

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, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200241021 **Vítima: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES**

Data do Acidente: 13/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

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 Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200241021

Vítima: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

Data do Acidente: 13/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200241021 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA **Data do acidente:** 13/03/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
GOMES

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, NÃO SE OBSERVA DÉFICIT ANATÔMICO OU FUNCIONAL.

Resultados terapêuticos: NÃO SE OBSERVA DÉFICIT ANATÔMICO OU FUNCIONAL.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 14/07/2020

Conduta mantida:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	004.428.413-61	Antônio Silvestre de Souza Gomes	
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): (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:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR. | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 43345 4
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (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 discordar 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 <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (valinhas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	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
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, _____ 30/06/2020

Antônio Silvestre de Souza Gomes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
Sistema de Delegacia Virtual

v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000367/2020-43

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Registro: Michelly Dayanne Soares Do Nascimento

Delegado: ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

Data/Hora: 28/06/2020 - 17:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

594299

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

13/03/2020 - 10:33

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AVENIDA PROFESSOR JORNALISTA VIEIRA NUNES, Nº:

Complemento

AVENIDA

Bairro

PLANALTO

Ponto de Referência

PRÓXIMO AUDITÓRIO NOVA FAPI

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

RG: 2.037.875 SSPPI PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS DE SOUSA

Pai: RAIMUNDO MARCELINO GOMES

Endereço: RUA NEYWALDO ALVES BARBOSA, Nº 3031

Complemento: CASA

Bairro: URUGUAI

Cidade: TERESINA - CEP: 64000-000

Telefone(s): 86-9509-5575

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo: Ano: Placa: Chassi: Renavam: Cor:

1 - YAMAHA, OUTROS 2011 NIQ4072 9C6KE1400B0014071

Condutor: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

RG: 2.037.875 Órgão: SSPPI UF RG: PI

End: RUA NEYWALDO ALVES BARBOSA Número: 3031 Complemento: CASA

Cidade: TERESINA UF: Bairro: URUGUAI

Proprietário: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

End: RUA NEYWALDO ALVES BARBOSA Número: 3031

Cidade: TERESINA UF: PI Bairro: URUGUAI

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATO QUE EU VINHA PILOTANDO A MOTOCICLETA DE MINHA PROPRIEDADE E EM MEU NOME MOTO YAMAHA/T115 CRYPTON ED,PLACA NIQ-4072,RENAVAM-00308250788,EU VINHA NA AVENIDA PROF-JORNALISTA VIEIRA NUNES PRÓXIMO AO AUDITÓRIO DA NOVA FAPI,QUANDO UM CARRO DE DADOS NÃO IDENTIFICADO INVADIU MINHA PREFERENCIAL,E EU VIM A CAIR,TIVE FORTE TRAUMA NO OMBRO DIREITO,TÓRAX E TORNOZELO DIREITO,FUI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E ENCAMINHADO AO HUT,PRONTUARIO N°540812,A INFORMAÇÃO É DE TODA RESPONSABILIDADE MINHA. VALE RESSALTAR QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA NÃO POSSUI CNH ATÉ A PRESENTE DATA DE HOMOLOGAÇÃO DESTE BOLETIM.

Delegacia Virtual - WEB

ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Nelly Leal Parafita

Delegada Geral de Polícia Civil-PI

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Antônio Silvestre de Souza Gomes</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	<i>Antônio Silvestre de Souza Gomes</i>		6 - CPF:	<i>004.428.413-61</i>
7 - Profissão:	<i>Pintor</i>		8 - Endereço:	<i>Rua Reynaldo Alves Barroso 3031</i>
11 - Bairro:	<i>Uruguaí</i>		12 - Cidade:	<i>Teresina</i>
15 - E-mail:	<i>eduanseguros2@hotmail.com</i>		13 - Estado:	<i>PI</i>
16 - Tel.(DDD):			14 - CEP:	<i>64000-000</i>
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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	

DADOS CADASTRAIS

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <i>0029</i>	CONTA: <i>43345</i>	DIGITO: <i>4</i>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	DIGITO: _____
(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 à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (novecenta) 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 discordar 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 Vivos: <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velas/or)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> 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 aqueles 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
Assinatura
digital da
declarante
Nome: *Antônio Silvestre de Souza Gomes*

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

40 - Local e Data,

Teresina - PI 30/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



Dados do Chamado	01 Nº de chamado 2055	02 Data do chamado 13/03/2012	03 PRO (código) 28893	04 Saída do PA 1033	05 Chegada ao local 10481
Local da Ocorrência	06 Saída do local 1038	07 Chegada ao 1º hospital 1121	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Juliette Nieve Nunes	11 Bairro Pq. Várzea Verde	12 Município UF 1123	Código IBGE	
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência Espírito Santo fsp	14 Nome Antônio Silvestre de Souza Gomes	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado		
Acidente de Transporte	16 Idade 50	1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado 50/12/78	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input checked="" type="checkbox"/> 9-Ignorado	
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01-Accidente 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 17-Já removido 18-Falso chamado	
Assistência	19 Vítima 1-Pedestre 2-Conduutor 3-Passageiro 9-Ignorado	20 Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
Hospital de Destino	23 Glasgow = 11	RESPOSTA VERBAL 1-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 1-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais P脉 Resp. PA TAX. Sat02	25 Local da lesão
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	27 Pulso Radial 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1-Sim 2-Não	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)
	32 Hospital de Destino HUT				<input type="checkbox"/> Não Removido
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte			
	<i>Referir dor intenso em ouvido direito Ld e mid. SIC.</i>				
	Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original				
	Responsável pela recepção 	Socorristas Médico AE/TE 	Enfermeiro Condutor 		

**ÁGUAS DE
TERESINA**

CNPJ 27.137.474.0001/04 - IE: 1800655394
Av. Prof. Camilo Filho, 1.º Jd. Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - ☎ 0800 223 2000 ou 255 / ☎ (86) 98124-8199

MATRIZ/ FATURA Nº
1 - 92.432 13920120-3 MÊS/ANO 151465204
39000077004286 5/2020

NOME / ENDEREÇO

MORADOR ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

RUA NEYWALDO ALVES BARBOSA, 3031-URUGUAI-TERESINA-PI-cpf: 999999999

LOCALIZAÇÃO

004-00015-000790

GRUPO NÚMERO DO HIDROMÉTRICO
004 Y10N369564

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LEITURA	FATURADO
04/2020	Líde	33	33
03/2020	Líde	24	24
02/2020	Líde	24	24
01/2020	Líde	26	26
12/2019	Líde	20	20
11/2019	Líde	18	18

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA	LEITURA
ANTERIOR 06/04/2020	21556
ATUAL 07/05/2020	2179

CONSUMO MÊS M3

24

PEDIROU

24

LEI 12.744/2010
PIS/PASEP 10,63% I,60% = 1,62

COFINS 11,43% I,60% = 0,48

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL		
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)		
0 - 10	3,6648	00
10 - 25	5,7128	00
25 - 999999	9,8610	99

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 110,63 > Residencial-Normal	24,0 m3	110,63

VENCIMENTO

19/05/2020

TOTAL A PAGAR

110,63

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento da fatura cobrirá-se a suspensão dos serviços
conforme Lei Federal nº. 11.443/2007, Art. 4º, inciso X e art. 387º, § 5º, Art. 6º, § 3º, inciso

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	1540	1537	3	1,43	0,2-5,0 mg/l
COR AMARELA	2129	2101	28	4,06	Inferior a 15
pH	1744	1632	62	6,51	6,00-9,50
TURBIDEZ	2332	2099	33	1,73	Inferior a 5
CONFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	655	655	0	Ausente	Ausente
	655	655	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 07/05/2020 HORA DA EMISSÃO: 03:42

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.137.474/0001/06 - I.E. 1393863378
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - ☎ 0800 223 2000 ou 155 / ☎ (86) 98124-3199

MATRÍCULA

FATURA Nº 151740824
MÊS/ANO 6/2020

1.49.432
28288682148549

13302825-9

NOME / ENDEREÇO

MORADOR NELLE ROZE SOARES MARQUES

RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 544-CENTRO-TERESINA-PI-cep: 64018650

LOCALIZAÇÃO

001-00040-005250

GRUPO

001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A10X133657

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LEDO	FATURADO
05-2020	Lído	81	18
04-2020	Medi	89	18
03-2020	Lído	81	18
02-2020	Lído	81	18
01-2020	Medi	89	18
31-2019	Lído	87	18

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Comercial - Normal

DATA

ANTERIOR 04/05/2020

ATUAL 02/06/2020

LEITURA

184

184

CONSUMO MÊS M3

10

10

UD 12.7410212

PIS/PASEP (115,93 x 1,68% = 1,9)

CORRIS (115,93 x 1,68% = 0,81)

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)

10 18 8,2978 0,9

25 35 9,3878 0,9

35 999999 11,1209 0,9

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,92	REF.	VALOR
> Comercial-Normal	10,0 m3	62,92
VALOR DE ESGOTO - 50,33		50,33
> Comercial-Normal	10,0 m3	50,33
JUROS POR ATRASO	001/001	0,41
MULTA POR ATRASO	001/001	2,27

NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)

0 10 8,2978 0,9

10 25 9,3878 0,9

25 999999 11,1209 0,9

VENCIMENTO

14/06/2020

TOTAL A PAGAR

115,93

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MISSAGEM

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Nota 07 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/96, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (IPRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	1493	1492	1	1,34	0,2-5,0 mg/L
CO2 APARENTE	2283	2258	25	5,25	Inferior a 15
pH	1990	1918	72	6,67	6,00-9,50
TURBOIDEZ	2289	2258	31	2,01	Inferior a 5
COLIFORMES TOTais					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (IPRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	601	601	0	Ausente	Ausente
	601	601	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 02/06/2020 HORA DA EMISSÃO: 14:05

1.49.432 28288682148549

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRÍCULA

13302825-9

FATURA Nº

151740824

MÊS / ANO

6/2020

VENCIMENTO

14/06/2020

VALOR A PAGAR

115,93

82670000001-9 15931535000-3 00202015174-8 08240100104-3



*** AVISO DE DEBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listados serão cobrados na próxima fatura.

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 840.173.173 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Silvestre de Souza Gómes inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.428.413 / 61 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Antonio Silvestre de Souza Gómes inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.428.413 / 61, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

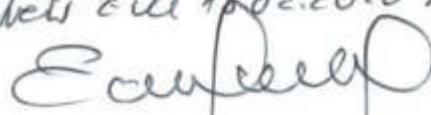
Endereço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	<u>Sala</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Estado	CEP
		(86) 99534-6565	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>

Teresina, 30 de Junho de 2020
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que o paciente Silvestre
de Souza Gomes, foi vitimado por sinistro
de trânsito, é autorizado na lei de 9959 de 27.04.98
da constituição federal, a vítima acima
citada, sofreu forte trauma sobre ombro direito
e tornozelo direito, causando luxação
do ombro direito e tornozelo direito
desprezívelmente, tendo sido tratado
de forma convencional ou seja: Trípóio
e Tela Gestalt, acompanhado de fisi-
oterapia, reforço com estrechamento:
dificuldade de caminhada, dificulda-
de se agachar, fortes dores e
sensação de desconforto somente.
Com isto sofria, com
aproximadamente de 50%, o sinistro
ocorreu em 13.02.2020 às 11:23 HS.



18.05.2020

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(85) 9 9532-1987 - Teresina-PI

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

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: ANTÔNIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 540812

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

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



CIRURGIA GERAL
CIRURGIA ORTOPEDICA
NEUROLOGIA ORL

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 13/03/2020 11:37:30
(User: ROGERIO MEDEIROS)
(Estação: CONSULPA03)

Nome: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES		Prontuário: 540812
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS DE SOUSA	Pai: RAIMUNDO MACELINO DE SOUSA GOMES	
End. Resid.: RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 31/12/1978	Idade: 41a2m13d	Sexo: Masculino Fone: 86-99447-0519
Responsável: ELIANE	CNS: 709601603867271	
Profissão: PINTOR	Documento: CPF: 004.428.413-61	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 771804	Entrada: 13/03/2020 11:23:26	Convênio: SUS	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA TORACOABDOMINAL	Classificação: Mecanismo de trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: TRAZIDO PELO SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR EM OMBRO D, TÓRAX E MID, DOR AO RESPIRAR, NEGA ALERGIAS, ECG=15.		MARIA AMELIA LOPES DE SOUSA CABRAL COREN 93943 Em: 13/03/2020 11:28:56

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: PCT VITIMA DE ACIDENTE UTOMOBILISTICO HÁ +- 2 HS, DEU ENTRADA NO PS TRAZIDO DIREITO, COTOVEG DIREITO E PUNHO DIREITO A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICA COM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL; D) PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15. E) LESÃO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	RAIO-X REALIZADO PELA SAMU COM DOR EM ANTEBRAÇO DATA / /20 Técnico: TOMOGRAFIA REALIZADA DATA / /20 EX: CRANIO TECNOLOGIA: S
--	---

Diagnóstico Inicial: ?	RAIO-X REALIZADO DATA / /20 Técnico: CID:
Exames Complementares: (1464981) - ANTEBRAÇO DIREITO (1464982) - COTOVELO DIREITO (1464983) - PUNHO DIREITO	RAIO-X REALIZADO DATA / /20 Técnico: CID:

Prescrição Médica: Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original	RAIO-X REALIZADO DATA / /20 Médico: DATA / /20 CRM-P: 7729 Técnico: CRM-P: 7729
---	---

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto)	DATA: / / . HORA: : .
---	-----------------------



Dados do Chamado	01 N° de chamado <i>2035</i>	02 Data do chamado <i>13/03/2012</i>	03 PRO (código) <i>20395</i>	04 Saída do PA <i>1033</i>	05 Chegada ao local <i>10481</i>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>1038</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>1038</i>	08 Saída do 1º hospital <i>1038</i>	09 Chegada ao 2º Hospital <i>1038</i>		
Dados do Paciente	10 Endereço <i>Juliette Neiva Nunes</i>	11 Bairro <i>Plano Urbano</i>	12 Município UF <i>10271</i>	Código IBGE		
	13 Ponto de referência <i>Espírito Santo fsp</i>					
	14 Nome <i>Antônio Silvestre de Souza Gomes</i>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado				
	16 Idade <i>42</i>	1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <i>2012-78</i>	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input checked="" type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Tipo de Ocorrência	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 17 - Já removido 18 - Falso chamado		
Acidente de Transporte	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança		
Exame Físico	23 Glasgow = <i>15</i>	RESPOSTA VERBAL 1- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 1- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA <i>150/80</i> , TAX. SatO2 <i>98</i>	25 Local da lesão 	
	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais	27 Pulso Radial 0- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29	30 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa 10	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/curta Colar cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino <i>HUT</i>				<input type="checkbox"/> Não Removido	
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim 2-Não			
Observações Interdisciplinar	<i>Referir dor intenso em ouvido uso de tópico Lige</i>					
						<i>Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o original</i>
	Responsável pela recepção <i>M. SIC.</i>	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor <i>Santo</i>			



LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES (Prontuário: 540812)		
Endereço:	RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	31/12/1978	Idade: 41a2m18d	Sexo: Masculino
Requisição:	1072972	Solicitação: 13/03/2020	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804
Controle:	1464982	Convênio: S U S	Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 13/03/2020

COTOVELO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/03/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES (Prontuário: 540812)		
Endereço:	RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	31/12/1978	Idade: 41a2m18d	Sexo: Masculino
Requisição:	1072972	Solicitação: 13/03/2020	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804
Controle:	1464983	Convênio: S U S	Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 13/03/2020

PUNHO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/03/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES (Prontuário: 540812)		
Endereço:	RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	31/12/1978	Idade: 41a2m18d	Sexo: Masculino
Requisição:	1072972	Solicitação: 13/03/2020	Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS
Controle:	1464984	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 13/03/2020

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/03/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES	(Prontuário: 540812)
Endereço:	RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010	
Nascimento:	31/12/1978	Idade: 41a2m18d
Requisição:	1072972	Solicitação: 13/03/2020
Controle:	1464985	Convênio: SUS
		Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 13/03/2020

TORNOZELO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/03/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES (Prontuário: 540812)		
Endereço:	RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	31/12/1978	Idade:	41a2m13d
Requisição:	1072973	Solicitação:	13/03/2020
Controle:	1464986	Convênio:	S U S
			Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 13/03/2020

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- 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.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 13/03/2020


Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
 Profissional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES (Prontuário: 540812)		
Endereço:	RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	31/12/1978	Idade: 41a2m18d	Sexo: Masculino
Requisição:	1073061	Solicitação: 13/03/2020	Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle:	1465143	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 13/03/2020

OMBRO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/03/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES (Prontuário: 540812)		
Endereço:	RUA 35 3031 - VILA URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	31/12/1978	Idade:	41a2m18d
Requisição:	1073061	Solicitação:	13/03/2020
Controle:	1465144	Convênio:	S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 13/03/2020

BRACO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

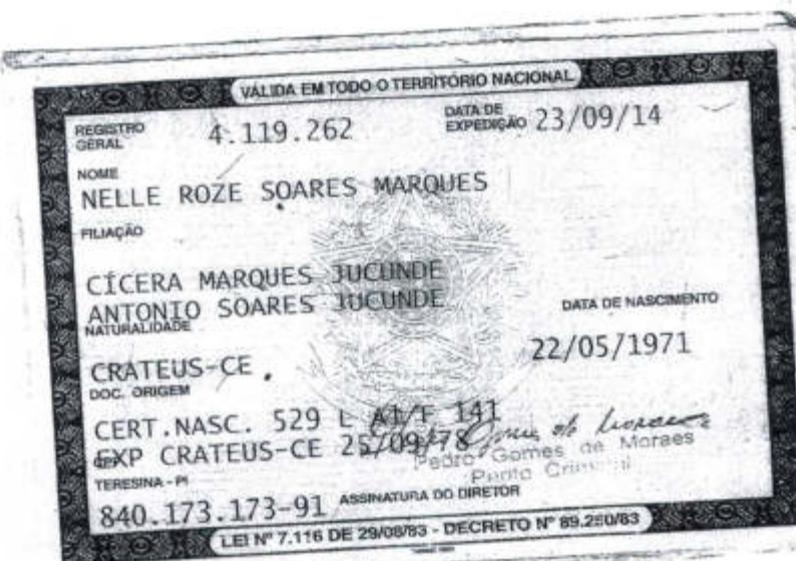
CONCLUSÃO: Exame normal.

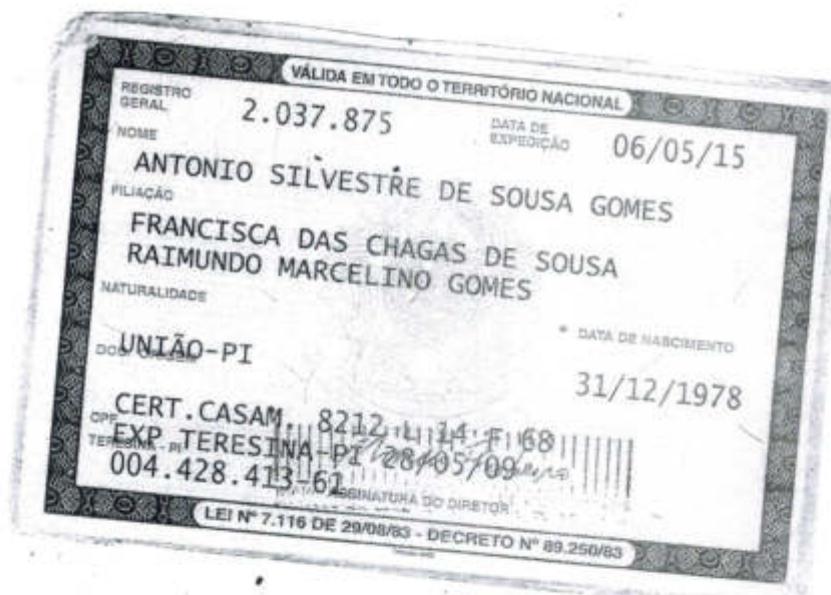
(JOAO ANTONIO)


Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

TERESINA - PI 18/03/2020

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





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0188696/20

Vítima: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

CPF: 004.428.413-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/03/2020

Titular do CPF: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES : 004.428.413-61

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: 07/07/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <i>Antonio Silvestre de Sousa Gomes</i>	RG: 2.037.875	ORG. EMISSOR: SSS/PI	D. EXPEDIÇÃO: 06/05/15
CPF: 004.428.413-61	ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: Pintor	
ENDEREÇO: Rua Reynaldo Alves Barbosa	Nº: 3031		
COMPLEMENTO: casa		BAIRRO: Ipiranga	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64000-000	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.

Antonio Silvestre De Sousa Gomes

Data do acidente de trânsito : *31/03/2020*

Cobertura da vítima : *Invalidez*

LOCAL / DATA: *Teresina - PI 07/07/2020*

x Antonio Silvestre de Sousa Gomes

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0188696/20

Vítima: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

CPF: 004.428.413-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/03/2020

Titular do CPF: ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES : 004.428.413-61

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: 07/07/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa