
Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190440868

Vítima: GELMO EVANGELISTA DA SILVA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GELMO EVANGELISTA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190440868

Vítima: GELMO EVANGELISTA DA SILVA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GELMO EVANGELISTA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: GELMO EVANGELISTA DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 237

Agência: 000001036-7

Conta: 00000445-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: Felme Evangelista da Silva CPF: 034.603.133-13
Profissão: Imunizador Endereço: Rua Riba Coutinho 25 B - 02 L - 25 Número: 51 Complemento: Pedro Catubri
Bairro: Pedro Catubri Cidade: Barro Preto Estado: Flav CEP: 64.455-000
E-mail: Recusou-se Tel. (DDD): (86) 99981-6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1036 7 CONTA: 0000445 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Barro Preto, 16-07-2019
Nome: _____
CPF: _____
Felme Evangelista da Silva
(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 119/2019

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI Resp. pelo Registro: MARCO SUEL DA SILVA
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR Data/ Hora: 18/05/2019-11:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI Data/ Hora: 17/04/2019-04:30
Município: BARRO DURO-PI Bairro: ZONA RURAL
Endereço: BR 316
Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: GELMO EVANGELISTA DA SILVA
Documentos: RG:029755982005-7; CPF:034 603 193-13 Filiação: MARINÊS EVANGELISTA DA SILVA
Endereço: RITA COUTINHO, QUADRA 25, LOT 25
Nacionalidade: BRASILEIRO Complemento:
Naturalidade: MIRADRO -MA Bairro: ZONA URBANA
Estado civil: casado(a) Município: BARRO DURO-PI
Profissão: TRABALHADOR RURAL Telefone(s):
Nascimento: 19/08/1987

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

Dados do Veículo:

- Tipo: motocicleta - Placa: HPC1476
- Marca/ Modelo: HONDA NXR 125 /BROS KS - Chassi: 9C2JD20103RD13630
- Ano/Modelo: 2003/2003 - Renavam: 0081939983
- Cor: VERMELHA - Proprietário: GELMO EVANGELISTA DA SILVA

Narrativa:

Declara que ao cruzar em sentido contrario com uma carreta se encandiu com a luminosidade e acabou perdendo o controle da motocicleta e caindo, quebrando o dedo do pé em decorrência do acidente, recebendo atendimento medico hospitalar no hospital de urgência da cidade de Teresina-PI, onde foi submetido a procedimento cirurgico.

MARCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

Gelmo Evangelista da Silva
GELMO EVANGELISTA DA SILVA
Resp. pela Informação

BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR
Delegado de Polícia Civil



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: Felme Evangelista da Silva CPF: 034.603.133-13
Profissão: Imunizador Endereço: Rua Riba Coutinho 25 B - 02 L - 25 Número: 51 Complemento: Pedro Catubri
Bairro: Pedro Catubri Cidade: Barro Preto Estado: Flam CEP: 64.455-000
E-mail: Recusou-se Tel. (DDD): (86) 99981-6008

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1036 7 CONTA: 0000445 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Barro Preto, 16-07-2019
Nome: _____
CPF: _____
Felme Evangelista da Silva
(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CONSULTA BÁSICA

DATA: 17/04/19

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Geilmo Evangelista da Silva
Data de Nascimento: 19/08/1987 Idade: 31 Telefone: _____
Endereço: _____ Município: _____
Identidade: _____ Nº CNS: 702408520522324

COLETA DE DADOS:

Alergias: ☒ (S) (N) Dipirano
H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) _____ AVC (S) (N) _____
Cirurgias (S) (N) _____ Outras: _____
Medicações em Uso: _____

EXAME FÍSICO:

PA: _____ TAX: _____ Glicemia: _____ FC: _____ FR: _____
Peso: _____ Altura: _____ Sat O₂ _____
Queixa Principal: Trauma pe dir antem
Hipótese Diagnóstica: _____
Prescrição: _____

① Voltar em - 1 amp, IM
② Receita
③ RaioX pe dir.

5:30
Kondy
PJ CORRETOR
DE SEGUROS
22 JUL 2019
DPVAT

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Hemograma () Bioquímico () Enz. Card. () EAS () RX () USG () TC () ECG () TGO () TGP ()
Parasitológico de Fezes ()

Estevam Lobo Neto Filho
Médico
CRM: 4693

Assinatura do Médico e Carimbo

Geilmo Evangelista da Silva
Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

OBS.: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

01/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GELMO EVANGELISTA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01036-7

CONTA: 000000000445-6

Nr. Autenticação

BRADESCO010820190500000000002370103600000000044533750 PAGO

empresarial
Energia
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/0001-89 (taxa Extraord. 19.301.320-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ DO PI

Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO

SEU CÓDIGO

1567035-0

Nº da Nota Fiscal 019991090

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 70.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
ABRIL/2019
VENCIMENTO
12-04-2019
CONSUMO (kWh)
119
TOTAL A PAGAR (R\$)
123,82

RONALDO DE FREITAS BARBOSA
R. RITA COUTINHO 25 QUADRA 02 LOT 25
CPF: 000.706.854.79315
CEP: 64.455-000 - BARRO DURO

LOT PEDRO CATUBI

ROT: 188.085.04.05.020120

DADOS DA LEITURA
Atual: 1631
Anterior: 1512
Constante de Multiplicação:
Consumo Medido: 119
Consumo Naturado: 119
Forma de Faturamento: NORMAL
Código de Irregularidade:
FCAH
Dias de Contagem: 28

CLASSIFICAÇÃO
Grupo/Sub-Grupo
Ligação
Número Medidor
Ponto
Código Paz
Módulo 12 meses

MONO
1.1.1.1
96

DESCRIÇÃO DA CONTA
CONSUMO 119 A R\$ 0,866070 = 103,06
CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP) 18,51
MULTA POR ATRASO 03/19-00 2,11
JUROS POR ATRASO 03/19-00 0,14

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 119 - 0,62268

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$
03/2019 47,91

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-04-2019, o não pagamento por-
tante onusar também a inclusão do nome do consumidor na
dívida. Isso torna efetivo o pagamento favor desconsiderar
esta aviso.

REVISÃO TARIFARIA EXTRAORDINÁRIA MÉDIA DE -1,45% A PARTIR DE 01/0
4/2019, CONFORME RESOLUÇÃO ANEEL 2.523/2019.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO

REF52 C984 46F1 442C 4CF9 5925 C971 E4D3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Descrição	Valor	Base de Cálculo	Alíquota/ICMS	Valor do ICMS	Valor do PIS	Valor do COFINS
Energia	21,67	103,06	22,00%	22,67	1,13	5,21
Transmissão	42,85					
Encargos	7,07					
Outros	3,46					
Total	29,01					

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	CIC		PIC		SPIC		SCIC	
	Atual	Trimestral	Atual	Trimestral	Atual	Trimestral	Atual	Trimestral
Energia	8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,48	
Transmissão	0,00			0,00			0,00	
Encargos								

SÃO PEDRO DO PIAUÍ 02/2019 17,79

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JUL 2019

DPVAT

TIM S.A.
Rua Leonardo Aragão, 1514
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 02.421.421/0001-08 - IE: 134445895
CNPJ da Mevix: 02.421.421/0001-17

TIM
BLACK

Página 1 de 2

R\$ 158,05

VENCIMENTO

25/05/2019

EMIÇÃO: 07/05/2019

POSTAGEM: 17/05/2019

FATURA: 3806497148

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RENTIMÉNTIA TIM/COMPANHIA DEBÍTO AUTOMÁTICO

Serviços TIM S.A.

VALOR

Oferta TIM Pós C Plus

R\$ 150,01

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

R\$ 8,04

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

Desc Relac 25% Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal:

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Video

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

TIM Video Premium

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	30	07/04 a 06/05	199,99
-	-	1/6	30	07/04 a 06/05	-49,98
10GB	418,2MB	1	30	07/04 a 06/05	150,01
Ilimitada	181m36s	1	30	07/04 a 06/05	Incluído *
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
Total de Mensalidades					150,01

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPÓSTO TIM S.A.

CONTA
PÓS-PAGAMENTO - Descontos e Vantagens
e S. CONTINUA - Serviços Não Pagamento

ALÍQUOTA

30%

3,60%

9,25%

BASE DE CÁLCULO

R\$ 117,16

VALOR

R\$ 35,25

FUST:

R\$ 0,39

FUNTEL:

R\$ 0,39

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)

Franquia(s)

R\$ 145,69

SVA

R\$ 56,50

Descontos(s) Franquia(s)

R\$ -35,37

Descontos(s) SVA

R\$ -13,61

Por atendimento à Lei 12.741/2012

As expressões de FUST (3%) e FUNTEL (0,39%) não são representadas em cartões

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

22 JUL 2019

DPVAT

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de internet toda mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA

MAI/2019

DATA DE EMISSÃO

07/05/2019

DATA DE VENCIMENTO

25/05/2019

VALOR

R\$ 158,05

54640009001 - 0

58050109011 - 3

00380649714 - 9

80121536776 - 5

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Adriana Carla de Sousa Silvainscrito (a) na CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioGelmo Evangelista da Silvainscrito (a) no CPF sob o Nº 034.603.193 / 13do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gelmo Evangelista da Silvainscrito (a) no CPF sob o Nº 034.603.193 / 13, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Esplanada Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com</u>	CEP: <u>64.325-000</u>	Tel.(DDD): <u>(86) 99981-6008</u>

Local e Data: Esplanada Veloso - Piauí - PI 16.07.2019Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

CONSULTA BÁSICA

DATA: 17/04/19

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Belmo Evangelista da Silva
Data de Nascimento: 19/08/1987 Idade: 31 Telefone: _____
Endereço: _____ Município: _____
Identidade: _____ Nº CNS: 702408520522324

COLETA DE DADOS:

Alergias: ☒ (S) (N) Dipirano
H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) AVC (S) (N) _____
Cirurgias (S) (N) _____ Outras: _____
Medicações em Uso: _____

EXAME FÍSICO:

PA: _____ TAX: _____ Glicemia: _____ FC: _____ FR: _____
Peso: _____ Altura: _____ Sat O₂: _____
Queixa Principal: Trauma pé dir. antem
Hipótese Diagnóstica: _____
Prescrição: _____

① Voltaxem - 1 amp, IM.
② Receita
③ RaioX pé dir.

5:30
Kondy
PJ CORRETOR
DE SEGUROS
22 JUL 2019
DPVAT

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Hemograma () Biot químico () Enz. Card. () EAS () RX () USG () TC () BCG () TGO () TGP ()
Parasitológico de Fezes ()

Estevam Lourenço
MÉDICO
CRM: 1693

Assinatura do Médico e Carimbo

Belmo Evangelista da Silva
Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

OBS.: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.



ALTA

**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Celso Evangelista da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 509190

PJ CORREIO
DE SEGURANÇA
22 JUL 2019

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. Octó Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 3446

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

SUS SUS

Imp: 22/04/2019 18:52:13

User: VALÉRIO MENDES

(Estação: RECUPERAC2)

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

Nome: GELMO EVANGELISTA DA SILVA		Prontuário: 509120
Mãe: MARINEZ EVANGELISTA DA SILVA	Pai:	
End.Resid.: BAIRRO LUCIANA - LUCIANA - BARRO DOUR - PI - CEP: 64455-000		
Nascimento: 19/08/1987	Idade: 31a8m3d	Sexo: Masculino Fone: 86-94741-417
Responsável: O MESMO	CNS: 702408520522324	
Profissão: LAVRADOR	CPF: 034.603.193-13 * RG: -	
G. Instrução: Não Informado	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 718182	Data: 22/04/2019 18:29:23	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Travando no pi (D)
Do e de fratura do
10 MT - fal.

Rx = luxação Humer (D)

PA X mmHg Pulso: FC: bpm Temp.:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Tto Completo

ALTA: ☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retorno ☐ Transf. para:
	DESTINO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs	☐ Família ☐ JIML ☐ Anat. Patol.
ÓBITO:		☐ Internação na Unidade
		Proced. Solicitado:
		CID Compatível:
		Internação:

Gelmo Evangelista da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 09.522.917/0022-02

Imp: 22/04/2019 18:52:19

(VALDENICE MENDES)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: GELMO EVANGELISTA DA SILVA		Prontuário: 509120
Mãe: MARINEZ EVANGELISTA DA SILVA	Pai:	
End.Resid.: BAIRRO LUCIANA - LUCIANA - BARRO DURO - PI - CEP: 64455-000		
Nascimento: 19/08/1987	Idade: 31a8m3d	Sexo: Masculino Fone: 86-94741-417
Responsável: O MESMO	CNS: 702408520522324	
Profissão: LAVRADOR	Documento: CPF: 034.603.193-13	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 718182	Data: 22/04/2019 18:29:23	Clas. Cor: Verde
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S O S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 237511
3-Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: GELMO EVANGELISTA DA SILVA	6 - Prontuário: 509120		
7-CNS: 702408520522324	8-Nascimento: 19/08/1987	9-Sexo: Masculino	CPF: 034.603.193-13
11-Não: MARINEZ EVANGELISTA DA SILVA	12-Fone: 86-94741-417	14-Cor: Sem Informação	
13-Resp: (O MESMO)			
15-Endere: BAIRRO LUCIANA - LUCIANA - CEP: 64455-000	17-Cod. IBGE: 220140	18-UF: PI	19-CEP: 64455-000
16-Munic: BARRO DURO			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE RELATA TRAUMA NO PÉ DIR HA 6 DIAS DOR EDEMA NO PÉ DIR JA COM RX EVIDENCIA LUXAÇÃO DO HALUX
21 - Condições que justificam a internação: INDICADO TRATAMENTO CIRURGICO
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): EXAME CLINICO E RX
23-Diagnóstico Inicial: Fratura de ossos do metatarso

PROCEDIMENTO SOLICITADO

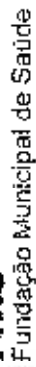
28-Cod.Proced.: 0408050462	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIAIS	Tempo SL
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01 CPF: 776.327.883-34	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO	34-Data Solicitação: 22/04/2019	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documeto: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>N Gelmo Evangelista da Silva</i>		Usuário: [VALDENICE MENDES] Consulta Local: 718132 Consulta SUS: Impressão: 22/04/2019 18:51:22



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

Dr. Cabo Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PR-11567

DATE: 10/10/87
NAME: SIMON, ANDREW
MATERIALS: SAME - H/T
CONTENTS: ORIGINAL

Upd on Secum Port

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/04/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Georgio Evangelista de Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>507120</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Luxação do ombro</u>	CIRURGIA: <u>RAFL</u>
ANESTESIA: <u>Ropie</u>	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos de Oliveira Neto</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Médico Ortopedista</u>	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 211	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	07		LUVA Nº 8.0	PAR	07	
AGULHA 40X12	UNID.	07		LUVA Nº 7.5	PAR	07	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	00	
ALCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	07		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	01	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	00	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	—	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 20	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Georgio Neto</u>			
PROLENE							

22 JUL 2019

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL: H.U. Teresina CNPJ: _____
 PACIENTE: Juliano Evangelista da Silva Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto CRM: _____ CPF: _____
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

JUSTIFICATIVA

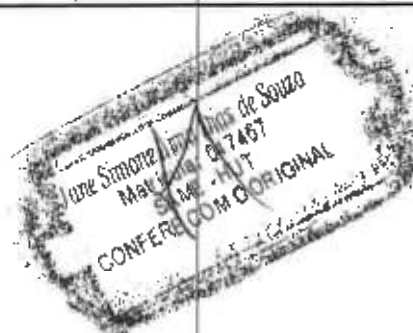
O2 Pós Amputação M15
 Ferimento aberto
 flebo x D

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

DATA: 23/04-2019

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR



DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante



centro cirúrgico

509120

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PR: 3854

1^o Assistente

2º Assistente

3° Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anesthesia

Anestésico(a)

Data da Operação

In[clo

Firm

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRICÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Pariete Myotome - Ampère, Autopne
- Auto Mech. Flox
- Perodo interperiodo
- Pulcos - Filogeo mantouca
- d. f. 12. us 1, 5 - phox
- Ampère - Felene - Ampère

Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE: RODRIGO EVAN DELGUA DA SILVA				Nº DE REGISTRO		
DATA: 23/4/19	P. ARTERIAL: 110/70	PULSO: 64	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES			
		1				
		2				
		3				
LIQUIDOS	SO-UTO 500					
	400					
	SANGUE 300					
	200					
	OUTROS 100					
TEMPERATURA T	38	260				
		240				
P. ARTERIAL		2				
V		200				
O		180				
PULSO		160				
		140				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120				
		100				
INÍCIO F FIM OPERAÇÃO		80				
		60				
RESPIRAÇÃO O		40				
		20				
		0				
SÍMBOLOS			DURAÇÃO			
TÉCNICAS			INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
Médico Anestesiologista						
CRM: 530 CPF: 066.011.893-91						
PARTICULARIDADES						



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Cino 1820 - Redenção - Fone: 35 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GELMO EVANGELISTA DA SILVA** (Prontuário: 509120)
 Endereço: BAIRRO LUCIANA - LUCIANA - BARRO DURO - PI CEP: 64455-000
 Nascimento: 19/08/1987 Idade: 31a8m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 237511
 Requisição: 946294 Solicitação: 23/04/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
 Controle: 1201377 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 235

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 23/04/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Artrodese metatarso-falangeana no hallux com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume das partes moles.
- Redução mantida.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 13/05/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. O. Le Tiro 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.522.917/0022 02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GELMO EVANGELISTA DA SILVA** (Prontuário: 509120)
 Endereço: BAIRRO LUCIANA - LUCIANA - BARRO DURO - PI CEP: 64455-000
 Nascimento: 19/08/1987 Idade: 31a8m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 237511
 Requisição: 946294 Solicitação: 23/04/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
 Controle: 1201377 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 235

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 23/04/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Artrodese metatarso-falangeana no hallux com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume das partes moles.
- Redução mantida.

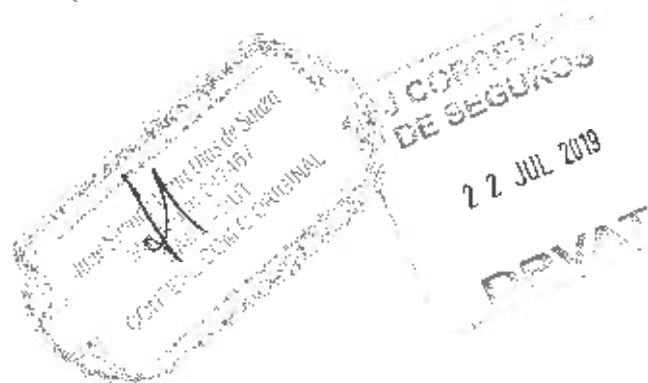
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 13/05/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF. 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GELMO EVANGELISTA DA SILVA** (Prontuário: 509120)
 Endereço: BAIRRO LUCIANA - LUCIANA - BARRO DURO - PI CEP: 64455-000
 Nascimento: 19/08/1987 Idade: 31a8m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 237511
 Requisição: 946294 Solicitação: 23/04/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
 Controle: 1201377 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 235

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 23/04/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Artrodese metatarso-falangeana no hallux com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume das partes moles.
- Redução mantida.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 13/05/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





PJ CORRETORA
DE SEGUROS
22 JUL 2019
DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SISTEMA DE REGISTRO NACIONAL
DE TRANSPORTES E VEÍCULOS
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

DOC. IDENTIFIC. DO CONDUTOR
1554703040

CPF
045.394.423-53

DATA DO NASCIMENTO
20/07/1977

FLUXO
JOSE MENEZES DA SILVA
MARIA CARMELO DA
SILVA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

VALIDADE
03/01/2019

PROBIDADE
04/01/2019

VALORES EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1554703040

PROBIDADE PLASTICA
1554703040

ASSINATURA DO CONDUTOR
Adriana Carla de Sousa Silva

LOCAL
TERRAVERDE, PI

DATA DE EMISSÃO
04/01/2019

30054008122
PI315287830

PIAUI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
22 JUL 2019
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - MA Nº 013549745809
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MA 00810939983 EXERCÍCIO 2018

GELMO EVANGELISTA DA SILVA

03460319313 PLACA HPQ4276

HPQ4276 MA 9C2JD20103R013630

PAS/MOTOCICLETA GABOLINA

HONDA/NXR125 BROS KS 2003 2003

00002P/0124 CIL PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
27,42	16/03/18	1ª
FAIXA L.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª
1	0,00	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180,65 IOF (R\$) 0,70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185,50 DATA DE PAGAMENTO 10/01/18

MOTOR: JC30EB3013630
BR /SEM RESERVA DE DOMÍNIO

MA 00810939983
FERNANDO BARRA DO GONDES MA 30/01/18

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - O APÓCULO CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA DO NEN - SEGURO DPVAT

MA Nº 013549745809 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
03460319313 PARA SUAS INFORMAÇÕES, LEIA NO BILHETE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 30/01/18

MA 03460319313 PLACA HPQ4276

RENAVAM 00810939983 MARCA / MODELO HONDA/NXR125 BROS KS

ANO FAB 2003 DATA 9 Nº CHASSI 9C2JD20103R013630

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,03	90,33
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER LÍQUIDO SEGURO (R\$)
4,15	0,70	185,50

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/01/18

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

00100 158

PJ CORRETORES
DE SEGUROS

22 JUL 2018

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190440868 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GELMO EVANGELISTA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO HÁLUX DIREITO. P5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. P9
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190440868 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GELMO EVANGELISTA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO HÁLUX DIREITO. P5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. P9
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: GELMO EVANGELISTA DA SILVA
RG: 029755982005-7 ORGÃO EMISSOR: SSP-MA CPF: 034.603.193-13
NACIONALIDADE: BRASILEIRO EST. CIVIL: CASADO PROFISSÃO: LAVRADOR
ENDEREÇO: RUA RITA COUTINHO 25 A 02 LOT 25 N° 25
BAIRRO: PEDRO BATURI CEP: 64.455-000 CIDADE/UF: BARRO DURO
TELEFONE: (86) 99981-6008 (-) (-)

OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RG: 1.651.371 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 849.394.433-53

NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMO

ENDEREÇO: RUA SETE DE SETEMBRO N° 244

BAIRRO: CENTRO CEP: 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUÍ

TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99473-5001 (86) 99402-2764

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

22 JUL 2019

DEVOL

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR O OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE CONFIO PODERES ESPECÍFICOS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR E SOLICITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO REFERENTE AO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO ÀS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA E SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDOS PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE A:

VITIMA: GELMO EVANGELISTA DA SILVA

CPF: 034.603.193-13 DATA DO ACIDENTE: 17/04/2019

COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DABS ☐ MORTE

BARRO DURO - PIAUÍ 14.05.2019

local e data

Gelmo Evangelista da Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço verdadeira Firma de
Gelmo Evangelista da
Silva.
do que dou fé. Em test. Antônio da verdade.
Barro Duro-PI, 14/05/2019
Antônio
Taberlan



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247871/19

Vítima: GELMO EVANGELISTA DA SILVA

CPF: 034.603.193-13

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/04/2019

Titular do CPF: GELMO EVANGELISTA DA SILVA

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

GELMO EVANGELISTA DA SILVA : 034.603.193-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/07/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL