

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: <u>LUCAS DO VALE ARAUJO.</u>	
NACIONALIDADE:	ESTADO-CIVIL: <u>SOLTEIRO</u>
PROFISSÃO: <u>VIGIA NOTURNO.</u>	RG: <u>3494806 SSP PJ.</u>
CPF: <u>059937.183 82</u>	ENDEREÇO: <u>RUA JORNALISTA</u> <u>DONDON 2931, HORTO FLORESTAL, TERESINA-PIAUÍ</u>

OUTORGADOS: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PI nº 5795, com escritório profissional situado na Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro - Teresina - PI, CEP 64.000-120.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado devidamente qualificado acima, com a cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA", para, agindo, representá-lo (a) perante repartições públicas e qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-la nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, transigir, variar, desistir, **fazer acordos**, receber e dar quitações, requerer o que convier, firmar compromissos, assinar termos, receber citações, notificações, intimações e alvará judicial, representar o (a) outorgante em audiências, perante os juízos deprecante e deprecado e em qualquer instância, podendo substabelecer o presente mandato com ou sem reservas de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do (a) outorgante e ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina, PI, 28 de fevereiro 2019.

OUTORGANTE: Lucas do Vale Araujo

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina - PI - CEP 64000-120
 telefones: 994643330/(what Zap: 994523253)
 E-mail: ramonadv@bol.com.br / www.alexandreramon.jur.adv.br



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: <u>LUCA DO VALE ARAUJO</u>	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO (A)	ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO.</u>
PROFISSÃO: <u>VIÁZIA NOTURNO</u>	RG: <u>3494806 SSP PI</u>
CPF: <u>059 937 183-82</u>	ENDEREÇO: <u>RUA JORNALISTA</u>
<u>DONDON 2931, HORTO FLORESTAL, TERESINA</u>	
<u>PIAUÍ</u>	

Eu, acima qualificado, declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da Lei, não tendo condições de arcar com despesas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, que por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Teresina, PI, 28 de Fevereiro de 2019.

Lucas do Vale Araujo
DECLARANTE



Aguas de Teresina

CNPJ 27.157.740/0001-64
Av. OSMAR, 1095, Píedra - CEP 64017-010, Teresina - PI
Telefone: 0800 728 2000 ou 335 / (86) 98124-3199

MATRICULA 13955799-7 FATURANT MÊS/ANO 152642912 9/2018

NOME/ENDEREÇO
MORADOR JOAO E A DOS SANTOS
PROPRIETÁRIO: IVANILDE DE SOUSA MACHADO
RUA JORN DONDON, 2931-HORTO FLORESTAL-TERESINA-PI-cep:64052850

LOCALIZAÇÃO 006 A14F317679

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
08/2018	Resid	00	10
09/2018	Resid	00	10
10/2018	Resid	00	10
11/2018	Resid	00	10
12/2018	Resid	00	10

1 Residencial - Normal

ANTERIOR 11/08/2018 159
ATUAL 12/09/2018 159

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

TABELA DE TARIFAS

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

VALOR REFERENTE AGUA - 11,63
> Resid social-Normal 10,0 m3 11,63
VALOR DE ESGOTO - 5,82
> Resid social-Normal 10,0 m3 5,82
JUROS POR ATRASO 07/2018 0,16
JUROS POR ATRASO 08/2018 0,02
MULTA POR ATRASO 07/2018 0,36
MULTA POR ATRASO 08/2018 0,35

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

VENCIMENTO 24/09/2018 TOTAL A PAGAR 18,34

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
INFORMAMOS QUE SUA LIGACAO DE AGUA PODERA SER MODIFICADA
CASO NAO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADROES.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.443/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.290	3.290	0	1,27	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	3.349	3.061	288	8,46	Inferior a 15,0
PH	3.353	3.341	12	6,90	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.349	3.160	189	2,08	Inferior a 5,00

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	905	892	13	Ausencia	Ausente
ESCHEWCHIA COLI	905	905	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 12/09/2018 HORA DA EMISSÃO: 08:20

Recebido em: 07/02/19
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curtosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho predispondo a acidentes pela desatenção.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo em seu local de trabalho. Você pode precisar deles.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

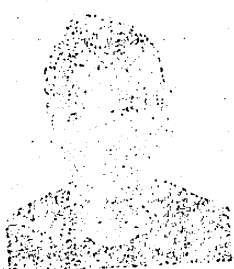
Número 56 731 Série 00089/01

Lucas do Vale Araújo
ASSINATURA DO PORTADOR



...a partir de 1994, quando foi instituído o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), órgão responsável por supervisionar o Poder Judiciário brasileiro, visando à melhoria da administração da justiça e à garantia da independência e imparcialidade dos magistrados. O CNJ é composto por membros do Poder Judiciário, do Poder Executivo e do Poder Legislativo, além de representantes da sociedade civil. Sua atuação é voltada para a promoção da eficiência, da transparência e da accountability do Poder Judiciário, bem como para a defesa dos direitos fundamentais dos cidadãos.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO



ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO



Nome: Fusca do Vale Anauyo
 Loc. Nasc.: Terzina Est.: PI Data: 01/06/1998
 Filiação: Inalmeia Costa do Vale Anauyo
João de Deus Mendes Anauyo Morais
 Doc. Nº: 99.3.494.806 SS 881 Exp. 24/06/00

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº
Exp. em/...../..... Estado
Obs.:
Data Emissão 24 / 08 / 11 SRTE São Paulo

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

5



12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF 11.079.642/0001-44

Rua

Município

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão

Registro nº

Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/est.

Ass. do empregado

Data saída

Ass. do empregador ou a rogo c/est.

Ass. do empregado

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF 00.140.750/0001-72

Rua

Município

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão

Registro nº

Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/est.

Ass. do empregado

Data saída

Ass. do empregador ou a rogo c/est.

Ass. do empregado

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº

Com. Dispensa CD nº



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.494.806
DATA DE EXPEDIÇÃO	07/04/16
NOME	LUCAS DO VALE ARAUJO
FILIAÇÃO	IRACEMA COSTA DO VALE ARAUJO JOSÉ DE RIBAMAR ARAUJO MOREIRA
NATURALIDADE	TERESINA-PI
DOC. ORIGEM	07/08/1995
CERT. NASC.	93263 L A105 F 191
EXP. TERESINA-PI	15/09/98
TERESINA-PI	059.937.183-82
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	059.937-183-82	LUCAS DO VALE AKAUJO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
LUCAS DO VALE AKAUJO		059.937-183-82
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO	RUA JORNALISTA DONDON	7931
Bairro:	Cidade:	Estado:
ADILIO NOBRETA	TERESINA	PI
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	64052850	869900-3911

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 2004	CONTA: 5927	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina, 06/02/2019.

Nome: LUCAS DO VALE AKAUJO

CPF: 059.937.183-82

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

(/)



Buscar no site



A
COMPANHIA ▾

SEGURO
DPVAT ▾

PONTOS DE
ATENDIMENTO
(/Pontos-de-
Atendimento)

CENTRO DE
DADOS E
ESTATÍSTICAS ▾

SALA DE
IMPRENSA ▾

TRABALHE
CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190105610 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCAS DO VALE ARAUJO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO



MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS EIRELI - ME
BENEFICIÁRIO LUCAS DO VALE ARAUJO
CPF/CNPJ: 05993718382

Posição em 25-02-2019 17:35:05

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/02/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



([https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?](https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)

[l=pt&ls=1&mt=8](https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8))



([https://play.google.com/store/apps/details?](https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

[id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital](https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital))

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A ○

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004198/2018-12

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Kátia Maria Evangelista

Data/Hora: 07/12/2018 - 14:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA GOIAS, Nº:

Complemento

Data/Hora

07/11/2018 - 08:00

Bairro

CABRAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCAS DO VALE ARAÚJO (23 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: IRACEMA COSTA DO VALE ARAÚJO

Pai: JOSÉ DE RIBAMAR ARAÚJO MOREIRA

Endereço: RUA JORNALISTA DOMDON, Nº 2931

Bairro: HORTO FLORESTAL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9532-1242

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE COMUNICA QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO O VEÍCULO MOTOCICLETA YAMAHA/XTZ 125K PLACA PIO-3236 DE PROPRIEDADE DE IVANILDE DE SOUSA, CPF 70342989391 QUE UM VEÍCULO TAXI, NÃO IDENTIFICADO, COLIDIU COM SEU VEÍCULO NO MOMENTO QUE O NOTICIANTE IA ENTRAR NA RUA GOIÁS, QUE CAIU FICANDO LESIONADO QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU CHAMADA 900 E LEVADO PARA O HUT PRONTUARIO 202407. AS DECLARAÇÕES PRESTADAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Kátia Maria Evangelista - Mat. 0088846
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

LUCAS DO VALE ARAÚJO (23 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DOCUMENTO ORIGINAL
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 07/02/19





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	05993718382	LUCAS DO VALE ARAÚJO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
LUCAS DO VALE ARAÚJO		059.937.183-82	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSO	RUA JORNALISTA DONDON	2931	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
HORTO MOESTAL	TERESINA	PI	64052850
E-mail:	Tel. (DDD):		
	8699900394		

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2004	CONTA: 59297
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

Local e Data, TERESINA - PI 12/04/2019.

Nome: LUCAS DO VALE ARAÚJO

CPF: 059.937.183.82

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170040903 Nº 012713791288
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 932720889 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
IVANILDE DE SOUSA MACHADO

CPF / CNPJ 70342989391 PLACA P10-3236

PLACA ANT. / VE CHASSI 9C6KE094070022034

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLO/MARCA COMBUSTÍVEL

MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ 125K ANO FAB. 2007 ANO TOD. 2007

CAP. / POT. / CIL. 002P/124CC CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COT. S
1ª IPVA
P FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª
V 3ª PAGO
A

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

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICÇÕES DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA

DATA 10/07/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012713791288 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/7/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 70342989391 PLACA P10-3236

RENAVAM 932720889 MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ 125K

ANO FAB. 2007 CAT. TAR. 09 Nº CHASSI 9C6KE094070022034

PRÊMIO TARIFÁRIO

F.N.S (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,28 9,03 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
4,15 0,70 185,50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 12/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradora lider.co.1.br

RECIBO
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 07/02/19





[illegible]

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUANILDE DE SOUSA MACHADO,
RG nº 1.148.464, data de expedição 12/04/2016,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 703429893-91, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA JORNALISTA DONDON B/O RIO NOROESTE nº 2931
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LUCAS DO VALE ARAÚJO; cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: YAMAHA XTZ 125K - moto.
Modelo: YAMAHA XTZ 125 K.
Ano: 2007/2007,
Placa: PIO 3236
Chassi: 9CGKE094070022034.
Data do Acidente:
Local e Data: Teresina 03/12/2018



Juanilde de Sousa Machado
Assinatura do Declarante

[Assinatura]
MEDIDA CORRITORA DE SEGUROS
Recebido em: 07/02/19

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

Cartório
Themistocles
Sampaio
OFICIO DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 3º OFICIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (0xx86) 2221-7886 • E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

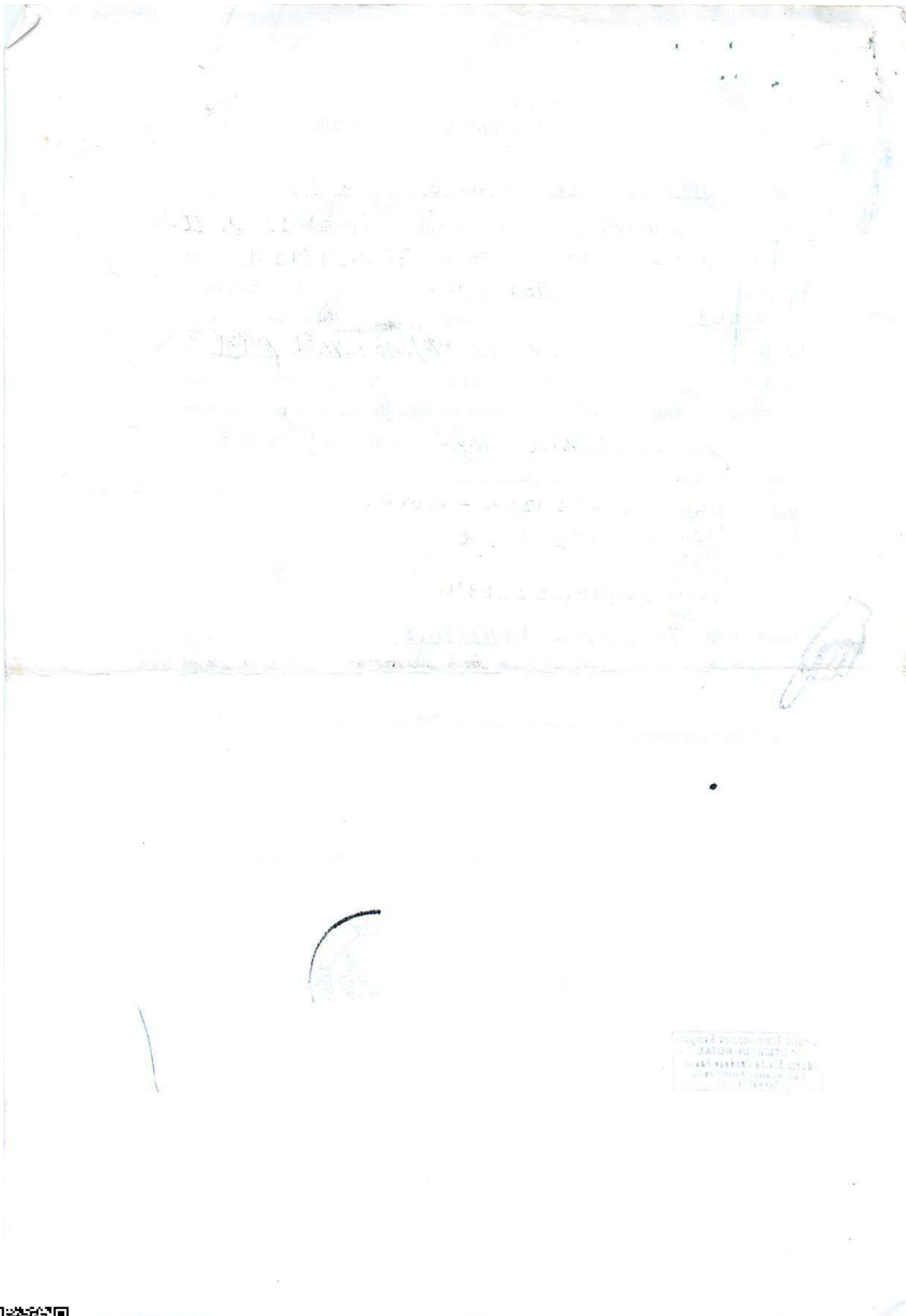
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JUANILDE DE SOUSA MACHADO. DOU FE. EM TEST. 30 DA VERDADE.
TERESINA-PI, 03/12/2018. Emol.: 3,71 T.O.: 74 Selo: 0,26
Total: 4,71 Selo: ABL 96463 (F690P179)

Maria Elvira Cardoso Sousa-Escrevente Autorizado

☐ Tabelião ☒ Escrevente autorizado

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFICIO DE NOTAS
Maria Elvira Cardoso Sousa
Escrevente Autorizada
Teresina PI







Ag = 2004

OP: 013

CP = 5927-7-

LUCAS DO VALE ARAÚJO


EDIDA CORRETORA DE SEGUROS
acebido em: 07/02/14





NOME DO PACIENTE: Renan do Vale Group

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 202407

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



SINISTRO. 31901 05610.

059



**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: **LUCAS DO VALE ARAUJO** (Prontuário: 202407)
Endereço: RUA JORENALISTA DONDON - HORTO FLORESTAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 07/08/1995 Idade: 23a4m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 692625
Requisição: 889819 Solicitação: 07/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1103223 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 07/11/2018

PERNA DIREITA

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

- Fraturas nas diafises distais da tíbia e fibula.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 22/12/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 07/02/19





HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Celine

Enfermerie
COREN-PI 18 41





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/11/18

NOME DO PACIENTE:	Lucas do Vale Azevedo	PRONTUÁRIO Nº:	202407
DIAGNÓSTICO:	Rotura do Tmã (D)	CIRURGIA:	Cistocunha
ANESTESIA:	Roque	Nº DA SALA:	03
CIRURGIÃO:	Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3084	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Denise	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Ediane	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.			Cateter 02		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletródos -		05 unid.	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Gravatas -		03 unid.	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cupom -			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

Solange Nazaré C. Moutinho
Téc. Enfermagem
COREN-PI: 453.435 MOD - 094





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

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 07/11/2018 09:21:38

(User: CAMILA NORBERTA)

(Estação: RECEPCAO02)

Nome:	LUCAS DO VALE ARAUJO	Prontuário:	202407
Mãe:	IRACEMA COSTA VALE	Pai:	JOSE DE RIBAMAR ARAUJO MOREIRA
End.Resid.:	RUA JORENALISTA DONDON - HORTO FLORESTAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	07/08/1995	Idade:	23a3m0d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99453-0382
Responsável:	KELLYANE	CNS:	203450211120018
Profissão:	ESTUDANTE	Documento:	RG: 3494806 - PI
G. Instrução:	Médio Completo	E.Civil:	Casado(a)
End.Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	692625	Entrada:	07/11/2018 09:20:02	Convênio:	S U S	Proced:	
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)							

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS
Recebido em: 07/02/18

RAIO X REALIZADO
DATA 07/11/18

SSVV:	(Hora: ____:____)								
Peso:	Kg	Altura:	M	IMC:	Kg/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente vítima de acidente motociclístico no cinto de 1h. Relato que da capote. Não perdeu a consciência, náuseas, vômitos. Orientado e cooperativo. (F) VA Denúncia com edema cervical, membros superiores. (B) MV (D), um membro inferior. SNT, RR, 24, 55. (D) Sem sinais de sangramento externo. Sem sinais de fratura aparente. (B) Ombro (AS), membros inferiores e fêmur. (D) Dado direito indolente.

Diagnóstico Inicial: Fratura de Rádio (D) S 22

Exames Complementares:

Rx de Braço D, Rx de antebraço, Rx de punho

Prescrição Médica:

Atalaia ortopédica
AO CC & talão

Motivo da Alta/Encerramento:

DATA: / / HORA: 12

Assinatura Paciente ou Responsável

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





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 N° do 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			1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
Tipo de Ocorrência	16 Idade	Se idade é ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vitima				
	20 Meio de locomoção				
Exame Físico	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Assistência	23 Glasgow =				
	24 Sinais Vitais				
Hospital de Destino	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Observações Interdisciplinar	27 Pulso Radial				
	28 Sangramento				
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10					
30 Fratura					
31 Procedimentos realizados					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Observações					

Versão:27.11.2011

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE Bucas do Vale Araújo				UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO	
DATA: 07.11.18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO ASA II (Nº de alergia)					ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO (H+)				SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL PA = 160 x 80 mmHg				CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Sot. 99.1.					FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 16.00					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100					Clopidogrel Dexametasona 1 amp Plavix 1 amp Tamoxifeno 1 PR Sedação midazolam	
TEMPERATURA T	Cº	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL V O PULSO	38	200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					1 5 mg 2 3 10 mg 4 10 mg 5 10 mg 6 20 mg 7 20 mg 8 20 mg 9 20 mg 10 20 mg 11 20 mg 12 20 mg 13 20 mg 14 20 mg 15 total	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X								
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO								
RESPIRAÇÃO O								
SÍMBOLOS							DURAÇÃO	
TÉCNICAS		Raquioclostomia + sedação					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES		Osteosíntese de tíbia					Não houve	
CIRURGIÕES		Caio					13.11.18	
ANESTESISTAS		Denise A. Guimarães Anestesiologista CRM 4925					13.11.18	
PARTICULARIDADES							13.11.18	

MOD 76 - HUT





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Lucas do Vale Araújo		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura do pé direito (S)		
Operação - Tipo	RAT - 8 fios suturados		
Cirurgião	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3054	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Edaine	Anestesiista	Dr. Denise
Anestésico(a)	Raquel		
Data da Operação	07/11/18	Início	15:45
		Fim	16:30
Diagnóstico Pós-operatório	O mesmo		
Relatório Imediato do Patologista	φ		
Acidente Durante a Operação	φ		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

— Realizado sob anestesia - Ampulha, Autotransfusão
— Aberto o antero medial do pé (S)
— Fez a fixação - Redução e fixação de
— Placa e parafusos - pontos
— Limpou - fechou - Anestesia

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

Mod. 76 HUT

