

---

**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

---

**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 GOMES **Data do acidente:** 13/03/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## 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<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|---|---|-----------|--------------------------|
|                                |   | Total   | 0 %       | R\$ 0,00                 |

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 004.428.413-61 3 - CPF da vítima: 004.428.413-61 4 - Nome completo da vítima: Antonio Silvestre de Sousa 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: Antonio Silvestre de Sousa Gomes 6 - CPF: 004.428.413-61  
7 - Profissão: Pintor 8 - Endereço: Rua Neyvaldo Alves Barbosa 9 - Número: 3031 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Inguai 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000  
15 - E-mail: eduardosilvestre2@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: 0029 CONTA: 43345 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: CONTA: (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: ☐ 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 (vivas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 30/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







**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

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2.037.875 SSPPI PI

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 Nº540812,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*  
ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES - Noticiante  
Responsável pela Informação

*Lucy Kelio Levi Parafita*  
Delegada Geral de Polícia Civil-PI



# 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: 004.428.413-61 4 - Nome completo da vítima: Antonio Silvestre de Sousa 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: Antonio Silvestre de Sousa Gomes 6 - CPF: 004.428.413-61  
7 - Profissão: Pintor 8 - Endereço: Rua Neyvaldo Alves Barbosa 9 - Número: 3031 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Uruguaia 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000  
15 - E-mail: lhuansseguros@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: 0029 CONTA: 43345 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 61º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar 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 (s) (nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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  
pessoal da  
vítima ou  
beneficiário  
não representado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 30/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



|                              |  |                           |                         |                           |                          |
|------------------------------|--|---------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Dados do Chamado             | 01 Nº de chamado                             | 02 Data do chamado        | 03 PRO (código)         | 04 Saída do PA            | 05 Chegada ao local      |
|                              | 06 Saída do local                            | 07 Chegada ao 1º hospital | 08 Saída do 1º hospital | 09 Chegada ao 2º Hospital |                          |
| Local da Ocorrência          | 10 Endereço                                  |                           |                         |                           |                          |
|                              | 11 Bairro                                    | 12 Município UF           | Código IBGE             |                           |                          |
| Dados do Paciente            | 13 Ponto de referência                       |                           |                         |                           |                          |
|                              | 14 Nome                                      | 15 Sexo                   |                         |                           | 16 Idade                 |
| Tipo de Ocorrência           | 17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? |                           |                         |                           |                          |
|                              | 18 Tipo de ocorrência                        |                           |                         |                           |                          |
| Acidente de Transporte       | 19 Vitima                                    |                           | 20 Meio de locomoção    |                           | 21 Outra parte envolvida |
|                              | 22 Equipamentos de segurança                 |                           |                         |                           |                          |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow =                                 |                           | RESPOSTA VERBAL         |                           | RESPOSTA MOTORA          |
|                              | 24 Sinais Vitais                             |                           | 25 Local da lesão       |                           |                          |
| Hospital de Destino          | 26 Pupilas                                   |                           | 27 Pulso                |                           | 28 Sangramento           |
|                              | 29 Escala de Dor de 0 a 10                   |                           | 30 Fratura              |                           |                          |
| Assistência                  | 31 Procedimentos realizados                  |                           | 32 Hospital de Destino  |                           |                          |
|                              | 33 Condições de entrada                      |                           | 34 Óbito                |                           |                          |
| Observações Interdisciplinar | 35 Observações                               |                           |                         |                           |                          |
|                              | 36 Assinaturas                               |                           |                         |                           |                          |



# ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.137.474/0001-86 - I.E. 189945374  
Av. Prof. Camilo Filho, 1-20, Todos os Santos, Cep 64089-040  
Teresina - PI - CEP 64089-040 ou 155 / (86) 98124-3199

MATRICULA 13920120-3 FATURA Nº 151465204  
MÊS / ANO 5/2020

NOME / ENDEREÇO  
MORADOR ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES  
RUA NEY WALDO ALVES  
BARBOSA, 3031-URUGUAI-TERESINA-PI-cep:99999999

LOCALIZAÇÃO 004-00015-000790 GRUPO 004 NÚMERO DO HODRÔMETRO Y10N369564

| HISTÓRICO DE CONSUMO |      |      |          | ECONOMIA - CATEGORIAS / TIPO TARIFA |  |
|----------------------|------|------|----------|-------------------------------------|--|
| MÊS / ANO            | TIPO | LIDO | FATURADO |                                     |  |
| 04-2020              | Lido | 33   | 33       |                                     |  |
| 03-2020              | Lido | 24   | 24       |                                     |  |
| 02-2020              | Lido | 24   | 24       |                                     |  |
| 01-2020              | Lido | 24   | 24       |                                     |  |
| 12-2019              | Lido | 26   | 28       |                                     |  |
| 11-2019              | Lido | 20   | 20       |                                     |  |
| 10-2019              | Lido | 18   | 18       |                                     |  |
|                      |      |      |          | 1 Residencial - Normal              |  |

| DATA                | LEITURA | CONSUMO MÊS M3 | VALOR M3 |
|---------------------|---------|----------------|----------|
| ANTERIOR 06/04/2020 | 215     | 24             | 110,63   |
| ATUAL 07/05/2020    | 219     | 24             | 110,63   |

| TABELA DE TARIFAS |                              | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA |         |
|-------------------|------------------------------|----------------------------------|---------|
| RESIDENCIAL       | FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (%) | DESCRIÇÃO                        | VALOR   |
| 0                 | 10 3.0500 00                 | VALOR REFERENTE ÁGUA - 110,63    |         |
| 10                | 25 5.7120 00                 | > Residencial-Normal             | 24,0 m3 |
| 25                | 999999 9.9610 00             |                                  | 110,63  |

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (%)

VENCIMENTO 19/05/2020 TOTAL A PAGAR 110,63

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM  
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 desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e Art. 82, §3º, inciso I.

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 DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|-------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| CLORO LIVRE       | 1540                | 1537                     | 3                           | 1,43        | 0,2-5,0 mg/l    |
| COR APARENTE      | 2129                | 2101                     | 28                          | 4,06        | Inferior a 15   |
| PH                | 1744                | 1682                     | 62                          | 6,51        | 6,00-9,50       |
| TURBIDEZ          | 2132                | 2099                     | 33                          | 1,73        | Inferior a 5    |
| COLIFORMES 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 DISCONFORMIDADE | 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

1.49.432  
20200602140549

MATRICULA

13302825-9

FATURA Nº

MÊS/ANO

151740824  
6/2020

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     | Lido | Faturado |
|---------|----------|------|----------|
| 05-2020 | Lido     | 01   | 10       |
| 04-2020 | Paralelo | 00   | 10       |
| 03-2020 | Lido     | 01   | 10       |
| 02-2020 | Lido     | 01   | 10       |
| 01-2020 | Mínimo   | 00   | 10       |
| 12-2019 | Lido     | 02   | 10       |

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Comercial - Normal

| DATA                | LEITURA |
|---------------------|---------|
| ANTERIOR 04/05/2020 | 184     |
| ATUAL 02/06/2020    | 184     |

CONSUMO MÊS M3

10

LD 12.7410002

PIS/PASEP: 15.9341.00% = 1.91

MEDIDA(m3)

10

CORFIS: 115.9347.60% = 0.01

TABELA DE TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

| RESIDENCIAL<br>FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%) |
|--|
| 0 10 8.2500 00                               |
| 10 25 9.3870 02                              |
| 25 999999 11.1030 02                         |

| DESCRIÇÃO                    | REF.    | VALOR |
|------------------------------|---------|-------|
| VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,92 |         |       |
| > Comercial-Normal           | 10,0 m3 | 62,92 |
| VALOR DE ESGOTO - 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<br>FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%) |
|--|
| 0 10 8.2500 00                                   |
| 10 25 9.3870 02                                  |
| 25 999999 11.1030 02                             |

VENCIMENTO

14/06/2020

TOTAL A PAGAR

115,93

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOTIFICAÇÃO

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

NOTIFICAÇÃO

Ata 07 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,  
conforme Lei Federal 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 (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

| PARÂMETROS        | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|-------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| CLORO LIVRE       | 1493                | 1492                     | 1                           | 1,34        | 0,2-5,0 mg/L    |
| CON ARARENTE      | 2283                | 2258                     | 25                          | 5,25        | Inferior a 15   |
| PH                | 1990                | 1918                     | 72                          | 6,67        | 6,00-9,50       |
| TURBIDEZ          | 2289                | 2258                     | 31                          | 2,01        | Inferior a 5    |
| COLIFORMES TOTAIS |                     |                          |                             |             |                 |

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

| PARÂMETROS       | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | 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

20200602140549

MATRICULA

13302825-9

FATURA Nº

151740824

MÊS/ANO

6/2020

VENCIMENTO

14/06/2020

VALOR A PAGAR

115,93

8267000001-9 15931535000-3 00202015174-8 08240100104-3



\*\*\* AVISO DE DÉBITO \*\*\*

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.

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito(a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Silvestre de Sousa Gomes inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 004.428.413 / 61 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima  
Antonio Silvestre de Sousa Gomes 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 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 Janeiro</u> |        | Número                  | <u>544</u> | Complemento            | <u>Sala</u>            |
| Bairro   | <u>Centro</u>            | Cidade | <u>Teresina</u>         | Estado     | <u>PI</u>              | CEP                    |
| Email    |                          |        | Telefone comercial(DDD) |            | Telefone celular (DDD) |                        |
|          |                          |        |                         |            |                        | <u>64000-235</u>       |
|          |                          |        |                         |            |                        | <u>(86) 99534-6565</u> |

Teresina, 30 de Junho de 2020  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante



## RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que autômio selvestre de nossa governos, foi vítima de sinistro de trânsito, e a partir da lei de 9959 de 27.04.98 da constituição federal, a vítima acima citada sofreu forte trauma no ombro direito e tornozelo direito, cursando com luxação do ombro direito e tornozelo direito respectivamente, tendo sido tratado de forma convencional ou seja: Tipo e Tala Gessada, acompanhado de fisioterapia, relato como sequelas: dificuldade de caminhar, dificuldade de se agachar, fortes dores com sensação de encurtamento do membro com alto déficit, com comprometimento de 50%, o sinistro ocorreu em 18.02.2020 às 11:23 HS.

*Edimar*  
18.05.2020

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA  
(84) 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 URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: ANTÔNIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 540812

*NS*  
Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Cirurgia 6 cm  
Carionemas de 0,05  
Neurogênicos de**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

Imp: 13/03/2020 11:37:30

(User: ROGERIO MEDEIROS)

(Estação: CONSULPA03)

**DADOS DO PACIENTE:**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|   |                                     |                        |                           |
|---|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Código:</b> 771804   | <b>Entrada:</b> 13/03/2020 11:23:26 | <b>Convênio:</b> S U S | <b>Proced:</b> 0301060029 |
| <b>Motivo da Procura</b><br>(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                                     |                        |                           |
| <b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU   |                                     |                        |                           |

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

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

**SSVV:** (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

PCT VITIMA DE ACIDENTE UTOMOBILISTICO HÁ +- 2 HS, DEU ENTRADA NO PS TRAZIDO DIREITO, COTOVEO DIREITO E PUNHO DIREITO

A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICA COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE;

C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL;

D) PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15.

E) LESÃO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**RAIO-X REALIZADO**  
PELA SAMU COM DOR EM ANTEBRACO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20

**TOMOGRAFIA REALIZADA**

DATA: 13/03/20 HORA: 13:00

EX: CMR

**TECNOLOGO:****Diagnóstico Inicial:**

?

**RAIO-X REALIZADO**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20

Técnico: \_\_\_\_

DATA: 13/03/20

Técnico: \_\_\_\_

**Exames Complementares:**

(1464981) - ANTEBRACO DIREITO

(1464982) - COTOVELO DIREITO

(1464983) - PUNHO DIREITO

**Prescrição Médica:**

**Dina Vieira e Silva**  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**RAIO-X REALIZADO**  
DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20  
Técnico: \_\_\_\_

**Darlyson E. Silva de Freitas**  
Médico  
CRM: 7729

**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto) DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável

ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS  
4327 Em: 13/03/2020 11:37:30





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

|                        |  |                                    |   |                           |                              |
|------------------------|--|------------------------------------|---|---------------------------|------------------------------|
| Dados do Chamado       | 01 Nº do chamado<br>2055   | 02 Data do chamado<br>13/03/2020   | 03 PRO (código)<br>21999  | 04 Saída do PA<br>1033    | 05 Chegada ao local<br>10:48 |
|                        | 06 Saída do local<br>10:58   | 07 Chegada ao 1º hospital<br>11:01 | 08 Saída do 1º hospital   | 09 Chegada ao 2º Hospital |                              |
| Local da Ocorrência    | 10 Endereço<br>7 - Juliete Weibe Nunes   |                                    | 11 Bairro<br>Pto. Uniparalelo   |                           | 12 Município-UF<br>Tere. PI  |
|                        | 13 Ponto de referência<br>Esquina novo fap   |                                    | Código IBGE   |                           |                              |
| Dados do Paciente      | 14 Nome<br>Antonio Silvestre de Sousa Gomes  |                                    | 15 Sexo<br><input checked="" type="radio"/> 1 - Masculino<br><input type="radio"/> 2 - Feminino<br><input type="radio"/> 9 - Ignorado   |                           |                              |
|                        | 16 Idade<br>42<br>30/12/78<br>1-Dia<br>2-Mês<br>3-Anos<br>9-Ignorado   |                                    | 17 Indicadores de ingestão de bebida alcoólica?<br>1-Sim <input checked="" type="radio"/> 2-Não <input type="radio"/> 9-Ignorado  |                           |                              |
| Tipo de Ocorrência     | 18 Tipo de ocorrência<br><input checked="" type="checkbox"/> 01 - Acidente de transporte<br><input type="checkbox"/> 02 - Agressão física-espantamento<br><input type="checkbox"/> 03 - Agressão física-FAF<br><input type="checkbox"/> 04 - Agressão física-FAB<br><input type="checkbox"/> 05 - Urgência psiquiátrica<br><input type="checkbox"/> 06 - Tentativa de suicídio<br><input type="checkbox"/> 07 - Envenenamento<br><input type="checkbox"/> 08 - Afogamento<br><input type="checkbox"/> 09 - Queimadura<br><input type="checkbox"/> 10 - Choque elétrico<br><input type="checkbox"/> 11 - Queda<br><input type="checkbox"/> 12 - Urgência clínica<br><input type="checkbox"/> 13 - Urgência obstétrica<br><input type="checkbox"/> 14 - Transferência<br><input type="checkbox"/> 15 - Exames complementares<br><input type="checkbox"/> 16 - Outros<br><input type="checkbox"/> 17 - Já removido<br><input type="checkbox"/> 18 - Falso chamado |                                    |   |                           |                              |
|                        | 19 Vitima <input checked="" type="checkbox"/> 20 Meio de locomoção<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Pedestre<br><input type="checkbox"/> 2 - Condutor<br><input type="checkbox"/> 3 - Passageiro<br><input type="checkbox"/> 9 - Ignorado<br><input type="checkbox"/> 1 - A pé<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 - Automóvel<br><input type="checkbox"/> 3 - Motocicleta<br><input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta<br><input type="checkbox"/> 5 - Ônibus/Micro-ônibus<br><input type="checkbox"/> 6 - Outro<br><input type="checkbox"/> 9 - Ignorado   |                                    |   |                           |                              |
| Acidente de Transporte | 21 Outra parte envolvida<br><input type="checkbox"/> 1 - Automóvel<br><input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta<br><input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus<br><input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta<br><input type="checkbox"/> 5 - Objeto fixo<br><input type="checkbox"/> 6 - Animal<br><input type="checkbox"/> 7 - Outra<br><input type="checkbox"/> 9 - Ignorado   |                                    | 22 Equipamentos de segurança<br><input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag<br><input type="checkbox"/> Cinto de segurança<br><input type="checkbox"/> Assento para criança   |                           |                              |
|                        | 23 Glasgow = 15<br>ABERTURA OCULAR<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 - À voz<br><input type="checkbox"/> 2 - À dor<br><input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma<br>RESPOSTA VERBAL<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 - Orientada<br><input type="checkbox"/> 4 - Confusa<br><input type="checkbox"/> 3 - Palavras inapropriadas<br><input type="checkbox"/> 2 - Palavras incompreensíveis<br><input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma<br>RESPOSTA MOTORA<br><input checked="" type="checkbox"/> 5 - Obedece a comandos<br><input type="checkbox"/> 4 - Movimento de retirada<br><input type="checkbox"/> 3 - Flexão anormal<br><input type="checkbox"/> 2 - Extensão anormal<br><input type="checkbox"/> 1 - Nenhum   |                                    |   |                           |                              |
| Exame Físico           | 24 Sinais Vitais<br>Pulso 31<br>Resp. 15/90<br>PA 130/90<br>TAX. 90<br>SatO2 98  |                                    | 25 Local da lesão<br>   |                           |                              |
|                        | 26 Pupilas<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Iguais<br><input type="checkbox"/> 2 - Desiguais<br>27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio<br><input type="checkbox"/> 2 - Fino<br><input type="checkbox"/> 3 - Ausente<br>28 Sangramento<br><input type="checkbox"/> 1 - Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não  |                                    | 29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10<br>30 Fratura <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Suspeito <input type="checkbox"/> |                           |                              |
| Assistência            | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)<br><input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia<br><input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso<br><input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____   |                                    |   |                           |                              |
|                        | 32 Hospital de Destino<br>HUT <input type="checkbox"/> Não Removido  |                                    |   |                           |                              |
| Hospital de Destino    | 33 Condições de entrada<br>1-Melhorado <input checked="" type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado <input type="checkbox"/>   |                                    | 34 Óbito<br><input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte  |                           |                              |
|                        | Observações Interdisciplinar<br>Refere dor intensa em osso costal L1 e L2 e abd. sup.  |                                    |   |                           |                              |

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

Responsável pela recepção

Socorristas  
Médico  
AE/TE

Enfermeiro  
Condutor

**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

Pag: 1 de 1

**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 Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804  
Requisição: 1072972 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS  
Controle: 1464982 Convênio: S U S

**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

**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

Pag: 1 de 1

**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 Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804  
Requisição: 1072972 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS  
Controle: 1464983 Convênio: S U S

**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 íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

  
**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



**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 Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804  
Requisição: 1072972 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS  
Controle: 1464984 Convênio: S U S

**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 Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804  
Requisição: 1072972 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS  
Controle: 1464985 Convênio: S U S

**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 íntegros.
- 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: 41a2m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804  
Requisição: 1072973 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: ROGERIO DE ARAUJO MEDEIROS  
Controle: 1464986 Convênio: S U S

**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

**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 Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804  
Requisição: 1073061 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
Controle: 1465143 Convênio: S U S

**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



**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 Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 771804  
Requisição: 1073061 Solicitação: 13/03/2020 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0475263

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE  
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 529 L 41/F 141  
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI ASSINATURA DO DIRETOR

840.173.173-91

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

05.7.38.1

0614354

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.037.875 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/05/15

NOME ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

FILIAÇÃO FRANCISCA DAS CHAGAS DE SOUSA  
RAIMUNDO MARCELINO GOMES

NATURALIDADE UNIAO-PI

\* DATA DE NASCIMENTO 31/12/1978

CERT. CASAM 8212-1114-F168  
EXP. TERESINA-PI 28/05/09  
004.428.413-62

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0188696/20

**Vítima:** ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

**CPF:** 004.428.413-61

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 13/03/2020

**Titular do CPF:** ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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: Antonio Silvestre De Sousa Gomes  
 RG: 2.037.875 ORG. EMISSOR: SSPIPI 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: unguaí  
 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 CONFIO 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: 13/03/2020

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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 13/03/2020

**Titular do CPF:** ANTONIO SILVESTRE DE SOUSA GOMES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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