

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

Nº Sinistro: 3180000622

Vitima: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 03/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180000622**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12154351



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro: 3180000622

Vítima: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 03/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180000622** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12284160

A/C: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

Nº Sinistro: 3180000622
Vítima: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO
Data do Acidente: 03/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000029634-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.025,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

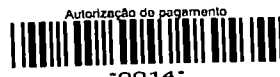
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

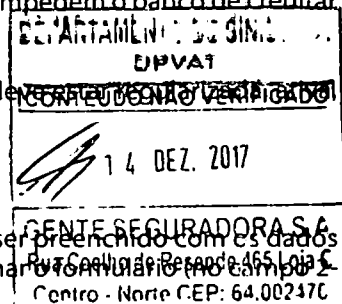
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar **libre e disponível** para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar (Assinatura do Representante Legal).

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

517.274.553-04

Nome completo da vítima

João Aluís de Araújo Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo João Aluís de Araújo Neto		CPF titular da conta 517.274.553-04		Profissão Fretista
Endereço Q-02 BL-203		Número 203	Complemento Apartamento	
Bairro Tancredo Neves	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64076-085	
Email			Telefone (DDD) (86) 3303-4104	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRASECO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
Nome NRC

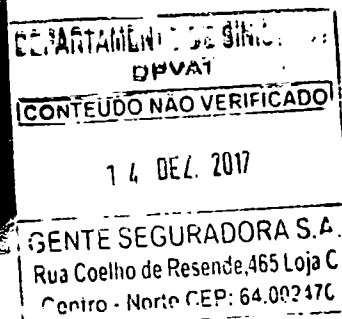
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 11 de Dezembro de 2017
Local e Data

João Aluís de Araújo Neto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004598/2017-20

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 06/11/2017 - 13:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JERUSALÉM, Nº:

Complemento

Data/Hora

03/09/2017 - 12:00

410242

Bairro

REDENÇÃO

Ponto de Referência

DETRAN

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOÃO ALVES DE ARAUJO NETO

RG: 1264150 SSPPI PI

Mãe: EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO

Pai: JOSE CESÁRIO GOMES DE ARAUJO

Endereço: QUADRA 02, BL-03, APT. 203, TANCREDO NEVES, Nº

Bairro: TANCREDO NEVES

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 DEZ. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

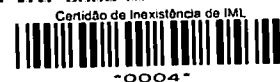
RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ 125 EX, PLACA PIL-6027-PI, COR BRANCA, RENAVAL 1065321012, PROP. DE THIMINA RAYANE FERREIRA SOARES, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO ATROPELOU UM ANIMAL (CACHORRO), CAINDO EM SEGUIDA. FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES E LEVADO PARA A UPA. (PRONT. 94885). DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HUT. (PRONT. 341132). TESTEMUNHA: ALEXSANDRO FERREIRA DA SILVA, RUA FRANCISCO LUCAS PEREIRA, 1130-GURUPI. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

JOÃO ALVES DE ARAUJO NETO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

João Alves de Araújo Neto

517.274.553-04

03/03/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 DEZ. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.002-170

Teresina, 12 de Dezembro de 2017

Local e Data

João Alves de Araújo Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000029634-4

Nr. da Autenticação 8A923D5D71B36671



LIBERADO



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 03/09/2017 17:42:31

User: MARILENE SIQUEIRA

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO		Prontuário: 341132
Mãe: EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO		Pai: JOSE CESARIO GOMES DE ARAUJO
End.Resid.: QD 2 BLC 3 APM 203 - TANCREDO NEVES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 04/05/1973	Idade: 44a:4m:30d	Sexo: Masculino Fone: 86-88552-491
Responsável: ADRIANA		CNS: 700007675914702
Profissão: SEGURANCA		Documento: CPF: 517.274.553-04
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 623369	Data: 03/09/2017 17:33:15	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

nal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE ENCAMINHADO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM RELATO DE TRAUMA EM PUNHO D E MÃO E. EVOLUI COM DOR LOCAL.			Profissional Clas. Risco: MARILENE SIQUEIRA SILVA COREN - 383564 Imp: 03/09/2017 17:42:30

DADOS CLÍNICOS: (Hora: _____)

RAIO-X REALIZADO	DEPARTAMENTO DE SINUS
DATA: 03/09/2017	DPVAT
Técnico: <i>Taylame</i>	CONTEUDO NAO VERIFICADO
	14 DEZ. 2017

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp _____
Diagnóstico Inicial:			CID: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA: :	Se Internação, indique o Procedimento e CID
		Procedimento 408026407 CID S52.5

Adriano Kelmar D. N. Araújo
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Ruyton S. da Cunha
Assinatura Médico
CRM: 3807
Rua Coelmo de Resende, 465 Lj 10 C
Ter. - Centro - Norte - CEP: 64.002-170

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.002-740
Regime especial de tributação aprovado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 000387321

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2017	18/10/2017	188	141,21

MATHEUS HENRIQUE DO NASCIMENTO ARAUJO
CJ TANCREDO NEVES S/N 0-02 BL 3 AP 203 TANCREDO NEVES
TANCREDO NEVES RES COND
CEP: 64.076-085 - TERESINA

ROT: 8.001.73.06.131600

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 20711	10/10/2017
Anterior: 20523	11/09/2017
Consumo em kWh: 1,000	Proxima Leitura: 09/11/2017
Consumo Medido: 188	Emissao: 10/10/2017
Consumo Faturado: 188	Apresentação: 10/10/2017

NORMAL

29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
------------------	---------	----------------	-------	-------------	----------------

RESIDENCIAL MONO A1113474 1.1.1.1 356

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
---------------	--------------------

SET/17 226	CONSUMO 188 A R\$ 0,689390 = 129,60
AGO/17 189	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COISIP) 11,61
JUL/17 187	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,45
JUN/17 207	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 2,26
MAI/17 974	
ABR/17 0	
MAR/17 0	
FEV/17 0	
JAN/17 0	
DEZ/16 0	

TARIFA SP: 7610,705
0 A 188 - 0,51659

MESSAGENS IMPORTANTES / PREAVISOS DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/10/2017, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 269,23 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

A PARTIR DE 28/09/2017, HOUVE REAJUSTE TARIFARIO MEDIO A SER PERCIBIDO DE 27,63% (RESOLUCAO ANEEL-2.305/2017).
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO ACF8 AFDA.58EE.141D.2D88.C886.8D21.FFCD

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 27,62	Base de Cálculo: 129,60
Energia: 52,52	Alíquota ICM-S: 20,00%
Transmissão: 8,26	Valor do ICMS: 25,92
Encargos: 8,37	Valor do PIS: 1,23
Tributos: 32,83	Valor do COFINS: 5,68

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,07 10,15 20,30 3,23 6,47 12,95 2,86
0,00 0,00 0,00

TERESINA-JOCKEY

08/2017

46,10

ROT: 8.001.73.06.131600

Eletrobras
Distribuição Piauí

SEU CODIGO

0107492-0

MÊS FATURADO

10/2017

TOTAL A PAGAR - R\$

141,21

VENCIMENTO

18/10/2017

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.002-740

Nº da Nota Fiscal: 000387321 FCAM

8366000001 9 41210017000 7 00000000107 3 49201017008 1



SEQ.: 00214 UC: 0107492-0 DT. LEIT.: 10/10/2017 T. ENTR.: 04
LEITURA: 20711 NORMAL TOTAL: 141,21 CARGA: 015
DT. VENC.: 18/10/2017 IRREG.: 000 COLETOR: 2132

DEPARTAMENTO DE SINCRONIZAÇÃO
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 DEZ. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



Administradora de Cartões de Crédito

Em caso de dúvida em algum lançamento em seu extrato mensal, ligue para nossa Central de Atendimento.

ATENDIMENTO

4020-1234

Impressão de Capô

Detalhes Local de Emissão

Atendimento 24 horas



0015

MELHORES DIAS PARA COMPRA
28 A 09

LIMITES DE CRÉDITO

PARCELADO = R\$ 1.815,00

ROTATIVO = R\$ 1.210,00

* O limite parcelado é composto do limite ROTATIVO acrescido de 50%. Este aumento é de uso exclusivo para compras PARCELADAS

ENCARGOS

NO PERÍODO
9,91 a.m.

MÁXIMOS PARA O PRÓXIMO PERÍODO
10,91 a.m.

Associado **FRANCISCA ALANE FERNANDES DO** Número do Cartão **6031 36** **** 0140** Vencimento **10.12.2017**

Saldo Anterior	Créditos	Saldo restante	Débitos	Saldo Atual	Pagto Mínimo
533,25	-	533,25	=	0,00	+
			752,24	=	R\$
				752,24	675,00

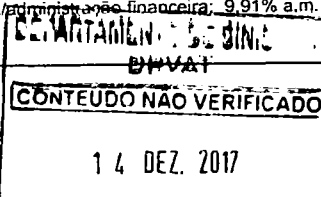
OBRIGADO PELO PAGAMENTO DE R\$ 533,25

Página 1 de 2

DEMONSTRATIVO DE LANÇAMENTOS

		Saldo Anterior		CRÉDITO	DÉBITO
01 - FRANCISCA NASCIMENTO					533,25
0140	20.04.2017	Ibyte - 16	Parcela 08/10		37,09
0140	29.05.2017	Giouca	Parcela 06/06		120,00
0140	28.07.2017	Engeropi - Centro	Parcela 04/05		53,11
0140	12.09.2017	IAP Cosméticos	Parcela 03/03		25,39
0140	29.09.2017	Pspori - 12	Parcela 02/J2		20,00
0140	29.09.2017	Lojas Aguiar	Parcela 02/02		24,97
0140	29.09.2017	O Boticário - Simplicio Mendes	Parcela 02/03		21,93
0140	29.09.2017	O Boticário - Simplicio Mendes	Parcela 02/03		52,23
0140	24.10.2017	Maninha Atacadista	Parcela 02/02		15,96
0140	31.10.2017	Babylandia Variedades - Mt			8,95
0140	31.10.2017	Babylandia Festas			7,20
0140	03.11.2017	Farmacia do Trabalhador do Brasil-54			11,99
0140	04.11.2017	Comercial Carvalho 32			57,30
0140	04.11.2017	Comercial Carvalho 32			21,99
0140	04.11.2017	Comercial Carvalho 32	Parcela 01/02		36,17
0140	07.11.2017	Luar Magazine 165	Parcela 01/02		19,95
0140	07.11.2017	Baratao Central - Filial 02	Parcela 01/03		34,00
0140	08.11.2017	Luar Magazine 165	Parcela 01/03		19,96

Composição dos Encargos: Custos do financiamento/garantia/administração financeira: 9,91% a.m.



14 DEZ. 2017



033-7

FICHA DE CAIXA

CREDI-SHOP S/A 62.895.230/0001-13 10.12.2017
2136-9 / 199634-7 363161167369-4 12.12.2017
31611640-8 752,24

RECIBO DO CLIENTE
Nº CARTÃO ASSOCIADO 6031 36** **** 0140
N/Nº FRANCISCA ALANE FERNANDES
VENCIMENTO 363161167369-4
SALDO ATUAL 10.12.2017
PAGAMENTO MÍNIMO 752,24
675,00

VALOR PAGO R\$

Autenticação Mecânica no Verso



033-7

03399.19961 34736.316117 67369.401012 1 00000000000000

PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU LOJAS DO PARAÍBA MESMO APÓS O VENCIMENTO

10.12.2017

CREDI-SHOP S/A - Administradora de Cartões de Crédito

62.895.230/0001-13

2136-9 / 199634-7

12.12.2017

6031 36** **** 0140

N

28.11.2017

363161167369-4

101

752,24

1. PAGAMENTO MÍNIMO DE R\$ 675,00
2. OS ENCARGOS DECORRENTES DO PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO DO EXTRATO SERÃO INCLuíDOS NO PRÓXIMO EXTRATO MENSAL.
3. PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO.

FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO
R REGENERACAO, 571 - PONTO REF: PROX AO RIO POTY HOTEL
ILHOTAS
64014-047 TERESINA-PI

04085358308



Autenticação Mecânica



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Francisca Albane Fernandes do Nascimento inscrito (a) no CPF nº 040.853.583 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Alves de Araújo Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 517.274.553 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima João Alves de Araújo Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 517.274.553 / 04, 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 Regeneração</u>		Número	<u>571</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Ilhéus</u>	Cidade	<u>Terresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email			Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
			<u>(86) 3303-4104</u>		<u>(86) 9534-6565</u>	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 DEZ. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Terresina 11 de Dezembro de 2017

Francisca Albane Fernandes do Nascimento
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Thimina Rayanne Ferreira Soares,
RG nº 3.360.102, data de expedição 24/08/2009
Órgão SSPI, portador do CPF nº 054.748.903.03, com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Ad: C2 bl. 03 Apt 203 (Tamoio Novo), nº 514,
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 João Alves de Araújo Neto, cujo o condutor era
João Alves de Araújo Neto.

Veículo: MOTO
Modelo: BIZ 125 EX

Ano: 2015

Placa: PIU-6027

Chassi: GC2AC4830FR086362

Data do Acidente: 03/09/2017

Local e Data: Av. Barão de Castelo Branco
Arumimor 20/09/17

Thimina Rayanne Ferreira Soares
Assinatura do Declarante

João Alves de Araújo Neto

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

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabeliã
Rua Barroso, 91/Sul - CEP 64001-130 - Teresina - PI - Fone: (86) 3221-6665

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: THIMINA RAYANNE FERREIRA
SOARES. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 20/09/2017. Emol.: 3,60 Total: 4,57
Selo: AAS.86244 (F220F288)

AGATA ADRIELE DE SOUZA AVELINO PESSOA-ESCREVENTE

CARTÓRIO "DJA"
Ágata Adrielle de Souza Avelino
Escrevente Colaboradora
Teresina-PI

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Arquivos
RECEBUEMOS
PESSOAS FÍSICAS
AAS 86244

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 DEZ. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-17C



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: João Alves de Sousa Neto

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 341132

DEPARTAMENTO DE SINUS
DHVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 DEZ. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

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".

Teressina

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA

Rua Pôrto Velho, 1231 - Teresina III - Fone: 86 3234 7074

TERESINA-PI CEP: 64.021-10 CNPJ: 17.577.205/0015-32

UPA
231

Insc: 03/09/2017 14:36:42

(Médico) NEOMAR SOARES
(Cirurgião) UPA-SALADEGESSO

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOAO ALVES DE ARAUJO NENO		Pronome: 94885	
Mãe: EULINA PEREIRA DA SILVA BRUNO		Pai: JOSE CESARIO SOARES DE ARAUJO	
End. Resid.: QD 02 B. 11 - 201 - IANILDO NEVES - TERESINA - PI - CEP: 64.021-10			
Nascimento: 04/05/1977	Idade: 44a:4m:30d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98855-2491
Responsável: C MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: CPF: 517.274.553-04	
G. Instrução: 4a. instr. 1990		E. Civil: Casado(a)	
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 197685	Entrada: 03/09/2017 14:00:23	Convênio: S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por fratura	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História, Class. Risco: paciente com queixa de dor no punho direito - SIC, refere dor em MSD, mão E e M2, apresentando fratura de rádio distal com acometimento articular necessitando de tratamento cirúrgico.		
Ass. Profissional Clas. Risco: FRANCISCO MORA DA SILVA SOARES CRM-PI 200216 Em: 03/09/2017 14:05:04		

SSVV:	(Nome:)
Peso: 70,00 Kg	Altura: 1,70 m
IMC: 24,00 Kg/m2	Pulso: 0
Temp. Pressão: 0	mmHg

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE SOFREU Queda de altura com trauma em punho direito e mão esquerda. RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO E MÃO ESQUERDA COM FRATURA DO RÁDIO DISTAL COM ACOMETIMENTO ARTICULAR, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO. RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA ENRELA FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 4º DITO DO DITO COM DESVIO.

CD: ENCAMINHADO AO IEST

Diagnóstico Clínico:

Fratura da extremidade distal do rádio

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1. TILATEL 100mg LAMP - 4x 1x
2. DIFERON 100mg LAMP - 4x 1x

MOTIVO DA ALTA/ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA OUTRA CLÍNICA

DATA: 03/09/2017

HORA: 14:36:41

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Neomar Soares da Silva
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 200216
03/09/2017 14:36:41

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 03/09/2017 17:42:43

MARILENE SIQUEIRA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO		Prontuário: 341132
Mãe: EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO		Pai: JOSE CESARIO GOMES DE ARAUJO
End. Resid.: QD 2 BLC 3 APM 203 - TANCREDO NEVES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 04/05/1973	Idade: 44a:4m:30d	Sexo: Masculino Fone: 86-88552-491
Responsável: ADRIANA		CNS: 700007675914702
Profissão: SEGURANCA		Documento: CPF: 517.274.553-04
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 623369	Data: 03/09/2017 17:33:15	Clas. Cor: Amarelo	GENTE SEGURO DORA
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio: S. S. Norte CEP: 64.00

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 03/09/17 17:57 **ESPECIALISTA:** CARLOS EDUARDO M. BATISTA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente vítima de acidente motociclista apresentando ferimentos no nariz e maxila inferior na face, alta da emergência.

Carlos Eduardo M. Batista
Cirurgia Traumatologia
Bucodentofacial
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 03/09/17 18:05 **Ortopedia**

Paciente vítima de acidente motociclista apresentando ferimentos no nariz e maxila inferior na face, alta da emergência.

CD: A Sala de sutura.

Retornar à ortopedia para intervenção.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 03/09/17 18:41 **ESPECIALISTA:** DR. CLAUDIO NOGUEIRA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: C. Geral 03/09/17 18:41.

Paciente encaminhado da ortopedia para sutura em max. Inferior hemodinamicamente. Queixa de dor no brocho de max. ACP fisiológica.

Abdomen indur. CD: sutura e alta de. C. Geral 03/09/17 18:41.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 03/09/17 18:41 **Ortopedia**

Paciente encaminhado da ortopedia para sutura em max. Inferior hemodinamicamente. Queixa de dor no brocho de max. ACP fisiológica.

Abdomen indur. CD: sutura e alta de. C. Geral 03/09/17 18:41.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

AUTORIZAÇÃO: 9241728		Nº DA REGULAÇÃO: 1017
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE:	JOAO ALVES DE ARAUJO NETO	NASCIMENTO: 04/05/1973

~~MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO~~

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	147 x 90	169 x 96 mmHg
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	77 bpm	65 bpm
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	100 %	99 %
TEMPERATURA AXILAR (° C)		//
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		//
NOME/ MATRÍCULA	brella	miliano

ESCALA DE DOR ADMISSÃO							TOTAL	10		
ESCALA DE DOR ALTA							ASS. Cristiane	Thaís de Melo Pereira		
							COORDEN. ENFERMEIRA			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

11:50 - Paciente admitido na UTI, em RDI de natureza de punho ⑤ + 4: adx
sob efeito de anestesia geral. consciente, orientado, fônico, eupnéu-
co, S1 S2. HV em curso. SSV estáveis. excep

Cristiana Ribeiro da Mota Faria

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA HORÁRIO	OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 14 DEZ. 2017
		GENTE SEGURODORA S Rua Coelho de Resende, 465 Loja Centro - Norte CEP: 64.0024 ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []
 POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ☒ ORT [] NEU [] CIR [] MÉD

NOME DO PACIENTE			PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	CORREDOR 1	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOAO ALVES DE ARAUJO NETO			341132	44	ORTOPEDIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA/HORA CÓDIGO									
01: 03/09/2017	FRAT PUNHO D + 4° QRD								
07/09/17									
1	Dieta oral livre								
2	Gelco salinizado								
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs								
4	Cefalotina 1g + AD EV 6/6h								
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs								
6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 2 /12hs								
7	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN								
8	Curativos diários								
9	Cuidados gerais e sinais vitais								
Dr. Paulo Henrique P. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM3315 Dr. Ricardo S. Valença Ortopedia e Traumatologia CRM3766-TEOT:11303 Dr. Paulo L.L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia CRM4367									

ESTABELECIMENTO DE SIGNO
OFVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
4 DEZ. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>João Alves de Araújo Neto</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>FRATURA DE RADIO (D) + 9° COST (E)</u>		
Operação - Tipo <u>OSTEOSINTESE DO RADIO (D) + 4° ROTE (E)</u>		
Cirurgião <u>Dr. André Vasconcelos</u>	1° Assinante	
2° Assinante	3° Assinante	
Instrumentador(a) <u>Cristiane</u>	Anestesia <u>geral</u>	
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início <u>17hs</u>	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

0408020407 - 5525

0408020377 - 5623

frat. met. distal met. met.

DEPARTAMENTO DE SIN
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIF
14 DEZ. 2017
GENTE SEGURADOR
Rua Coelho de Resende, 465
Centro - NORT EP: 64.0

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica; Ligadura; Suturas; Drenagem; Fechamento)

- (1) PACIENTE EM ADH SOB ANESTESIA GERAL
- (2) ASSÉPSIA ANTISSEPSIA + CAMPOS
- (3) PINAÇÃO PERCUTÂNEA COM FIO K 2.0
- (4) RADIOSCOPIA
- (5) PINAÇÃO PERCUTÂNEA COM FIO K 1.0 CURVADO
- (6) RADIOSCOPIA + CURATIVO PTAS

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06 09 17

NOME DO PACIENTE: <u>João Aluis de Araújo Neto</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>341132</u>
DIAGNOSTICO: <u>Fratura distal do rádio</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr. Nafara</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. André</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>geral</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Cristiane</u>	CPF Nº:

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
 PRIVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 14 DEZ. 2017
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.00247C

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº <u>8.00</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.10</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		luvas nº 6,5	par	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				crepom		06	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				escova de limpeza		03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				fio de kshenny		02	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				1,5 x 2-p			
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Guarilene</u>			
PROLENE							



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03 / 09 / 17

NOME DO PACIENTE:	João Alves de Araújo Neto	PRONTUÁRIO Nº:	341132
DIAGNÓSTICO:	Vitima acid. trânsito (motocicleta)	CIRURGIA:	sutura (mão e)
ANESTESIA:	Local (lidocaina 5%)	Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:		CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:		CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	01	
ALCOOL 70%	ML			PVPI DE GERMANTE	ML		
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	20ml	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.			SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	100ml	
GASES	PAC.	01		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Sutura e curativo			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				coluna			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3,0	01						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				téc: Nibauis			

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
14 DEZ. 2017
GENTE SEGURADORA S.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.00247

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

197494

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6- Nome: **JOAO ALVES DE ARAUJO NETO**

6 - Prontuário: 341132

7-CNS: 700007675914702

8-Nascimento: 04/05/1973

9-Sexo: Masculino

CPF: 517.274.553-04

11-Mãe: **EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO**

12-Fone: 86-88552-491

12-Resp: **ADRIANA**

14-Fone: 86-88552-491

1-Order: QD 2 BLC 3 APM 203 - TANCREDO NEVES - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proced. Anterior 0408020407	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
21-Cod. Mudança Proced. 0415030013	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
22-Justificativa: ?	

33-Profissional Responsável:
RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA

40-Tp. Documento:
CPF

40-No. Doc. Méd. Solic.:
913.043.333-72

34-Data Solicitação: **03/09/2017**

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA DE RADIO D + 4º QDT E.

**ESTABELECIMENTO DE SINCRONIA
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO**

14 DEZ. 2017

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:
/ /

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

**COMPANHIA S. A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470**

52- Nome do Profissional/parecer controle
Qualificação/Assinatura

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass.:

**COMPANHIA S. A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 14735 AIH: 2217101711715
---	---------------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA	7823169
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
500007675914702	JOÃO ALVES DE ARAUJO NETO	04/05/1973	341132	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
RG				
264150	8698855249	EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO	ADRIANA KELMA DIAS NASCIMENTO ARAUJO	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NÚMERO / LOTE		
	Q 13 C 18	15		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		
SANTA FE		TERESINA		

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	COD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	0408020407		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013		
DIAGNOSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	S525		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA DE RADIO D - 4º QDT E.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
ANDRÉ LEAL DE VASCONCELOS	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
	18/09/2017

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
HENRIQUE ALMEIDA FILHO		
CNS AUTORIZADOR	ORGAO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
100910275750009		18/09/2017 18:09:00

DEPARTAMENTO DE SINUS
OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
14 DEZ. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar

14735

07109 - 0836

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES
5828856

197494

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

6 - Prontuário: 341132

7-CNS: 700007675914702

8-Nascimento: 04/05/1973

9-Sexo: Masculino

CPF: 517.274.553-04

11-Mãe: EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO

12-Fone: 86-88552-491

13-Resp: ADRIANA

14-Cor: Parda

15-Endereço: QD 2 BLC 3 APM 203 - TANCREDO NEVES - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fratura da extremidade distal do rádio

OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 DEZ. 2017

GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 465
Centro - Nogueira CEP: 64.000-000

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura da extremidade distal do rádio

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Rx, TC

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod. Proced.: 27- Procedimento Solicitado:
0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 913.043.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA 03/09/2017

Dr. Rafael Levi Louchard S. da Cunha
Médico do Esporte
CRM: 3807 SBO: 12983
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia da Mão e do Carpo

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Adriana Kelma D. N. Araújo

Polígrafo Camilo da Silva Araújo
Sócio-gerente de Automação FMS
CPF: 201.714.113-34
Assinatura (Rg. Conselho)
Usuário: YULLE
Consulta Local: 677464
Consulta SUS:
Impressão: 03/09/2017 20:10

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
7823160
CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS
700007675914702
DOCUMENTO
RG
1264150
CEP

NOME DO PACIENTE
JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

TELEFONE
8698855249
NOME DA MÃE
EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO
ENDEREÇO - LOGRADOURO

NASCIMENTO
04/05/1973

SEXO
M

PRONTUÁRIO
341132

RESPONSÁVEL
ADRINA KELMA DIAS NASCIMENTO ARAUJO

NÚMERO / LOTE
18

UF
PI

BAIRRO
SANTA FE

COMPLEMENTO
MUNICÍPIO
221100 TERESINA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM TRAUMA EM PUNHO D E MAO ESQUERDA. RADIOGRAFIA DE PUNHO D EVIDENCIA FRATURA DE RADIO DISTAL COM ACOMETIMENTO ARTICULAR NECESSITANDO DE TRADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA. EVIDÊNCIA FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 4º QUIRODACTILO COM DESVIO. HD: FRATURA DE RÁDIO DISTAL D -M FRATURA FALANGE 4º OD E FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

INDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10
SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

LEITO/CLÍNICA

CARÁTER

URGENCIA

DATA ADMISSÃO DATA ALTA
03/09/2017 17:42 07/09/2017 09:00

MOTIVO ALTA
ALTA MELHORADO

DATA
SOLICITAÇÃO
03/09/2017

RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA
CPF: 91304393372 CRM

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

Tipo ACIDENTE CNPJ
SEGUROADORA

Nº DO BILHETE SÉRIE

CNPJ DA
EMPRESA

CNAE EMPRESA CBOR

NATUREZA
DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO
AUDITORIA

ERICA PATRICIA CHAVES
CPF 89671341349 CRM

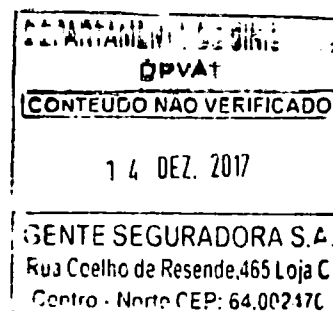
DATA ANALISE 03/09/2017 20:47:59

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



12-09-2017

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1320 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO ALVES DE ARAUJO NETO** (Prontuário: 341132)
Endereço: QD 2 BLC 3 APM 203 - TANCREDO NEVES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 04/05/1973 Idade: 44a:5m:13d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 197494
Requisição: 772305 Solicitação: 06/09/2017 Solicitante: RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA
Controle: 959191 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 226

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 06/09/2017

PUNHO DIREITO

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

- Fratura na epífise distal do rádio, fixada por fios metálicos.

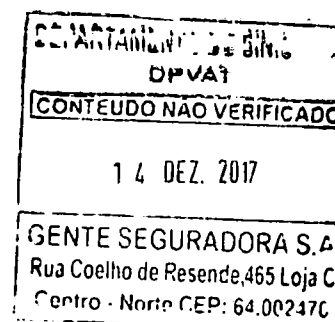
LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/10/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



FOLHA DE ANESTESIA



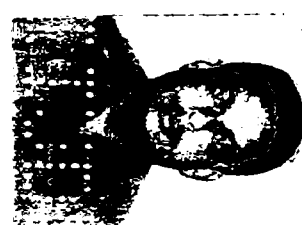
UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>João Alves de Araujo Neto</u>				Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>06/07/17</u>	P. ARTERIAL <u>200x80</u>	PULSO <u>75</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				CORTICÓIDES ATARÁXICOS OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES	
		1 2 3 <u>2L</u>		① - Normais	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 200 100		② - Feitantes	
TEMPERATURA T		Cº 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10		③ - Suporte	
P. ARTERIAL V O PULSO		38		④ - Sequência	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X				⑤ - Tazidol	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO				⑥ - Pain	
RESPIRAÇÃO O				⑦ - Raudip	
SÍMBOLOS				⑧ - Dexamet	
TÉCNICAS				⑨ - Dexamet	
OPERAÇÕES				⑩ - Dexamet	
CIRURGIÕES				⑪ - Dexamet	
ANESTESISTAS				⑫ - Dexamet	
PARTICULARIDADES				⑬ - Dexamet	
				⑭ - Dexamet	
				⑮ - Dexamet	
				⑯ - Dexamet	
				⑰ - Dexamet	
				⑱ - Dexamet	
				⑲ - Dexamet	
				⑳ - Dexamet	
				㉑ - Dexamet	
				㉒ - Dexamet	
				㉓ - Dexamet	
				㉔ - Dexamet	
				㉕ - Dexamet	
				㉖ - Dexamet	
				㉗ - Dexamet	
				㉘ - Dexamet	
				㉙ - Dexamet	
				㉚ - Dexamet	
				㉛ - Dexamet	
				㉜ - Dexamet	
				㉝ - Dexamet	
				㉞ - Dexamet	
				㉟ - Dexamet	
				㊱ - Dexamet	
				㊲ - Dexamet	
				㊳ - Dexamet	
				㊴ - Dexamet	
				㊵ - Dexamet	
				㊶ - Dexamet	
				㊷ - Dexamet	
				㊸ - Dexamet	
				㊹ - Dexamet	
				㊺ - Dexamet	
				㊻ - Dexamet	
				㊼ - Dexamet	
				㊽ - Dexamet	
				㊾ - Dexamet	
				㊿ - Dexamet	
				0 - Dexamet	
				1 - Dexamet	
				2 - Dexamet	
				3 - Dexamet	
				4 - Dexamet	
				5 - Dexamet	
				6 - Dexamet	
				7 - Dexamet	
				8 - Dexamet	
				9 - Dexamet	
				10 - Dexamet	
				11 - Dexamet	
				12 - Dexamet	
				13 - Dexamet	
				14 - Dexamet	
				15 - Dexamet	
				16 - Dexamet	
				17 - Dexamet	
				18 - Dexamet	
				19 - Dexamet	
				20 - Dexamet	
				21 - Dexamet	
				22 - Dexamet	
				23 - Dexamet	
				24 - Dexamet	
				25 - Dexamet	
				26 - Dexamet	
				27 - Dexamet	
				28 - Dexamet	
				29 - Dexamet	
				30 - Dexamet	
				31 - Dexamet	
				32 - Dexamet	
				33 - Dexamet	
				34 - Dexamet	
				35 - Dexamet	
				36 - Dexamet	
				37 - Dexamet	
				38 - Dexamet	
				39 - Dexamet	
				40 - Dexamet	
				41 - Dexamet	
				42 - Dexamet	
				43 - Dexamet	
				44 - Dexamet	
				45 - Dexamet	
				46 - Dexamet	
				47 - Dexamet	
				48 - Dexamet	
				49 - Dexamet	
				50 - Dexamet	
				51 - Dexamet	
				52 - Dexamet	
				53 - Dexamet	
				54 - Dexamet	
				55 - Dexamet	
				56 - Dexamet	
				57 - Dexamet	
				58 - Dexamet	
				59 - Dexamet	
				60 - Dexamet	
				61 - Dexamet	
				62 - Dexamet	
				63 - Dexamet	
				64 - Dexamet	
				65 - Dexamet	
				66 - Dexamet	
				67 - Dexamet	
				68 - Dexamet	
				69 - Dexamet	
				70 - Dexamet	
				71 - Dexamet	
				72 - Dexamet	
				73 - Dexamet	
				74 - Dexamet	
				75 - Dexamet	
				76 - Dexamet	
				77 - Dexamet	
				78 - Dexamet	
				79 - Dexamet	
				80 - Dexamet	
				81 - Dexamet	
				82 - Dexamet	
				83 - Dexamet	
				84 - Dexamet	
				85 - Dexamet	
				86 - Dexamet	
				87 - Dexamet	
				88 - Dexamet	
				89 - Dexamet	
				90 - Dexamet	
				91 - Dexamet	
				92 - Dexamet	
				93 - Dexamet	
				94 - Dexamet	
				95 - Dexamet	
				96 - Dexamet	
				97 - Dexamet	
				98 - Dexamet	
				99 - Dexamet	
				100 - Dexamet	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

João Alves de Araújo Neto
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAUJO DE ARÉA LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (0xx88) 3221-3643 / 3221-6188 - E-mail: cartorio@nazzi.araújo.com.br

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA É VERDADEIRA A ORIGINAL
EXTRIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TERESINA-PI, 06/11/2017.

ADJENARA ALVES DE OLIVEIRA EADREVENIE LITRUMIS-PI
Emol.: 2,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ADF 91148
(F450P3A) 45/15AR7704112017/334

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.264.150 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/10/10

NOME
JOÃO ALVES DE ARAUJO NETO

FILIAÇÃO
EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO
JOSÉ CESÁRIO GOMES DE ARAUJO DATA DE NASCIMENTO
TERESINA-PI 04/05/1973

CERT. CASAM. 13213 L 34B F 224
CEXP TERESINA-PI 13/12/94

517.274.553-04 ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 DEZ. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.00247C



"0012"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Francisca Alane Fernandes do Nascimento

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.731.866 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/07/05

FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

RAINUNDA FERNANDES DO NASCIMENTO
RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE CERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 22/09/1990

CERT. NASC. 185584 L 214 E 423
EXP. TERESINA-PI 26/11/90

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

DIPIVAI

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 DEZ. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002476



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **040.853.583-08**

Nome: **FRANCISCA ALANE FERREIRA SODD NASCIMENTO**

Data de Nascimento: **22/09/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/03/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:05:32** em **11/12/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **E.4B67.AD34.DD28**



DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTABILIDADE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 DEZ. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela Portaria 1.543, de 13/02/2015.)



1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

UPVA

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-170

6024 00.240.608/0001-04
www.registradores.com.br

1-AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1-AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REGULAMENTO E CORTELO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180000622 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de punho esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180000622

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

Data do acidente: 03/09/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio direito e, da falange proximal do 4º quirodáctilo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico a vítima apresenta cicatriz de fio de kirschner na região lateral do punho direito e, perda de força e diminuição dos movimentos articulares do punho, com rigidez articular e, perda da força e diminuição dos movimentos articulares do 4º quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com pinagem e osteossíntese com fixação percutânea com 01 fio de Kirschner no rádio direito, e pinagem com fixação percutânea com 2 fios de Kirschner cruzados no 4º quirodáctilo esquerdo e tala gessada. Refere que fez fisioterapia com 48 sessões e já teve alta definitiva do tratamento médico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima possui sinistro anterior referente a outro acidente ocorrido em 08/06/2015, com análise médica documental realizada em 08/10/2015 pela prestadora AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT. INDENIZADO DANO MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 6373

UF do CRM do médico: MA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Luiz Antonio Serodio

PROCURAÇÃO PARTICULAR



(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: João Alves de Araújo Neto
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 1.264.350
CPF: 517.274.553-04
Profissão: Fretista
Endereço: 8-02 Bl-3 APT 203 B-Tancredo Neves
CEP: 64076-085
Telefone: (86) 3303-4104

OUTORGADO:

Nome: Francisco Alane Fernandes do Nascimento
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 2.731.866
CPF: 040.853.583-08
Profissão: Recusou-se
Endereço: Rua Regeneração nº 571 B-Têtuas
CEP: 64000-000
Telefone: (86) 3303-4104

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: João Alves de Araújo Neto



Teresina - PI 06/11/2017

Local e data

João Alves de Araújo Neto

Assinatura do OUTORGANTE

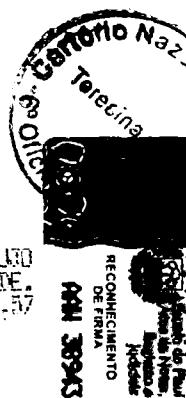
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO LEAG
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO NORTE - CEP 64001-210 - TERESINA PI
FONE: (86) 3211-7731 / 3211-7734 E-MAIL: cartorio@teresianapi.pi.gov.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO ALVES DE ARAÚJO NETO. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 06/11/2017. End: 3.43 1.000,00 Setor: 0.25 Total: 4.57 Selos: 441.38943 (R\$50,00)

ALBERTA ALVES DE OLIVEIRA ENREVENTE SUPERINTENDENTE
45/15082006112017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 DEZ. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.00247C



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO ALVES DE ARAUJO NETO** Sinistro: **3180000622** Data: **03/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Conjunto Tancredo Neves, SN, QD-02 BL-3 APT-203 - Tancredo Neves - Teresina - PI - CEP 64076-085**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1.264.150**

Data local do exame: [**12/01/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura distal do rádio direito e, da falange proximal do 4º quirodáctilo esquerdo. Ao exame físico a vítima apresenta cicatriz de fio de kirschner na região lateral do punho direito e, perda de força e diminuição dos movimentos articulares do punho, com rigidez articular e, perda da força e diminuição dos movimentos articulares do 4º quirodáctilo esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Tratamento cirúrgico com pinagem e osteossíntese com fixação percutânea com 01 fio de Kirschner no rádio direito, e pinagem com fixação percutânea com 2 fios de Kirschner cruzados no 4º quirodáctilo esquerdo e tala gessada. Refere que fez fisioterapia com 48 sessões e já teve alta definitiva do tratamento médico.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do punho direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Punho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
4º quirodáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Vítima possui sinistro anterior referente a outro acidente ocorrido em 08/06/2015, com análise médica documental realizada em 08/10/2015 pela prestadora AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT. INDENIZADO DANO MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

