

---

**Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200018228**

**Vítima: ANDERSON MAIA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 14/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANDERSON MAIA DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200018228                      Vítima: ANDERSON MAIA DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/10/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDERSON MAIA DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200018228**

**Vítima: ANDERSON MAIA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 14/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANDERSON MAIA DOS SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Banco Itaú S/A

PROTOCOLO DEPOSITO DINHEIRO CAIXA ELETRONICO  
BANCO 341 CTR 000001 06/01/2020 14.02.21

AGENCIA: 4826 CONTA CORRENTE: 36708-0

R\$ ~~2,00~~

ANDERSON SANTOS

CAIXA ELETRONICO 10179/0344-TRESINA

DEPOSITOS REALIZADOS APOS O HORARIO DE  
EXPEDIENTE BANCARIO ESTAO SUJEITOS A  
EFETIVACAO SOMENTE NO DECORRER DO PROXIMO DIA  
UTIL. DEPOSITOS REALIZADOS AOS SABADOS,  
DOMINGOS E FERIADOS SAO EFETIVADOS NO DECORRER  
DO PROXIMO DIA UTIL.

SE HOVER DIFERENCA NO ENVELOPE, SERA LANÇADO  
O VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NAO SERA ABERTO  
E PERMANECERA POR 60 DIAS NA AGENCIA ONDE FOI  
DEPOSITADO, PARA COMPROVACAO. NESTES CASOS,  
APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO  
CLIENTE SERA CREDITADO E ESTORNADO NO EXTRATO.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013525/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/12/2019 10:23 Data/Hora Fim: 19/12/2019 10:32  
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 14/10/2019 15:30

Local do Fato

Município: Teresina (PI)  
Logradouro: Rua Magalhaes Filho Norte

Bairro: Centro  
Nº: 651  
CEP: 64.000-128

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB )	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDERSON MAIA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina  
Profissão: Auxiliar Administrativo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: MARIA REIS MAIA VIEIRA DE SA

Sexo: Masculino Nasc: 15/09/1999  
Escolaridade: Ensino Médio Completo

Nome do Pai: CELSO DE ARIMATEIA DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 065.799.403-01  
RG - Carteira de Identidade: 4003346

Endereço

Município: Teresina - PI  
Logradouro: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA  
Bairro: MAFRENSE

Nº: 6141  
CEP: 64.008-760

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 008.890.173-44

Renavam 00361922647

Número do Chassi 9C2JC4820CR251645

Cor PRETA

Município Veículo Teresina

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa ODZ9649

Número do Motor JC48E2C251645

Ano/Modelo Fabricação 2012/2011

UF Veículo Piauí

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar  
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior  
Data de Impressão: 19/12/2019 10:32  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2  
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA


Nº: 013525/2019

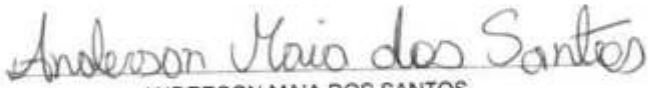
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 13/10/2011	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
ANDERSON MAIA DOS SANTOS	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição NÃO IDENTIFICADO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MENCIONADA, PROPRIEDADE DE FRANCISCA LEOPOLDINA MAIA VIEIRA DA SILVA E QUE TRAFEGAVA PELA CITADA VIA, MOMENTO EM QUE A MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA QUE TRAFEGAVA POR UMA VIA TRANSVERSAL INVADIU A VIA PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTOCICLETA DO COMUNICANTE. QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU (2168) E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT CONFORME PRONTUÁRIO 525.724. É O REGISTRO. O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT. QUE NÃO TEM INTERESSE EM MOVER AÇÃO PENAL.

ASSINATURAS

  
Jerônimo Soares Lima Junior  
Agente de Polícia  
Matrícula 0094761  
Responsável pelo Atendimento

  
ANDERSON MAIA DOS SANTOS  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

065.799.403-01 Anderson mau dos Santos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

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

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

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Dados do Chamado	01 Nº do chamado 2568	02 Data do chamado 14/10/2019	03 PRO (código) 9904	04 Saída do PA 15/11/16	05 Chegada ao local 16/013
	06 Saída do local 16/113	07 Chegada ao 1º hospital 16/015	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Jussara Filha Centro				
	11 Bairro Centro Norte	12 Município-UF Teresina	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência DNOCs				
	14 Nome Anderson Maia do Santo	15 Sexo <input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Ignorado			
Tipo de Ocorrência	16 Idade 51.09.99	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim <input checked="" type="radio"/> 2- Não <input type="radio"/> 9- Ignorado	
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima <input checked="" type="radio"/> 20 Meio de locomoção <input checked="" type="radio"/>	21 Outra parte envolvida <input checked="" type="radio"/>		22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinturão de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 88 Resp. 10/10 PA 110/70 TAX. 98/1 SatO2 98/1
	25 Local da lesão 				
Assistência	26 Pupilas <input checked="" type="radio"/> 1 - Iguais <input type="radio"/> 2 - Desiguais		27 Pulso Radial <input checked="" type="radio"/> 1 - Cheio <input type="radio"/> 2 - Fino <input type="radio"/> 3 - Ausente		
	28 Sangramento <input checked="" type="radio"/> 1 - Sim <input type="radio"/> 2 - Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Hospital de Destino	30 Fratura 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não <input type="radio"/> 3 - Suspeita <input type="radio"/>		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input checked="" type="checkbox"/> Assistência obstétrica		
	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada <input checked="" type="radio"/> 1 - Melhorado <input type="radio"/> 2 - Piorando <input type="radio"/> 3 - Inalterado		
Observações Interdisciplinar	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte				
	35 Observações Paciente 20 anos, sofreu colisão de moto com moto com trauma em região frontal com hematoma + dor + irritação em ombro (D) consequente, orientado.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE <u>André</u> Enfermeiro Condutor <u>Edivaldo Silva</u>			

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON MAIA DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04826

CONTA: 000000036708-0

---

Autenticação:

121F3C0931C765A7CF04B14D605431AC3785218EAD6CB06CEC0123C2E6C787B5

**equatorial**  
ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

1740124-0

Nº da Nota Fiscal 029991386

A Tarifa social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS  
**NOVEMBRO/2019**

VENCIMENTO  
**03-12-2019**

CONSUMO (kWh)

269

TOTAL A PAGAR (R\$)

276,55

ANDERSON MAIA DOS SANTOS  
R. EMÍLIO RODRIGUES DA CUNHA 6141 6141/1MAFRENSÉ  
CPF: 00006579940301  
CEP: 64.008-760 - TERESINA

ROT: 10.001.34.38.444301

DADOS DA LEITURA

Atual: 275  
Anterior: 0  
Constante de Multiplicação: 1,000  
Consumo Medido: 269  
Consumo Faturado: 269  
Forma de Faturamento: NORMAL

Atual: 13/11/2019  
Anterior: 26-09-2019  
Próxima Leitura: 13-12-2019  
Emissão: 12-11-2019  
Apresentação: 29-11-2019  
Dia de Consumo: 48

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL MONO  
Ligação: 1501004373  
Número Medidor: 1501004373  
Poste: 1.1.1.1  
Código Fat.: 1.1.1.1  
Média 12 meses: 0

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo  
OUT/19 0  
SET/19 0  
AGO/19 0  
JUL/19 0  
JUN/19 0  
MAI/19 0  
ABR/19 0  
MAR/19 0  
FEV/19 0  
JAN/19 0

CONSUMO 269 A R\$ 0,951343 = 255,91  
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 2,51  
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 3,79  
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 3,79

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 269 - 0,039621

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 12-11-2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO  
COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)

Distribuição: 50,33  
Energia: 97,25  
Transmissão: 16,44  
Encargos: 8,05  
Tributos: 83,84

Base de Cálculo: 255,91  
Alíquota ICMS: 27,00%  
Valor do ICMS: 69,09  
Valor do PIS: 1,40%  
Valor do COFINS: 6,49%  
12,12

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
	DNC			FIC		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	0,05	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00
Realizado	0,05	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 031895629

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

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)  
DEZEMBRO/2019 31/12/2019 271 273,19

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 000844017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.30.14.045400

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	22372	24/12/2019
Anterior:	22101	25/11/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	271	23/01/2020
Consumo Faturado:	271	Emissão:
Forma de Faturamento: NORMAL	FCAM	24/12/2019
Código de Irregularidade:		Apresentação:
		Dias de Consumo: 29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	257

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 271 A R\$ 0,905468 = 245,38
NOV/19 277	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 20,60
OUT/19 394	CORRECAO MONETARIA DA 11/19-00 0,04
SET/19 368	CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00 0,52
AGO/19 285	MULTA POR ATRASO DE I 11/19-00 0,43
JUL/19 222	JUROS DE MORA ATRASO 11/19-00 0,06
JUN/19 205	MULTA POR ATRASO 11/19-00 5,36
MAI/19 204	JUROS POR ATRASO 11/19-00 0,80
ABR/19 178	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 3,00
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,94
FEV/19 297	

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ A 271 = 0,633512

**VERIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 23/12/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 043D.E0CA.CE64.4FFE.051F.DECE.46F9.9909

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 50,23	Base de Cálculo: 245,38 179,12
Energia: 97,05	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 16,41	Valor do ICMS: 66,25
Encargos: 8,03	Valor do PIS: 0,73% 1,32
Tributos: 73,66	Valor do COFINS: 3,40% 6,09

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	DICB
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto TERESINA-MACAUBA						Período de aplicação:	10/2019	ELSD: 139,5

ROT: 17.001.30.14.045400

83640000002 9 73190017000 2 000000000051 3 86971219008 9



# 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roge Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anderson Nave Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.799.403/01, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Anderson Nave Dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.799.403/01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

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

Teresina, 03 de Janeiro de 2020  
Local e Data

Nelle Roge Soares Marques  
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Francisca Leopoldina Maia Vieira de Sá  
RG nº 2.776.435, data de expedição 31/07/18,  
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 008.890.173-44,  
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Mangueira, nº 4955,  
complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
× Anderson Maia dos Santos, cujo o condutor era  
× Anderson Maia dos Santos.  
Veículo: moto Modelo: Honda 160Z 125 ES Ano: 2011  
Placa: DDZ-9649 Chassi: 9C2JC4820CR251645  
Data do Acidente: 14/10/19

Local e Data: Teresina 19 de Dezembro 2019.

× Francisca Leopoldina Maia Vieira de Sá  
Assinatura do Declarante

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

**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua Lúcio Nogueira, 1213 - Centro - CEP: 64000-300 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0100 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br  
Tribuna Analândia Gonçalves de Sampaio Pereira

Cartório  
Thermistocles  
Sampaio  
3º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCA  
LEOPOLDINA MAIA VIEIRA DE SA. DOU FE. EM TEST. Sim DA  
VERDADE. Teresina-PI 19/12/2019. Selo: AAP10538-AW4S  
[www.tjpi.jus.br/portalestre](http://www.tjpi.jus.br/portalestre)

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escritora Autorizada  
Emol:3,85-TJ:0,77 FMDR/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:55  
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO

**3º OFÍCIO DE NOTAS**

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SEL'







# 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

ORTOP 120  
- Neu OK  
- Ortop OK

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>ANDERSON MAIA DOS SANTOS</b>		Prontuário: <b>525724</b>	
Mãe: <b>MARIA REIS MAIA VIEIRA DE SA</b>	Pai:		
End. Resid.: <b>RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI - CEP: 64069-990</b>			
Nascimento: <b>15/09/1999</b>	Idade: <b>20a0m29d</b>	Sexo: <b>Masculino</b>	Fone: <b>86-99494-7878</b>
Responsável: <b>MARIA REIS MAIA VIEIRA DE SA</b>	CNS: <b>700607933608263</b>		
Profissão: <b>ESTUDANTE</b>	Documento: <b>Reg.Nasc: NAO INFORMADO</b>		
G. Instrução: <b>Médio Completo</b>	E.Civil: <b>Solteiro(a)</b>		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>746466</b>	Entrada: <b>14/10/2019 16:24:06</b>	Convênio: <b>S U S</b>	Proced: <b>0301060061</b>
Motivo da Procura			
Conforme Paciente/Acomp: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>			
Condução: <b>AMBULÂNCIA DO SAMU</b>			

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: <b>TRAUMA MAIOR</b>	Classificação: <b>Dor moderada</b>	Cor: <b>Amarelo</b>
Breve História Clas. Risco:		
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, SOG:15 HEMATOMA EM FACE ESQUERDA E DOR EM OMBRO DIREITO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA		
		SABRINA LOBATO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 14/10/2019 16:32:55

SSVV: (Hora: <b>16:24</b> : <b>06</b> )
Peso: <b>0,00</b> Kg   Altura: <b>0,00</b> M   IMC: <b>0,00</b> Kg/m2   Pulso: <b>bmp</b>   Pressão: <b>mmHg</b>

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO MOTO-MOTO) HÁ CERCA DE 30 MINUTOS, USANDO CAPACETE (TCE LEVE). NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, RINORRAGIA, OTORRAGIA. REFERE DOR EM OMBRO DIREITO. UTILIZANDO COLAR CERVICAL.

4) VIAS AÉREAS PÉRVIAS

5) MV +, BILATERAIS, DIMINUÍDOS EM AMBOS OS HEMITÓRACES. FR: 32 IRPM

6) PA: 130/80 MMHG. PULSO CHEIO, FORTE, TEC > 2 SEG.

7) GLASGOW 15

8) ESCORIAÇÕES EM FACE, MIE E PÉ ESQUERDO.

### Exame Inicial:

### Exames Complementares:

(1335075) - T.C. DE CRÂNIO  
(1335076) - T.C. DE COLUNA CERVICAL  
(1335077) - OMBRO DIREITO

### Prescrição Médica:

RAIO-X REALIZADO  
DATA **14/10/19** HORA **19:26**  
TÉCNICO: **Daniela**

TOPOGRAFIA REALIZADA  
DATA **14/10/19** HORA **17:24**  
TÉCNICO: **Daniela**

### Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: **14/10/19** HORA: **19:26**

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
CRM: Em: 14/10/2019 16:52:28


**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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)  
 Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
 Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a0m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466  
 Requisição: 1012275 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
 Controle: 1335075 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 14/10/2019

**T.C. DE CRANIO**

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

**RELATÓRIO:**

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL DIREITO.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

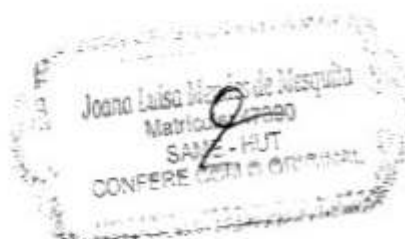
LUIS CEZARI

TERESINA - PI 14/10/2019

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)  
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a0m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466  
Requisição: 1012275 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1335076 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 14/10/2019

**T.C. DE COLUNA CERVICAL**

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

**RELATÓRIO:**

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

OB: FRATURA CLAVICULAR À DIREITA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/10/2019

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)  
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466  
Requisição: 1012277 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1335078 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 14/10/2019

**TORAX PA E PERFIL**

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MADIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- SEIOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

**CONCLUSÃO:** EXAME NORMAL

RANCI SILVA)

TERESINA - PI 25/10/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

José Luis Medina Prado  
Médico  
SAE - PI  
CONFERE COPIA

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)  
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA Nº141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466  
Requisição: 1012301 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO  
Controle: 1335137 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 14/10/2019

**CLAVICULA DIRETA**

Estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio da clavícula direita.
- Partes moles sem particularidades.

CAIO ANTONIO

TERESINA - PI 27/10/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

João Luiz Mendes de Albuquerque  
Médico  
SANE -  
CONFIRMAÇÃO



**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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)  
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466  
Requisição: 1012278 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1335079 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 14/10/2019

**OMBRO DIREITO**

Exame radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Seguintes aspectos observados:

- Fratura no terço médio da clavícula direita.
- Partes moles sem particularidades.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/10/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

JOAO LUIS MEDINA PRADO  
Médico  
SAU  
CONCEPÇÃO



# 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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)  
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466  
Requisição: 1012319 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1335180 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 14/10/2019

### CLAVICULA DIRETA

O estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em PA, perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio da clavícula.
- Partes moles sem particularidades.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/10/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687  
Profissional Responsável

*[Handwritten signature and stamp]*  
Joaquim  
Médico  
SA  
Solicitação: 14/10/2019


**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)  
 Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA Nº141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
 Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a0m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 748466  
 Requisição: 1012275 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
 Controle: 1335076 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 14/10/2019

**T.C. DE COLUNA CERVICAL**

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

**RELATÓRIO:**

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

Obs: FRATURA CLAVICULAR À DIREITA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/10/2019

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

João José  
 Médico  
 R. 1000  
 S. 1000  
 CONFERIR


**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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)  
 Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N5141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
 Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a0m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466  
 Requisição: 1012275 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
 Controle: 1335075 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod SIA: 0206010079

Data Exame: 14/10/2019

**T.C. DE CRANIO**

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

**RELATÓRIO:**

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL DIREITO.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 14/10/2019

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

João Luiz...  
 CONFER...

**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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)  
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466  
Matrícula: 1012277 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1335078 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Data Exame: 14/10/2019

**TORAX PA E PERFIL**

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.  
As seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- TORÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

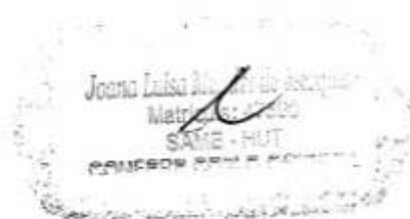
(RANCI SILVA)

TERESINA - PI 25/10/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

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

PAGE 01/01

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)  
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466  
Requisição: 1012278 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1335079 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 14/10/2019

### OMBRO DIREITO

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

- Fratura no terço médio da clavícula direita.
- Partes moles sem particularidades.

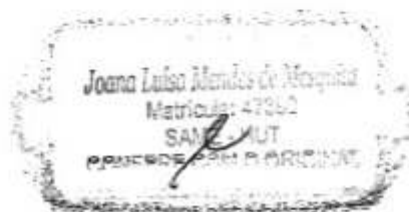
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/10/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)  
 Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
 Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466  
 Requisição: 1012301 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO  
 Controle: 1335137 Convênio: SUS

**RELATÓRIO:**

Cod SIA: 0204040060

Data Exame: 14/10/2019

**CLAVICULA DIRETA**

Estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em

na perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio da clavícula direita.
- Partes moles sem particularidades.

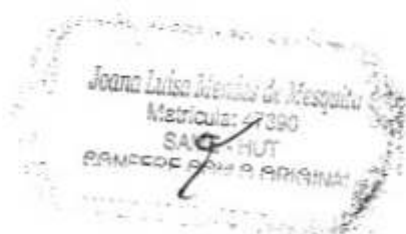
JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/10/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

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: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)  
Endereço: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
Nascimento: 15/09/1999 Idade: 20a1m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746466  
Requisição: 1012319 Solicitação: 14/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1335180 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod SIA: 0204040060

Data Exame: 14/10/2019

### CLAVICULA DIRETA

Estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio da clavícula.
- Partes moles sem particularidades.

JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/10/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Lúcia Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47392  
SAU - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



Sr(a). ANDERSON MAIA DOS SANTOS

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 14/10/2019  
BO=013525/2019

HD FRATURA DA CLAVICULA D

FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM  
TIPOIA AMERICANA DURANTE 60 DIAS ,  
POSTERIORMENTE FISIOTERAPIA DURANTE  
60 DIAS

EF DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD  
ATROFIA MUSCULAR EM MSD  
F=90,E=20,AD=30,AB=90 GRAUS

RX =FRAT DE CLAVICULA D

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA  
COM PERDA DE 50 % EM MSD

Dr. Edmar de Souza Lima Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294  
TEOF 8050

Teresina 06 de Marco de 2020

UNIDADE BARÃO  
AV. BARÃO DE GURGUÊIA 3450  
(86) 3221-5170

UNIDADE DIRCEU  
AV. JOSÉ FRANCISCO DE  
ALMEIDA NETO 2650  
(86) 3236-9550

UNIDADE JOÃO  
AV. AVIADOR  
IRAPUÁ ROCHA 1115  
(86) 3303-7353

Dr. Edmar de S. Lima Junior  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 2313-PI  
(86) 3231-0001

UNIDADE COB  
RUA CASTELO DO  
PIAUÍ 3292  
(86) 3214-1600



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



PI

NOME  
ANDERSON MAIA DOS SANTOS



DOC. IDENTIFIC./ORG. EMISSORA  
4003346 SSP PI

CPF  
065.798.403-01

DATA NASCIMENTO  
15/09/1999

PROFISSÃO  
CELSO DE ARIMATEIA  
DOS SANTOS  
MARIA REIS MAIA  
VIEIRA DE SA

PERMISSÃO  
PERMISSÃO

ACC  
B

CAT.VEIC.  
AB

Nº REGISTRO  
07227968997

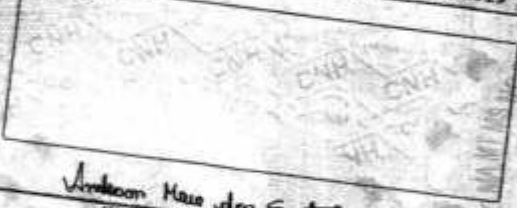
VALIDADEZ  
17/03/2020

P. HABILITAÇÃO  
18/03/2019

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1831761140



OBSERVAÇÕES



*Anderson Maia dos Santos*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
TERESINA, PI

*Anderson Maia dos Santos*  
ASSINATURA DO EMISSOR

DATA DE EMISSÃO  
18/03/2019

45004417048  
PI320650077

PIAUI

PROIBIDO PLASTIFICAR

1831761140

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI 9020170621096 Nº 01420B081615  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA 1 361922647 COD. RENAVAM 2 RNT/R.C. EXERCÍCIO 2019

FRANCISCA LEOPOLDINA MAIA VIEIRA DE  
SA

00B89017344  
PLACA ANT / CP 9C2JC4820CR251645  
PLACA ODZ-9649

PAS/MOTONETA / NENHUMA

HONDA/BIZ 125 ES

002P/124CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

1ª VENC. / COTAS 1ª IPVA  
2ª VENC. / COTAS 2ª IPVA  
3ª VENC. / COTAS 3ª IPVA

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURO DEGI PAGO OBRIGATORIO

A/FIDUCIARIA ADMINISTRADORA DE CONS N  
NÃO VALDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA

ARMADOR DO REG. LOBO  
TITULAR GERAL DO DETRAN - PI

4/10/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT  
PI Nº 01420B081615 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 4/10/2019  
CPF / CNPJ 00B89017344 PLACA ODZ-9649

RENAVAM 361922647

ANO FAB 2011

CAT. ANT 09

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRB (R\$) 36,04

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

CUSTO DO SEGURO (R\$) 4,00

IOF (R\$) 0,32

TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$) 84,58

DATA DE QUITAÇÃO 30/09/2019

PAGAMENTO PARCELADO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.408/0001-04

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015862/20

Vítima: ANDERSON MAIA DOS SANTOS

CPF: 065.799.403-01

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/10/2019

Titular do CPF: ANDERSON MAIA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91**

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

**ANDERSON MAIA DOS SANTOS : 065.799.403-01**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200018228 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON MAIA DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 30/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR 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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Anderson Maia dos Santos  
 RG: 4003346 ORG. EMISSOR: SSPI/PI D. EXPEDIÇÃO: SSPI/PI  
 CPF: 065.799.403-01 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Estudante  
 ENDEREÇO: R. Camilo Rodrigues da Cunha Nº: 6341  
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: napense  
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: TELEFONE :

## OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSS/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14  
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: RECUSO  
 ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO Nº: 544  
 BAIRRO: CENTRO CIDADE: TERESINA UF: PI CEP: 64000-235

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

Anderson Maia dos Santos

Data do acidente de trânsito : 14/10/19

Cobertura da vítima : Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina, 20 de Dezembro de 2019.

Anderson Maia dos Santos

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANDERSON MAIA DOS SANTOS. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 20/12/2019. Tel: 3311.75-KV29 www.tjpi.jus.br/portalextre  
 Jessica Aline de Menezes Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
 Emol: 3,85 - TJ: 0,77 FPM/PI: 0,10 Sel: 0,26 Total: 4,98 - OP: 188  
 PROCURAÇÃO PARTICULAR

CONSULTE O SELLO

Cartório  
Tribunais  
Superiores

Est. Lúcio de Almeida

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

CPF: 000.000.000 - Teresina - PI - Fone: (86) 323-3100 - E-mail: [teresina@cartorioamparo.com.br](mailto:teresina@cartorioamparo.com.br)  
Tribunais e Juizados Cíveis e de Família de Teresina - Paraíba

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015862/20

**Número do Sinistro:** 3200018228

**Vítima:** ANDERSON MAIA DOS SANTOS

**CPF:** 065.799.403-01

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 14/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANDERSON MAIA DOS SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020  
Nome: ANDERSON MAIA DOS SANTOS  
CPF: 065.799.403-01

ANDERSON MAIA DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior