

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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:

Documentação médica-hospitalar	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



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

Rio de Janeiro, 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:
n65.799.403-01 Anderson Maria dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Anderson Maria dos Santos 6 - CPF: 065.799.403-01
 7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. Camilo Rodrigues da Cunha 9 - Número: 6141 10 - Complemento: Largo
 11 - Bairro: Morense 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64008-760
 15 - E-mail: edvansleyne2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: 4826 CONTA: 36708
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 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
 NÃO ALFABETIZADO

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 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Anderson Maria dos Santos 02/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



Banco Itaú S/A

PROTÓCOLO DEpósito DINHEIRO CAIXA ELETRONICO
BANCO 341 CTR 000001 06/01/2020 14.02.21

AGÊNCIA: 4826 CONTA CORRENTE: 36708-0

R\$ **300,00**

ANDERSON SANTOS

CAIXA ELETRONICO 10179/0344-TRESINA

DEPÓSITOS REALIZADOS APÓS O HORÁRIO DE EXPEDIENTE BANCÁRIO ESTÃO SUJEITOS A EFETIVAÇÃO SOMENTE NO DECORRER DO PRÓXIMO DIA ÚTIL. DEPÓSITOS REALIZADOS AOS SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS SÃO EFETIVADOS NO DECORRER DO PRÓXIMO DIA ÚTIL.

SE HOUVER DIFERENÇA NO ENVELOPE, SERÁ LANÇADO O VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NÃO SERÁ ABERTO E PERMANECERÁ POR 60 DIAS NA AGÊNCIA ONDE FOI DEPOSITADO, PARA COMPROVAÇÃO. NESTES CASOS, APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO CLIENTE SERÁ CRÉDITADO 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

570702

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

Meio(s) Empregado(s)

Natureza

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

Veículo

EN VOLVIDO(S)

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

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 15/09/1999
Profissão: Auxiliar Administrativo Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome do Pai: CELSO DE ARIMATEIA DOS SANTOS

Nome da Mãe: MARIA REIS MAIA VIEIRA DE SA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 065.799.403-01

RG - Carteira de Identidade: 4003346

Endereço

Município: Teresina - PI

Nº: 6141

Logradouro: RUA EMILIO RODRIGUES DA CUNHA

CEP: 64.008-760

Bairro: MAFRENSE

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 008.890.173-44

Placa ODZ9649

Renavam 00361922647

Número do Motor JC48E2C251645

Número do Chassi 9C2JC4820CR251645

Ano/Modelo Fabricação 2012/2011

Cor PRETA

UF Veiculo Piauí

Municipio Veículo Teresina

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar

Página 1 de 2

Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 19/12/2019 10:32

Protocolo nº: Não disponível





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.

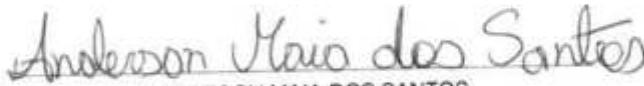
ASSINATURAS


Jerônimo Soares Lima Junior

Agente de Polícia

Matrícula 0094761

Responsável pelo Atendimento


Anderson Maia dos Santos

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 ontem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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:

065.799.403-01

4 - Nome completo da vítima:

Anderson Maia dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Anderson Maia dos Santos

6 - CPF:
065.799.403-01

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Ramilo Rodrigues de Carvalho

9 - Número:
6141

10 - Complemento:
Easo

11 - Bairro:

Neves

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:
64008-760

15 - E-mail:
eduvanslgomes26@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):
(86) 99534-6565

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: Itau

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4826

CONTA: 36708

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 atende 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 (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 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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina à rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Anderson Maia dos Santos

02/08/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 N° do chamado 2568	02 Data do chamado 14/10/2010 11:19	03 PRO (código) 9904	04 Saída do PA 15416	05 Chegada ao local 16013			
Local da Ocorrência	06 Saída do local 16/11/3	07 Chegada ao 1º hospital 16/11/5	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital				
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Juscelino Kubitschek Centro	11 Bairro Centro Norte	12 Município-UF Teresina PI	Código IBGE 06410-000				
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência DNCS							
Acidente de Transporte	14 Nome Anderson Maia dos Santos	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> 9- Ignorado						
Exame Físico	16 Idade 15/09/98	1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				
Assistência de Destino	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	01			
Observações Interdisciplinar	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro _____ 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra _____ 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança				
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-A voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais P脉so 88 Resp. PA 117/70 TAX. Sat02 98%				
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	29 3	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa 10	25 Local da lesão 				
	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	30 Fratura 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2-Não 3-Suspeito <input type="checkbox"/>						
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não							
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred	32 Hospital de Destino HUT	Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	33 Condições de entrada 3 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	Não Removido		
			b) _____ c) _____					
	<i>MASC 20 anos, sofreu colisão de moto, com maoe com fratura em vértebra frontal, com hematomas + dor + hiperfase em ambas, consciente, orientado.</i>							
	Socorristas Médico AE/TE Responsável pela recepção					Enfermeiro Condutor Edvaldo S. Lira		

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 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SERRA 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 10.426 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	03-12-2019	269	276,55

ANDERSON MAIA DOS SANTOS, R. EMILIO RODRIGUES DA CUNHA 6141 6141/1MAFRENSE

CPF: 00006579940301 CEP: 64.008-760 - TERESINA

DADOS DE LEITURA

275
Atual:
Anterior:
Constante de Multiplicação:
Consumo Medido:
Consumo Faturado:

ROT: 10.001.34.38.444301

DATAS DA LEITURA

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

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Integrade:

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL

Ligado: MONO

Número Medidor: 1501004373

Poste: 1.1.1.1

Código Pat.: 0

Média 12 meses

RESIDENCIAL

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo

OUT/19 0 CONSUMO 269 A R\$ 0,951343 = 255,91

SET/19 0 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 20,64

AGO/19 0 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,51

JUL/19 0 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,79

JUN/19 0

MAI/19 0

ABR/19 0

MAR/19 0

FEV/19 0

JAN/19 0

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 269 - 0,951343

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Parabens! Até o dia 12-11-2019, não constatamos faturas vencidas

nessa Unidade Consumidora.

Você pode pagar suas dívidas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato com a sua rede de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 0561-5639-6530-6277 CGE-8554-8541-6550

COMPOSIÇÃO DA CONTABILIZADA

Distribuição: 50,33 Base de Cálculo: 255,91 186,81

Energia: 97,25 Alíquota ICMS: 27,00% 69,09

Transmissão: 16,44 Valor do ICMS: 69,09

Encargos: 8,05 Valor do PIS: 2,63

Tributos: 83,84 Valor do COFINS: 1,40% 12,12

INDICADORES DE CONTINUIDADE 6,49%

DNC

FIC

DMIC

DCR

Mensal Trimestral Anual Mensal Anual Mensal Anual

Límite 0,05 0,00 0,00 0,03 0,00 0,00 0,03

Baixado 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição 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: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.30.14.045400

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse:	Ligação:	Número Medidor	Poste	Código Faz.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	257

HISTÓRICO kWh		DESCRIPÇÃO 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\$ 271 - 0,905468

CADASTRO AVISO 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	Aliquota 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			DMIC		DICII	
	Mensal	Bimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Límite	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 apresentação: 10/2019 EUSD: 139,51

ROT: 17.001.30.14.045400

SEU CÓDIGO: **0051869-7** TOTAL A PAGAR - R\$

equatorial
ENERGIA

0051869-7 273,19

MÊS FATURADO: **12/2019** VENCIMENTO: **31/12/2019**

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: **031895629** FCAM

83640000002 9 73190017000 2 00000000051 3 86971219008 9



SEQ.: 00252 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/12/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 22372 NORMAL TOTAL: 273,19 CARGA: 014
DT.VENC.: 31/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anderson Maia dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.799.403/01, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Anderson Maia 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	<u>Rua 24 De Janlins</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	Estado	<u>PI</u>	CEP	<u>64000-235</u>
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina, 03 de Janlins de 2020
Local e Data

* Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para 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: 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 Sa,

RG nº 2.776.435, data de expedição 31/07/18,

Órgão SSPI PI, portador do CPF nº 008.890.173-44,

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piúá, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua managua, nº 4955,

complemento basa, 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 1 BEZ 125 ES Ano: 2011

Placa: ODZ - 9649 Chassi: 9C2JCL4820CR251645

Data do Acidente: 14/10/19



Local e Data:

Teresina 19 de Dezembro 2019.

Francisca Leopoldina Maia Vieira de Sa
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Cartório
Thermógenes
Sampaio
Av. Lamego Negreiros, 1223 - Centro - CEP 62020-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3225-8138 - Email: teresina@teresina.pi.gov.br
Titulares: Antônio Gomes de Sampaio / Deivide
Técnico: *[Signature]*

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCA
LEOPOLDINA MAIA VIEIRA DE SA. DOU FE. EM TEST. *[Signature]* DA
VERDADE. Teresina-PI, 19/12/2019. Selo: AAP10538-AW4S
www.tjpi.jus.br/portalextra

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escrivente Autorizada
Emol:3,85 TJ:0,77 FMFB/P1:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:55
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO

3º OFÍCIO DE NOTAS

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEI!



NOME DO PACIENTE: Anderson Maia dos Santos

NUMERO DO PRONTUÁRIO: 525 724

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".

José Lacerda
Médico
SAC / HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1020 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOP 120

Roures

- Neuro OK

- Ortop OK

OLETIM DE ENTRADA (BE)

ADOS DO PACIENTE:

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

ADOS DO ATENDIMENTO:

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

ADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Vinal/Sintoma de Apresentação: FRAUDE MAIOR	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Queixa Histórica Clas. Risco: ACIDENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15 HEMATOMA EM FACE DIREITA E DOR EM OMBRO DIREITO. DESCONHECE ALÉRGIA MEDICAMENTOSA		SABRINA LOBATO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 14/10/2019 16:32:55

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

UTILIZANDO COLAR CERVICAL.

- a) VIAS AÉREAS PÉRVIAS
- b) KY +, BILATERAIS, DIMINUIDOS EM AMBOS OS HEMITÓRACES. FR: 32 IRPM
- c) PA: 130/80 MMHG. PULSO CHEIO, FORTE, TEC > 2 SEG.
- d) GLASGOW 15
- e) ESCORIAÇÕES EM FACE, MIE E PÉ ESQUERDO.

TOMOGRAFIA TORÁCICA
DATA: 14/10/19 HORA: 17:24
E: 14/10/19 Hora: 17:24
E: 14/10/19 Hora: 17:24
TÉCNICO: Danilo

Exame: Exame: Técnico: CID:

Exames Complementares:

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

Exame: Rx (entire) (Exame pediu) RAIO-X REALIZADO

Prescrição Médica:

RAIO-X REALIZADO DATA: 14/10/19 HORA: 17:26 TÉCNICO: Danilo

CONFIRME COMO ORIGINAL

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / HORA: : :

D. N. 14/10/19
G. 14/10/19
P. 14/10/19

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 RODRIGEUS 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: **SUS**

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.
- ABSÉNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

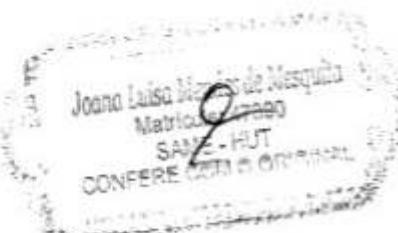
(Luis Cezar)

TERESINA - PI 14/10/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: **525724**)
Endereço: RUA EMILIO RODRIGEUS 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: SUS

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 INTEGRos.
- ARTICULAÇõES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇõES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSõES ANATÔMICAS.
- PARDES 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
Professional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: **525724**)
 Endereço: RUA EMILIO RODRIGEUS DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nasimento: 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: SUS

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 COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HTIOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

RANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

*Jeronimo Luis Medina Prado
Medico
SAÚDE
CONCEPCAO*

**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 RODRIGEUS 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 perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

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

JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

João Luis Mendes Medina
CRM-PI 2687
SANE-PI
CONFIRMADO



LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: 525724)
Endereço: RUA EMILIO RODRIGEUS 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: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 14/10/2019

OMBRO DIREITO

estudo 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.

JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

João Luis Medina
Medicina
SAI
CONFECC



LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDERSON MAIA DOS SANTOS** (Prontuário: **525724**)
 Endereço: RUA EMILIO RODRIGEUS 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: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 14/10/2019

CLAVICULA DIRETA

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

Os seguintes aspectos foram observados:

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

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/10/2019

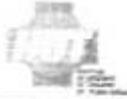
GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

JOÃO ANTONIO
CONCEPCAO



**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 RODRIGEUS 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

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

RELATÓRIO:

- ESIRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICIAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA. LAMINAS E PEDÍCULOS INTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

USO: FRATURA CLAVICULAR À DIREITA.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 14/10/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 CRM
Professional Responsável

JONIL
SAU
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 RODRIGEUS DA CUNHA N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990	
Nascimento:	15/09/1999	Idade: 20a0m29d
	Sexo: Masculino	Origem: URGÊNCIA/EMERG
Requisição:	1012275	Solicitação: 14/10/2019
Controle:	1335075	Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
	Convênio: SUS	

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.
- ABSÉNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 14/10/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 CRM

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÉNCIA 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 RODRIGEUS DA CUNHA	N6141 - MAFRENSE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento:	15/09/1999	Idade: 20a1m10d
Matrícula:	1012277	Sexo: Masculino
Controle:	1335078	Origem: URGÊNCIA/EMERG
		Atendimento: 746466
		Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
		Convênio: SUS

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 COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- TORACÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
 Profissional Responsável

João Luis Medina Prado
 Matrícula: 1000
 SAME - HUT
 CAMPOS FOTO E COPIAS

**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 RODRIGEUS 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: SUS

RELATÓRIO:

Cód SIA: 0204040035

Data Exame: 14/10/2019

OMBRO DIREITO

O exame 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

Joana Luisa Mendes de Oliveira
Matrial: 47902
SAMU/HUT
PRESIDENTE DO HUT

**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 RODRIGEUS 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

Exame 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.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Luisa Medina da Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAMU-HUT
 PAMPOE FOI A ORIGINA

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Edenção - 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 RODRIGEUS 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: SUS	

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.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

João Luis Medina de Mesquita
Matrícula: 4736
SAÚDE - 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-MMA 3294
TEOT 8050

Teresina 06 de Março de 2020

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

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

UNIDADE JOSÉ
AV. AVIADOR CRM 2315/PI
IRAPUÁ ROCHA 1115
(86) 3303-7353

UNIDADE 008
RUA CASTELO 00
PAUL 2292
(86) 3214-1600



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

Data do acidente: 14/10/2019

ANDERSON MAIA DOS
SANTOS

CPF de: Próprio

Titular do CPF:

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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 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

Valorização 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: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: SSP/PI	
CPF: 065.799.403-01	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Estudante	
ENDEREÇO: R. Jamile Rodrigues da Cunha		Nº: 6341	
COMPLEMENTO: Casa	BAIRRO: Inaprese		
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 DESTE 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



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Curitiba - Paraná - CEP 8000-020 - Telefone: Fone: (41) 3204-1000 - Tele: 3204-1000
E-mail: oficio3@teresina.cartorio.com.br

Curitiba
Paraná
Brasil

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/10/2019

Titular do CPF: ANDERSON MAIA DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDERSON MAIA DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior