:25

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

FAT. HAVIA		13 JUN 2018
F. B. @		DPVAT
FA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm
Diagnóstico Inicial:		CID: ____

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

5821	
4108050151	

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

<b>DATA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b> ____:____	<b>Se interferir, indique o Procedimento e CID</b>
		<b>Procedimento</b> <b>CID</b>

Dr. Jamerson M. de L. Júnior  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PA 3576 / CRM-PA 7301 / TEOT 1146

Assinatura Profissional Médico

Assinatura Paciente ou Responsável

[illegible]CORRECTORA  
DE SEGUROS

1 JUN 2018

DPVAT

[illegible][illegible]

**Ortopedia e Traumatologia; Ortopedia e Traumatologia; Ortopedia e Traumatologia**

CRM3315	TEOT1G029	/	CRM P 2308	/	CRM ET66-TCCT:11F05	/	CRM 3367
---------	-----------	---	------------	---	---------------------	---	----------

[illegible]

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**GÊNCIA DE TERESINA - HUT**

[illegible]

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Antonio de Araujo dos Reis IDADE \_\_\_\_\_ ANOS DATA 25/12 /2017  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 16 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL (X) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDACÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Prot. Jibia CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

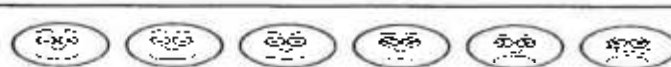
SINAIS VITAIS	HÓRARIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>144/83</u>	<u>126/58</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>83</u>	<u>94</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>99%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>/</u>	<u>/</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>	<u>/</u>
NOME/MATRÍCULA	<u>Aluno</u>	<u>Aluno</u>

ÍNDICE DE ALORETTE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR						
Movimenta os quatro membros	2	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Movimenta dois membros	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO						
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Tem apnéia	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO						
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA						
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Desperta, se solicitado	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Não responde	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>						
É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com sução de O <sub>2</sub>	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

09

ASS.

Isabel Alcântara de Prado  
Enfermeira  
COREN: 312.232

CORRETOR DE SEGUROS

13 JUN 2018

Isabel Alcântara de Prado  
Enfermeira  
COREN: 312.232

( ) Sonda Vesical	( ) Dreno de Sucção	( ) Dreno Torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	Sonda Nasogástrica
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

16:25h Admissão na SRPA, em rot. jibia, sob efeito de raque. consciente, orientado, foveo. Respiração - Rápida AA, ventral. AVF baixo, sem ruído.

17:30h Recebido ota oximetria, estável

Isabel Alcântara de Prado  
Enfermeira  
COREN: 312.232

Isabel Alcântara de Prado  
Enfermeira  
COREN: 312.232

RAIO-X REALIZADO  
DATA 25/12/2017  
Técnico: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Antonio Carlos  
Anestesiologista  
CRM-PI 4033  
ANESTESIOLOGISTA

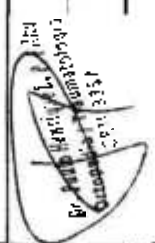
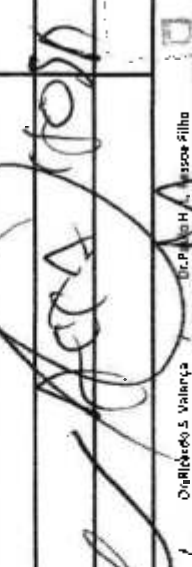
HÓRARIO

ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )

POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) INT ( ) NEU ( ) CIR ( ) MÉD

[illegible]

2000

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS		230594	30	Ortopédica	237	255	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
Dt : 19/12/2017	FRAT TIBIA E						
26/12/17							
1	Dieta oral livre						
2	Jeico salinizado						
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
4	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
5	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
8	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
9	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN						
10	Curativos diários						
11	Cuidados gerais e sinais vitais						
	 Dr. Yuri Illegio Fiala CRM 3351						
	 Dr. Paulo H. L. Assis Filho CRM 3367						
	Dr. Gardanio Cronembregger / Dr. Yuri Illegio Fiala / Dr. Paulo H. L. Assis Filho						
	Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia						
	CRM3415-TEOT10029 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367						

COMUNICADORA  
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DFMAT

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 38192  
AIH: 2217102505607

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES  
5828856

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES  
5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

## CARTÃO SUS

998003927065244

## NOME DO PACIENTE

ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS

## NASCIMENTO

10/12/1987

## SEXO

M

## PRONTUÁRIO

220496

## DOCUMENTO CPF

## TELEFONE

8695634423

## NOME DA MÃE

IRENE MARIA DE ARAUJO

## RESPONSÁVEL

JOSE FRANCISCO

## CEP

## ENDEREÇO - LOGRADOURO

## NÚMERO / LOTE

2620

## BAIRRO

LEONEL BRIZOLA

## COMPLEMENTO

## MUNICÍPIO

TERESINA

## UF

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA PLANALTO TIBIAL ESQUERDO, DOR E DEFORMIDADE.

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

## CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S82 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

## CID 10 SECUNDÁRIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

043825055 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

## LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

## PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

## CARÁTER

URGÊNCIA

## DATA SOLICITAÇÃO

21/12/2017

JAMERSON MOREIRA DE LEMUS JUNIOR

CPF: 83544704515

CRM:

## DATA ADMISSÃO

21/12/2017 08:14

## DATA ALTA

26/12/2017 10:00

## MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

## TIPO ACIDENTE

## CNPJ SEGURADORA

## Nº DO BILHETE

## SÉRIE

## CNPJ DA EMPRESA

## CNAE EMPRESA

## CBOR NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

## PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

PLÍNIO JOS SANTOS MACEDO

CPF: 22758704515

CRM:

DATA ANÁLISE: 21/12/2017 10:06:31

## NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRÔLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF:

CRM:

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Arturino de Araújo dos Reis</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fract. Plavural to Fissural @</i>		
Operação - Tipo <i>70 Cir</i>		
Cirurgião <i>Dr. Jamerson M. de L. Júnior</i> <i>Ortopedia / Traumatologia</i> CRM-PI 3878 / CRM-MA 7063 / TECT 2104	1º Assistente <i>11</i>	
2º Assistente <i>11</i>	3º Assistente <i>11</i>	
Instrumentador(a) <i>Socorro Oliveira</i>	Anestesiologista <i>Dr. Felipe 1894</i> CRM-PI 1894	Anestesia <i>Proprioanestesia</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>Em - 25-12-2017</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

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

- 1) Paciente em ddh sob vapor anestesia
- 2) Antissepsia, Asepsia, colocação de campos cir
- 3) Incisão lateral ± 20 cm. Cade
- 4) Divulsão por pinças
- 5) Redução + fixação com 2 parafusos de compressão (+ com Arclon)
- 6) Cicatriz + sutura

*Dr. Jamerson M. de L. Júnior*  
*Ortopedia / Traumatologia*  
CRM-PI 3878 / CRM-MA 7063 / TECT 2104





**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF ou APT.	LEITO
<b>Autônio de Abreu dos Reis</b>					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES			MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE		
PREScrição Médica DATA: 13/12/17 HORA:			OBSERVAÇÕES		
1 DIETA LIVRE					
2 SG5% 500ML + SF0,9% 500ML EV EM 12h					
3 DAPIRONA 2ML+AD EV 6/6H					
4 TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H					
5 TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS					
6 CCGG					
<b>Dr. Caio Vaz de O. Neto</b> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-P/3.054					
RAIO-X REALIZADO DATA: 13/12/2017 Técnico: [assinatura]					
MÉDICO/CRM:					

W1001: 007



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tiro 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 3443

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS** (Prontuário: 230594)  
Endereço: QUADRA 01 CASA 05 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 19/12/1987 Idade: 30a1m18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 204650  
Requisição: 801320 Solicitação: 25/12/2017 Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR  
Controle: 993196 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 LEITO 255

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 25/12/2017

**JOELHO ESQUERDO**

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

- Fratura recente alinhada no plato tibial fixado com dois parafusos metalicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 06/02/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Handwritten signature and stamp of the responsible professional, Carlos Augusto Moura Fe.

# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS



Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/12/2017

NOME DO PACIENTE: An Tório de Araújo dos Reis PRONTUÁRIO Nº: 230594

DIAGNÓSTICO:

ANESTESIA: Raquel

CIRURGIAO:

AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dra. Celso

INSTRUMENTADORA: Socorro Oliveira

CPF Nº:

CPF Nº:

CPF Nº:

CPF Nº:

Nº DA SALA: 09

CIRURGIA:

Fis. Nº  
Proc. Nº  
Rubrica

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	50		PVP DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	—		PVP TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVP TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		OCORRÊNCIA	UNID.	02	
FIOS	UNID.	—					
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON nº 20	UNID.	01					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							

ENFERMARIA:  
CIRCULANTE: *Ednardo*  
Contém = 145418 AC

Dr. Jomarcos M. de L. Junior  
CRM-120881 / Conselho Regional de Medicina do Brasil  
CRM-120881 / Conselho Regional de Medicina do Brasil

## RELATÓRIO MÉDICO



DECLARAMOS QUE ANTONIO DE  
AMARJO DOS REIS, FOI VITIMA DE ACIDENTE  
DE TRANSITO, FATO TRANSCORRIDO EM 13.12.17  
AS 14:30HS - TENDO SOFRIDO FORTE TRAUMA  
EM MIE, CAUSANDO COM FRATURA EM  
POUNÇÃO ABERTA DA TIBIA, TRATADO CIRUR-  
GICAMENTE COM UNHAS DE ORICORNIETAS E  
PLACAS PROFUNDAS E FIOS METÁLICOS COM  
COMPLEMENTO FIBROFIBRADO, RELATA  
COM SEQUELAS: FORTES DORES, LIMITAÇÃO  
DO MOVIMENTO, COM SENSIBILIDADE DE  
CIRCUNFERÊNCIA DO MEMBRO AFETADO,  
COM ALTA DEFINITIVA,  
COM CAPACIDADE FUNCION-  
AL DE 85%

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

*Edimar*  
10.10.2018

Dr. Edimar Machado da Silva  
Cl. Geral e Cirurgia Geral  
CRM: 584-PI - CRM: 2680-MG  
0903-0929/0532-1987/0827-3227



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT  
Rua Dr. Otis Tito 1828 Rodopolo - Fone: 35 3218 3445  
TERESINA-PI CEP: 64019-170 CNPJ: 03.822.817/0022-02

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS** (Fronteira 220504)  
Endereço: QUADRA D: CASA 05 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA INAC. COOP. - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 19/12/1987 Idade: 29 anos Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Abordamento: 204550  
Requisição: 801320 Solicitação: 28/12/2017 Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMUS JUNIOR  
Controle: 393185 Convenção: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 LEITO 255

### RELATÓRIO:

JOÃO ESQUEIRO

Data Exame: 28/12/2017

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

- Fratura recente alinhada no plato tibial fixado com dois parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(REANTE PÉDIA)

TERESINA - PI 08/02/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE  
CRM: 132903/17348 CRM PI 1341  
Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HHT**  
 Rua Dr. Otton Tito 1320 - Sede - Fone: 36 3218 3400  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS** (Prontuário: 238594)  
 Endereço: QUADRA 01 CASA 05 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIP - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 19/12/1987 Idade: 30 anos 17d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 541503  
 Requisição: 736055 Solicitação: 13/12/2017 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO  
 Controle: 989411 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 13/12/2017

### JOÃO ANTONIO

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

- Aumento de partes moles intra e suprapatelares.
- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.

JOÃO ANTONIO

TERESINA - PI 05/07/2010

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CRM: 990.77/8504 CRM SUS PI  
 Profissional Responsável

**PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS**

16 OUT 2018

**DPVAT**



ВНЕШНЯЯ ЭКОНОМИКА

1012083573

## QUEST MULTIPLE CHOICE

1012083573

NOME  
**ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA  
**2755988 SSP RJ**

CPF  
**034.428.383-00**

DATA NASCIMENTO  
**19/12/1987**

FUNÇÃO  
**COMEL MARQUES DOS  
 REIS  
 IRENE MARIA DE ARAUJO**

PREENCHIMENTO  
**05/06/2012**

ASSINATURA  
**[Assinatura]**

CAT. PNB  
**23**

Nº PROTESTO  
**05837274633**

VALIDADE  
**18/06/2018**

PRASELEÇÃO  
**25/11/2012**

—CHRYSTIE JACOBSON

Antonio de Almeida dos Reis  
ASSINATURA DO PORTANTE

800.445.2222

-1022-

**FINNISH**

- CATÁLOGO DE TIPOS...

26/11/2014

50001076001  
BT314862247

DET RAN PI (PIAUL)

DE SEGURANÇA

13 JUN 2018

DPVAT

**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.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antonio Floriano de Sousa inscrito (a) no CPF/CNPJ 347.229.123-00  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio de Araújo dos Reis inscrito  
(a) no CPF sob o nº 034.425.383-00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima  
Antonio de Araújo dos Reis inscrito (a) no CPF sob o nº 034.425.383-00 conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço		Número	Complemento
Rua: Tranquiana Feitosa; Qd: C 2		23	Para
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Parque Brasil	Teófilo	Piauí	64032-095
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
86-99498-2980			

Teófilo - PI 04 de Outubro de 2018  
Local e Data

Antonio Floriano de Sousa  
Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA**  
**DE SEGUROS**

16 OUT 2018

**DPVAT**

**Aguas de Teresina**  
Tratamento e distribuição de água

CNPJ 07.277.474/0001-00 - LE 10.539/07-74  
R. Odeon Araújo, 1085, Piquiza - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 228 2089 ou 115 / (86) 98124-3199  
15170-0000  
Data de emissão: 04/04/2018

NOME: MONIELISA PEREIRA DA COSTA  
POBÇÃO:  
RUA TRAVANCAN FARIOSA, 0-CB2-CASA-023-PARQUE  
BRASIL-TERESINA-PI-cep: 64099799

015-00029-001055 015 111000000

INDICADOR DE CANCELAMENTO  
Mês/ano: 04/2018  
Mês/ano: 04/2018

23/04/2018 277  
ANTERIOR 24/04/2018 277  
ATUAL

TABELA DE PREÇOS  
RESIDENCIAL  
TARIFA DE CONSUMO (R\$) 1,32  
TARIFA DE CONSUMO (R\$) 1,32

08/05/2018 28,38

REGRAS ADICIONAIS / OBSERVAÇÕES

LIQUIDAR O VALOR DE 28,38 E FAÇA A OPÇÃO DE VENCIMENTO QUE DEIXAR LHE  
CONVENIR. AS DATAS DISPONÍVEIS SÃO 5, 10, 15, 20, 25 E 30.

### NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,  
conforme Lei Federal nº. 11.448/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/06, Art. 6º, §3º, inciso II.

### CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 6.440)

PARÂMETRO	VALOR ENCONTRADO	VALOR LIMITE	VALOR LIMITE	VALOR LIMITE	VALOR LIMITE
CONDUTIVIDADE	2.659	2.279	380	6,76	15,0
CONDUTIVIDADE	3.293	2.758	535	6,42	6,3-9,50
PH	3.302	2.966	336	3,00	7,0-9,0
TURBIDIDADE					

### CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 6.440)

PARÂMETRO	VALOR ENCONTRADO	VALOR LIMITE	VALOR LIMITE	VALOR LIMITE	VALOR LIMITE
COLIFORMES TOTAIS	819	819	0	Ausente	Ausente
COLIFORMES FECALIS					

04/04/2018 07:31

DATA DA EMISSÃO: 04/04/2018 HORA DA EMISSÃO: 07:31

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
16 OUT 2012  
DPVAT

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.740/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.780-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Spvii E-1  
Registra a capacidade da empresa e o reatamento pelo SPVIZ 00/98

Nº da Nota Fiscal 005371235

A Tarifa Social de Energia Elétrica - (TSE) foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAR/2018	14/05/2018	104	185,82

IRENE MARIA DE ARAUJO  
R. BONINA 2620 2620 B-URBANO  
CPF: 00096652799391  
CEP: 64.012-020 - TERESINA

ROT: 4.001.46.06.636000

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	5543		Atual:	07/05/2018
Anterior:	5444		Anterior:	09/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	07/06/2018
Consumo Medido:	104		Entrega:	04/05/2018
Consumo Faturado:	104	FCAM	Apresentação:	07/05/2018

NORMAL	28
--------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Localidade	Tipo de Medidor	Posto	Código Pat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO			1.1.1.1	108

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
ABR/18 114	CONSUMO 104 A R\$ 0,761929 =	79,24
MAR/18 108	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO&IP)	6,94
FEV/18 104	PARCELAMENTO DE DEBITOS 4/18	99,64
JAN/18 0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,25
DEZ/17 0		
NOV/17 0		
OUT/17 0		
SET/17 0		
AGO/17 0		
JUL/17 0		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 104 - R\$ 556390

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/08).  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 04/05/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

13 JUN 2018  
CORRETORA  
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DPVAT

RESERVADO AO FISCO DF08.EEF3.50ED.F2F0.21DC.A8A4.F3C0.BBE3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	16,54	Base de Cálculo:	79,24
Energia:	51,42	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,94	Valor do ICMS:	17,43
Encargos:	5,00	Valor do PIS:	0,69
Tributos:	21,34	Valor do COFINS:	3,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	CNE		PAC		PNUC		GRUPO
	Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual
Índice de Continuidade	5,19	10,39	20,77	3,30	6,60	13,20	2,94
Índice de Continuidade	0,00			0,00			0,00
POTY					03/2018		31,50

ROT: 4.001.46.06.636000



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	13 Código IBGE	
Local da Ocorrência	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome				15 Sexo
	16 Idade				17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow				
Assistência	24 Sinais Vitais				
	25 Local da lesão				
Hospital de Destino	26 Pontos				
	27 Pulso				
Observações Interdisciplinares	28 Sangramento				
	29 Dor				
Responsável pela recepção	30 Fratura				
	31 Procedimentos realizados				
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinares					
Socorristas Médica					
AE/TE					
Enfermeiro					
Condutor					



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001876/2018-79**

**Unidade de Registro:** DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Gesp. pelo Registro:** Francileudo Lima Cordeiro

**Data/Hora:** 11/06/2018 - 14:41

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

13/12/2017 - 14:30

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Bairro**

AEROPORTO

**Endereço**

AV. CENTENÁRIO, Nº:

**Complemento**

**Ponto de Referência**

PORTELLA RESTAURANTE

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

**Nome:** ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (30 ANOS)

RG: 2751988 SSP PI

Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO

Endereço: RUA BONINA QD 01 CASA 05, Nº

Bairro: LEONEL BRIZOLA

Cidade: TERESINA

**Tipo Envolv.:** VÍTIMA/Noticiante

**Nome:** MARIA EVANILDA DOS REIS SANTOS (54 ANOS)

RG: 1299108 SSP PI

Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO

Endereço: RUA 10 Nº 1806

Bairro: MONTE ALEGRE

Cidade: TERESINA

**Tipo Envolv.:** VÍTIMA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DPVAT

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, COR AZUL, PLACA NNI-4200-PI, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS, QUANDO COLIDIU COM A TRASEIRA DE UM AUTOMÓVEL QUE PAROU BRUSCAMENTE NA FAIXA DE PEDESTRES; QUE, NESTA MOTO ENCONTRAVA-SE A PASSAGEIRA MARIA EVANILDA DOS REIS SANTOS, QUE TAMBÉM FOI VÍTIMA DE LESÃO CORPORAL; QUE, CONDUTOR E PASSAGEIRA FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU E LEVADOS AO HLT (PRONTUÁRIOS 230594 E 177757, RESPECTIVAMENTE). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

*Francileudo Lima Cordeiro*  
Francileudo Lima Cordeiro - Mat. 1945629  
AGENTE DE POLÍCIA

*Antonio de Araujo dos Reis*  
ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (30 ANOS) - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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:**

É 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 interdita 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

Antonio de Araújo dos Reis

CPF da Vítima

034.425.383-00

Data do Acidente

13-12-2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

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 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 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 § 3º 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.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

16 OUT 2018

DPVAT

Teresina - PI 04 de Outubro de 2018

Local e Data

Antonio de Araújo dos Reis

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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:**

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** e 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 formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 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 (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	034.425.383-00	Antonio de Araújo dos Reis

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Antonio de Araújo dos Reis		034.425.383-00		Acusado - m	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Benina		2620		Laran	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Leonel Brizola	Teressina	Piauí	64012-020	86-99498-2980	
Email					

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> <b>Caixa Econômica Federal</b> (104)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todas as bancas)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 0029 D/V (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. 00045987 D/V (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome NRO.		<b>AGÊNCIA</b> NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
				<b>CONTA</b> NRO. D/V (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.

Teressina - PI, 04 de Outubro de 2018  
Local e Data

x Antonio de Araújo dos Reis  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**

16 OUT 2018

**DPVAT**

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Antonio de Araujo dos Reis  
 Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro Profissão: Arquivo  
 RG: 27.55988 Org. emissor SSP-PI D. Expedição 05/02/07 CPF: 034.425.383-00  
 Endereço: Rua Bonifaria 21 casa 05 Nº 05 Bairro: LEONEL BRIZOLLA  
 Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64000-4020

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: **ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

Nacionalidade: **BRASILEIRO** Estado Civil: **CASADO** Profissão: **AUTONOMO**  
 RG: **989-871** Org. emissor **SSP-PI** D. Expedição **05/10/2009** CPF: **347.229.123-00**  
 Endereço: **RUA TRANVANVAN FEITOSA Q-C2** Nº **23** Bairro: **PARQUE BRASIL**  
 Cidade: **TERESINA** Estado: **PIAUI** CEP: **64.012-095**

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora **LIDER** dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, HOSPITAL DE URGENCIAS DE TERESINA HUT, HGV, HPM, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima Antonio de Araujo dos Reis

Acidente ocorrido em: 13/12/2012

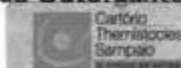
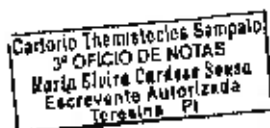
Local / data: TERESINA 11/06/2018

ORIGINAL



Antonio de Araujo dos Reis

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
 TITULAR - ANITALLA GONCALVES DE CARVALHO  
 RUA LEONARDO NOGUEIRA, 1233 CENTRO - CEP: 64000-000  
 Fone: (085) 3221-1888 - E-mail: anitalla@cartorio3pi.com.br



RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS.  
 DOU FE. EM TEST. SOB DA VERDADE. TERESINA-PI, 11/06/2018.  
 Enol. +3,71 T3:0,74 Selo:0,25 Total:4,70 Selo:ABE-98531 (F690P644)

Maria Elvira Cardoso Sousa-Escrevente Autorizada

☐ Tabelião

☒ Escrevente Autorizado

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180269869 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS **Data do acidente:** 13/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 28/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES. QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM do médico:** 52.90233-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**