

Control de documentos x Audiências x Consulta processos - Pro... x 0800658-32.2019.8.18.0... x Baixar o arquivo | iLoveP... x Email - Alana Lima - Ou... x

ProOrd 0800658-32.2019.8.18.0039
LUCAS DE SOUSA SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

8772135 - Petição (2649703 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL PROTOCOLADA 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 11/03/2020 10:54:40

11 Mar 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO

- 8772133 - Petição (Petição de impugnação ao laudo)
- 8772135 - Petição (2649703 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL PROTOCOLADA 01)
- 8772930 - Documentos (2649703 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL PROTOCOLADA Anexo 02 compressed)

10:54

05 Mar 2020

JUNTADA DE DOCUMENTOS

- 8663041 - Documentos
- 8663454 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (658 32)

10:59

27 Feb 2020

downloadBinario.seam 1 / 1

2649703 - CJ/2019-05310/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

Processo: 08006583220198180039

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreeve, nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, que lhe promove LUCAS DE SOUSA SANTOS, em trâmite perante este Douto Juízo e Respetivo Cartório, vem mui respeitosamente, à

2649703_IMPUGN...pdf

Exibir todos

PT 10:54 11/03/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

Processo: 08006583220198180039

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCAS DE SOUSA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à **INVALIDEZ PERMANENTE**.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório. Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BARRAS, 11 de março de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Lucas de Sousa Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.916.898 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/06/13

Nome LUCAS DE SOUSA SANTOS

FILIAÇÃO SOCORRO MARIA DE SOUSA GONÇALO DOS SANTOS

NATURALIDADE BATALHA-PI DATA DE NASCIMENTO 01/06/1997

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 20643 L 46 F 66V EXP BATALHA - PI 27/11/97

TEREZINA - PI 072.404.643-77 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/93 - DECRETO Nº 89.250/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2013
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.062-478

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
DIPTERAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
SOCIEDADE NACIONAL DE TRANSPORTES



PIAUÍ
PROVIDO PASTORAL
1554660910

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

NOME MARIA DO CARMO PROCEDIMIO DA SILVA
DOC. ENTREGUE (CNPJ, REGISTRO) 1457994 889 PI
CPF 703.754.703-44 **DATA DO BORNADO** 10/09/1972
RENHA (R) LOTES PROCEDIMIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA
RENHA (R) **NOC** **ESTADO**
IPRÉTIMO 0285101130 **VALOR** 15/12/2022 **PUBLICAÇÃO** 29/04/2003
OPERAÇÕES

Ministério das Finanças - Departamento de Transportes
TEREZINA, PI **DATA DE EMISSÃO** 20/12/2017
70613801046
PI3320021300
PIAUI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 29 MAR 2010
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 466 Loja G
 Centro - Norte CEP: 64.002470

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180144134

Cidade: Barras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUCAS DE SOUSA SANTOS

Data do acidente: 28/10/2017

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TIBIA DIREITA,
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320178

Cidade: Barras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUCAS DE SOUSA SANTOS

Data do acidente: 28/10/2017

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TIBIA DIREITA + FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. SINISTRO Nº3180144134 ANALISADO E SEM SEQUELA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180144134

Cidade: Barras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUCAS DE SOUSA SANTOS

Data do acidente: 28/10/2017

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TIBIA DIREITA,
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: <i>Lucas de Sousa Santos</i>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <i>solteiro</i>	Profissão:
Identidade nº: <i>3.916.898</i>	CPF nº: <i>072.404.643-77</i>	
Endereço: <i>R. Recife N: 958 990 Vila Franca</i>		
<i>Barras-Piauí</i>		
CEP: <i>64.100-000</i>	Telefone: <i>(86) 99982-3093</i>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI

CPF nº: 703.754.703-44

Profissão: Bacharel em Direito

Telefone: (86) 9 9405-4326/ 9982-3093/ 8828-8177

Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a 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 medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vitima *Lucas de Sousa Santos*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTIÚO NAO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 466 Loja G Centro - Norte CEP: 64.002470

Barras-Piauí 12 1031 2018

Local e data

x *Lucas de Sousa Santos*

- Outorgante -

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO FRIFICADO
29 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

CPQI - 08.842 7010001 31 - CMC - 140220
VHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LUCAS DE S. SA SANTOS.
DA VERDADE. DOU FE BARRAS, 12/03/2010 10:29:40
Selo de Fiscalização e Autenticidade
Tribunal Judiciário
Estado do Piauí
Pós de Fitas,
Registro e
Judiciais
RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº-ABB-035783

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>Lucas de Sousa Santos</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão:
Identidade n°: <u>3.916.898</u>	CPF n°: <u>072.404.643-77</u>	
Endereço: <u>R. Recife N: 958 990 Vila Franca</u>		
<u>Barras-Piauí</u>		
CEP: <u>64.100-000</u>	Telefone: <u>(86) 99982-3093</u>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade n°: 1.457.994-SSP/PI

CPF n°: 703.754.703-44

Profissão: Bacharel em Direito

Telefone: (86) 9 9405-4326/ 9982-3093/ 8828-8177

Endereço: Rua Henrique Dias, N° 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a 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 medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vitima

Lucas de Sousa Santos

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTIÚO NAO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002470

Barras-Piauí 12 1031 2018

Local e data

x Lucas de Sousa Santos

- Outorgante -

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

CPQI - 08.842 7010001 31 - CMC - 146220

VERIFIQUE POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LUCAS DE S. S. SANTOS.
EST. 157 DA VERDADE. DOU FE BARRAS, 12/03/2010 10:29:40

Lucas de S. Santos

LUCA PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE
71 71 074 Selo 0,25 Total 4,75

RTORIO U

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Tribunal Judiciário
Estado do Piauí
Pós de Fisco, Registro e Juizados

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº-ABB-035783

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>Lucas de Sousa Santos</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão:
Identidade nº: <u>3.916.898</u>	CPF nº: <u>072.404.643-77</u>	
Endereço: <u>R. Recife N: 958 990 Vila Franca</u>		
<u>Barras-Piauí</u>		
CEP: <u>64.100-000</u>	Telefone: <u>(86) 99982-3093</u>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI

CPF nº: 703.754.703-44

Profissão: Bacharel em Direito

Telefone: (86) 9 9405-4326 / 9982-3093 / 8828-8177

Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a 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 medica 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 OBRIGATORIO DPVAT** para a Vitima

Lucas de Sousa Santos

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NAO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002470

Barras-Piauí 12 1031 2018

Local e data

x Lucas de Sousa Santos

- Outorgante -

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO FRIFICADO
29 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

CPQI - 08.842 7010001 31 - CMC - 146220

VERIFIQUE POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LUCAS DE S. S. SANTOS.
DA VERDADE. DOU FE BARRAS, 12/03/2010 10:29:40

Lucas de S. Santos

LUCA PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE
71 71 074 Selo 0,25 Total 4,75

RTORIO

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Tribunal Judiciário
Estado do Piauí
Pós de Fisco, Registro e Juizados

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº-ABB-035783

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS DE SOUSA SANTOS

Nº Sinistro: 3180320178

Vitima: LUCAS DE SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 28/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180320178**.

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 13105318



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS DE SOUSA SANTOS

Nº Sinistro: 3180320178
Vitima: LUCAS DE SOUSA SANTOS
Data do Acidente: 28/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180320178**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **28/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

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 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 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 regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento 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 precisa assinar o formulário (no campo 2- "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").

REPRESENTANTE LEGAL DO SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
AGÊNCIA SEGURADORA S.A.
Rua Cosmopolita, nº 110, 1º andar
Centro, Av. - CEP: 04.002.470

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 072.404.643-77 Nome completo da vítima: Lucas de Sousa Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Lucas de Sousa Santos</u>		CPF titular da conta <u>072.404.643-77</u>	Profissão <u>Recurso</u>
Endereço <u>Rua Recife</u>		Número <u>958, 990</u>	Complemento
Bairro <u>Vila França</u>	Cidade <u>Barras</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64.100-000</u>
Email		Telefone (DDD) <u>8999405-4326</u>	

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 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 5792 D/V CONTA NRO. 12638 D/V 1
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(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.

Barras, 22 de março de 18
Local e Data

Lucas de Sousa Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 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 regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento 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 precisa assinar o formulário (no campo 2- "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").

REPRESENTANTE LEGAL DO SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
CENTRO ADMINISTRATIVO DE SERVIÇOS
RUA COELHO NETO, 1100 - ANEXO 100
CENTRO EMPRESARIAL - FLORESTA
04.002470

Número do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: 072.404.643-77 Nome completo da vítima: Lucas de Sousa Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Lucas de Sousa Santos</u>		CPF titular da conta <u>072.404.643-77</u>	Profissão <u>Recurso</u>
Endereço <u>Rua Recife</u>		Número <u>958,990</u>	Complemento
Bairro <u>Vila França</u>	Cidade <u>Barras</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64.100-000</u>
Email		Telefone (DDD) <u>8999405-4326</u>	

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 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 5792 D/V CONTA NRO. 12638 D/V 1
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(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.

Barras, 22 de março de 18
Local e Data

Lucas de Sousa Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 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 regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento 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 precisa assinar o formulário (no campo 2- "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").

REPRESENTANTE LEGAL DO SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
CENTRO ADMINISTRATIVO DE SERVIÇOS
RUA COELHO NETO, 1111 - ANEXO 100
CENTRO EMPRESARIAL - FLORESTA
04.002470

Número do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: 072.404.643-77 Nome completo da vítima: Lucas de Sousa Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Lucas de Sousa Santos</u>		CPF titular da conta <u>072.404.643-77</u>	Profissão <u>Recurso</u>
Endereço <u>Rua Recife</u>		Número <u>958,990</u>	Complemento
Bairro <u>Vila França</u>	Cidade <u>Barras</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64.100-000</u>
Email		Telefone (DDD) <u>8699405-4326</u>	

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 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 5792 D/V CONTA NRO. 12638 D/V 1
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(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.

Barras, 22 de março de 18
Local e Data

Lucas de Sousa Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000483/2018-96

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Eduardo Silveira Costa

Data/Hora: 12/03/2018 - 11:43

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

PROXIMO A PONTE DO RIO LONGÁ, Nº:

Complemento

PI ENTRE BARRAS E BATALHA

432454

Data/Hora

28/10/2017 - 23:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCAS DE SOUSA SANTOS

RG: 3915898

Mãe: SOCORRO MARIA DE SOUSA

Pai: GONÇALO DOS SANTOS

Endereço: RUA RECIFE, Nº 958

Bairro: VILA FRANÇA

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:
 T - HONDA NXR150 BROS ES

Ano: Placa: Chassi:
 2010 NIF8672 9C2KD0510AR011019

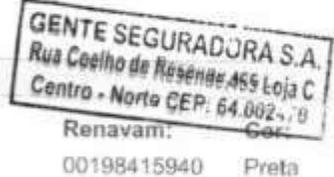
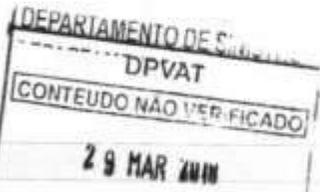
Condutor: LUCAS DE SOUSA SANTOS
 RG: 3916898 Órgão: UF RG:

End: RUA RECIFE Número: 958 Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: VILA FRANÇA

Proprietário: ANTONIO ELSON GONÇALVES DA COSTA

Cidade: BARRAS UF: Bairro:



RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data e horário informados ia pilotando a motocicleta acima descrita pela PI entre as cidades de Barras e Batalha, quando próximo a ponte do rio Longá a corrente da motocicleta quebrou e o noticiante caiu; QUE da queda sofreu lesão corporal; QUE foi socorrido pelo SAMU e levado para o hospital de BARRAS onde recebeu atendimento; Era o que tinha a declarar.

Eduardo Silveira Costa - Mat. 2861763
 AGENTE DE POLÍCIA

Lucas de Sousa Santos
 LUCAS DE SOUSA SANTOS - Noticiante
 Responsável pela Informação

[Signature]

Delegado de Polícia



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000483/2018-96

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Eduardo Silveira Costa

Data/Hora: 12/03/2018 - 11:43

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

PROXIMO A PONTE DO RIO LONGA, Nº:

Complemento

PI ENTRE BARRAS E BATALHA

432454

450439

Data/Hora

28/10/2017 - 23:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCAS DE SOUSA SANTOS

ID: 3915898

Mãe: SOCORRO MARIA DE SOUSA

Pai: GONÇALO DOS SANTOS

Endereço: RUA RECIFE, Nº 958

Bairro: VILA FRANÇA

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

1 - HONDA NXR150 BROS ES

2010

NIF8672

9C2KD0510AR011019

Condutor: LUCAS DE SOUSA SANTOS

RG: 3916898 Órgão: UF RG:

End: RUA RECIFE Número: 958 Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: VILA FRANÇA

Proprietário: ANTONIO ELSON GONÇALVES DA COSTA

Cidade: BARRAS UF: Bairro:



RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data e horário informados ia pilotando a motocicleta acima descrita pela PI entre as cidades de Barras e Batalha, quando próximo a ponte do rio Longá a corrente da motocicleta quebrou e o noticiante caiu; QUE da queda sofreu lesão corporal, QUE foi socorrido pelo SAMU e levado para o hospital de BARRAS onde recebeu atendimento; Era o que tinha a declarar.

Eduardo Silveira Costa - Mat. 2861763
 AGENTE DE POLÍCIA

Lucas de Sousa Santos
 LUCAS DE SOUSA SANTOS - Noticiante
 Responsável pela Informação

[Signature]

Delegado de Polícia



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000483/2018-96

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Eduardo Silveira Costa

Data/Hora: 12/03/2018 - 11:43

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

DELEGACIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

PROXIMO A PONTE DO RIO LONGA, Nº

Complemento

ENTRE BARRAS E BATALHA

456875 ~~450439~~
~~450439~~

Data/Hora

26/10/2017 - 23:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCAS DE SOUSA SANTOS

CPF: 0915808

Mãe: SOCORRO MARIA DE SOUSA

Pai: GONÇALO DOS SANTOS

Endereço: RUA RECIFE, Nº 958

Bairro: VILA FRANÇA

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

HONDA NXR150 BROS ES

Condutor: LUCAS DE SOUSA SANTOS

CPF: 0915808 Órgão: UF: RG

End: RUA RECIFE Número: 958 Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: VILA FRANÇA

Proprietário: ANTONIO ELSON GONÇALVES DA COSTA

Cidade: BARRAS UF: Bairro

Ano: Placa: Chassi:

2010 NIF8672 9C2K.D0510ARU11019



RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data e horário informados ia pilotando a motocicleta acima descrita pela PI entre as cidades de Barras e Batalha, quando próximo a ponte do rio Longá a corrente da motocicleta quebrou e o noticiante caiu. QUE da queda sofreu lesão corporal, QUE foi socorrido pelo SAMU e levado para o hospital de BARRAS onde recebeu atendimento. Era o que tinha a declarar.

Eduardo Silveira Costa - Mat. 2861763
 AGENTE DE POLÍCIA

Lucas de Sousa Santos
 LUCAS DE SOUSA SANTOS - 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 interditada 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

Lucas de Sousa Santos

CPF da Vítima

072.404.643-77

Data do Acidente

28.10.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email



CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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.

Barras, 22 de março de 18

Local e Data

Lucas de Sousa Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 interditada 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

Lucas de Sousa Santos

CPF da Vítima

072.404.643-77

Data do Acidente

28.10.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email



CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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.

Barras, 22 de março de 18

Local e Data

Lucas de Sousa Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 interditada 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 <u>Lucas de Sousa Santos</u>	CPF da Vítima <u>072.404.643-77</u>	Data do Acidente <u>28.10.2017</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal		CPF do Representante legal
Email		Telefone (DDD)

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.

Barras, 22 de março de 18
Local e Data

<u>Lucas de Sousa Santos</u> Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	<u>Lucas de Sousa Santos</u> Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
--	---



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: C.V.S.B DATA: 28/10/17
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Pinucio Machado / CENTRO
 NOME DO PACIENTE: Lucas de Sousa Santos
 SEXO: M F IDADE: 20
 SAÍDA DO P.A.: 00:40 CHEGADA AO LOCAL: 00:45
 SAÍDA DO LOCAL: 00:48 CHEGADA AO HOSPITAL: 00:54

- 01- ACIDENTE DE TRÂNSITO *S.H. → 04:29*
 02- AGRESSÃO FÍSICA *C.B. →*
 03- URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
 04- ENVENENAMENTO
 05- AFOGAMENTO
 06- QUEIMADURAS
 07- CHOQUE ELÉTRICO
 08- QUEDA
 09- MAL SÚBITO
 10- URGÊNCIA OBSTÉTRICA
 11- OUTROS
 12- JÁ REMOVIDO
 13- FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

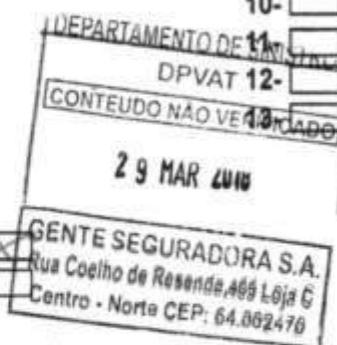
- ALERTA
 RESPONDE A COMANDO
 RESPONDE A DOR
 SEM RESPOSTA

PUPILA:

- IGUAIS
 DESIGUAIS

FALA:

- NORMAL
 CONFUSA
 NENHUMA



PULSO RADIAL:

- FORTE
 FRACO
 AUSENTE

SANGRAMENTO:

- AUSENTE
 MÍNIMO
 MODERADO
 INTENSO

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL → 110 x 80 *70 x 98*
 PULSO → 80
 RESPIRAÇÃO → 13

OBSERVAÇÕES

Prontidão vitais. Acidente de trânsito. Escoriações na cabeça. Doença preta e amarela.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ASPIRAÇÃO PRANCHA LONGA OUTROS
 OXIGÊNIO PRANCHA CURTA
 REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR KED
 CURATIVOS COLAR CERVICAL
 IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES ASSIST. OBSTÉTRICA

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- MELHORADO ÓBITO:
 PIORADO ANTES DO SOCORRO
 INALTERADO ANTES DO TRANSPORTE
 NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: R. Lima
Salvador
COREN-PI 468.188
REC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: C.V.S.B DATA: 28/10/17
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Pinucio Machado / CENTRO
 NOME DO PACIENTE: Lucas de Sousa Santos
 SEXO: M F IDADE: 20
 SAÍDA DO P.A.: 00:40 CHEGADA AO LOCAL: 00:45
 SAÍDA DO LOCAL: 00:48 CHEGADA AO HOSPITAL: 00:54

- 01- ACIDENTE DE TRÂNSITO *S.H. → 04:29*
 02- AGRESSÃO FÍSICA *C.B. →*
 03- URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
 04- ENVENENAMENTO
 05- AFOGAMENTO
 06- QUEIMADURAS
 07- CHOQUE ELÉTRICO
 08- QUEDA
 09- MAL SÚBITO
 10- URGÊNCIA OBSTÉTRICA
 11- OUTROS
 12- JÁ REMOVIDO
 13- FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

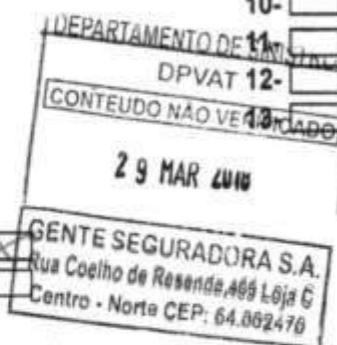
- ALERTA
 RESPONDE A COMANDO
 RESPONDE A DOR
 SEM RESPOSTA

PUPILA:

- IGUAIS
 DESIGUAIS

FALA:

- NORMAL
 CONFUSA
 NENHUMA



PULSO RADIAL:

- FORTE
 FRACO
 AUSENTE

SANGRAMENTO:

- AUSENTE
 MÍNIMO
 MODERADO
 INTENSO

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL → 110 x 80 *70 x 98*
 PULSO → 80
 RESPIRAÇÃO → 13

OBSERVAÇÕES

Prontista vitosa acidente de trânsito, evacuação na cabeça, dor na perna e
ombro.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ASPIRAÇÃO PRANCHA LONGA OUTROS
 OXIGÊNIO PRANCHA CURTA
 REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR KED
 CURATIVOS COLAR CERVICAL
 IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES ASSIST. OBSTÉTRICA

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- MELHORADO ÓBITO:
 PIORADO ANTES DO SOCORRO
 INALTERADO ANTES DO TRANSPORTE
 NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: R. Lima
Salvador
COREN-PI 468.188
REC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: C.V.S.B DATA: 28/10/17
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Pinheiro Machado / CENTRO
 NOME DO PACIENTE: Lucas de Sousa Santos
 SEXO: M F IDADE: 20
 SAÍDA DO P.A.: 00:40 CHEGADA AO LOCAL: 00:45
 SAÍDA DO LOCAL: 00:48 CHEGADA AO HOSPITAL: 00:54

- 01- ACIDENTE DE TRÂNSITO *S.H. → 04:29*
 02- AGRESSÃO FÍSICA *C.B. →*
 03- URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
 04- ENVENENAMENTO
 05- AFOGAMENTO
 06- QUEIMADURAS
 07- CHOQUE ELÉTRICO
 08- QUEDA
 09- MAL SÚBITO
 10- URGÊNCIA OBSTÉTRICA
 11- OUTROS
 12- JÁ REMOVIDO
 13- FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

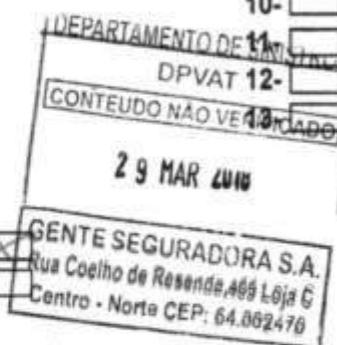
- ALERTA
 RESPONDE A COMANDO
 RESPONDE A DOR
 SEM RESPOSTA

PUPILA:

- IGUAIS
 DESIGUAIS

FALA:

- NORMAL
 CONFUSA
 NENHUMA



PULSO RADIAL:

- FORTE
 FRACO
 AUSENTE

SANGRAMENTO:

- AUSENTE
 MÍNIMO
 MODERADO
 INTENSO

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL → 110 x 80 *70 x 98*
 PULSO → 80
 RESPIRAÇÃO → 13

OBSERVAÇÕES

Prontidão vitais. Acidente de trânsito. Escoriações na cabeça. Doença pre-existente e conhecida.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ASPIRAÇÃO PRANCHA LONGA OUTROS
 OXIGÊNIO PRANCHA CURTA
 REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR KED
 CURATIVOS COLAR CERVICAL
 IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES ASSIST. OBSTÉTRICA

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- MELHORADO ANTES DO SOCORRO
 PIORADO ANTES DO TRANSPORTE
 INALTERADO NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: R. Lima
Salvador
COREN-PI 468.188
REC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal **002594261**

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2018	07/03/2018	54	26,63

SOCORRO MARIA DE SOUZA
R. RECIFE 958 990 VILA FRANCA
CPF: 00096084693334
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 320.313.20.22.533200

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		471	Atual:	28/02/2018
Anterior:		417	Anterior:	30/01/2018
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	29/03/2018
Consumo Medido:		54	Emissão:	27/02/2018
Consumo Faturado:		54	Apresentação:	28/02/2018
Forma de Faturamento:	NORMAL		Código de Inregularidade:	
			Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BAIXA RENDA	MONO	A1974658		1.4.1.1	34

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
JAN/18 47	CONSUMO	30 A R\$ 0,251714 = 7,55
DEZ/17 79		24 A R\$ 0,431523 = 10,35
NOV/17 75	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,02
OUT/17 64	DIFERENCA DE TARIFA	21,71
SET/17 63	SUBVENCAO BAIXA RENDA	16,41-
AGO/17 89	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00	0,30
JUL/17 0	MULTA POR ATRASO 12/17-00	0,76
JUN/17 0	JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00	0,35
MAI/17 0		
ABR/17 0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 30 - 0,150120		
31 A 54 - 0,325530		

MENSAGENS IMPORTANTES Y REAVISO DE VENCIMENTO.

Mês/Ano: 02/2018 15/19

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA GOVERNO FEDERAL

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA GOVERNO FEDERAL

RESERVADO AO FISCO 3C7B.2BB4.887D.BDB0.DF75.057E.C47E.8447

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	8,56	Base de Cálculo:	39,61
Energia:	16,24	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	2,55	Valor do ICMS:	7,92
Encargos:	2,58	Valor do PIS:	0,31
Tributos:	9,68	Valor do COFINS:	1,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMC		DCRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	7,26	14,53	29,06	3,73	7,47	14,95	4,14		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Comparto	CAMPO MAIOR			Período de operação			12/2017	Emissão: 11,19	

ROT: 320.313.20.22.533200

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1034997-9	26,63
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
02/2018	07/03/2018
Nº da Nota Fiscal	
002594261	FCAM

83690000000 8 26630017000 5 00000001034 8 99790218008 9



CONTABILIZADO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Cidade: Teresina - PI - CEP: 6402470

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/08

Nº da Nota Fiscal 002440842

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2018	05/03/2018	552	497,06

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.42.127600

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	4598	Atual:	26/02/2018
Anterior:	4046	Anterior:	25/01/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	27/03/2018
Consumo Medido:	552	Emissão:	22/02/2018
Consumo Faturado:	552	Apresentação:	28/02/2018

NORMAL

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	D176626		1.1.1.3	601

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JAN/18	502	CONSUMO 552 A R\$ 0,785608 =	433,65
DEZ/17	645	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO5IP)	36,70
NOV/17	863	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	2,87
OUT/17	694	MULTA POR ATRASO (2X)	18,94
SET/17	671	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	4,90
AGO/17	671		
JUL/17	681		
JUN/17	161		
MAI/17	30		
ABR/17	824		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 552 - 0,554090			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIGUE 0800 086 0808 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/02/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO C6C4.1F12.D2C8.1929.AE72.F90F.0321.9988

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	87,28	Base de Cálculo:	433,65
Energia:	166,02	Aliquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	26,12	Valor do ICMS:	108,41
Encargos:	26,45	Valor do PIS:	3,46
Tributos:	127,78	Valor do COFINS:	15,91

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	OIC			FIC			DMIC		DMCR	
	Mês/ano	Trimestral	Anual	Mês/ano	Trimestral	Anual	Mês/ano	Trimestral	Mês/ano	
Índice	4,83	9,67	19,34	3,11	6,22	12,45	2,69			
Índice	0,00			0,00			0,00			
Consumo	TERESINA-MACAUBA			12/2017			188,13			

ROT: 18.001.02.42.127600

SEU CÓDIGO 0957468-9	TOTAL A PAGAR - R\$ 497,06
MÊS FATURADO 02/2018	VENCIMENTO 05/03/2018
Nº da Nota Fiscal: 002440842 FCAM	

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

83660000004 3 97060017000 9 00000000957 1 46890218008 1



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-478

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal **002594261**

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2018	07/03/2018	54	26,63

SOCORRO MARIA DE SOUZA
R. RECIFE 958 990 VILA FRANCA
CPF: 00096084693334
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 320.313.20.22.533200

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		471	Atual:	28/02/2018
Anterior:		417	Anterior:	30/01/2018
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	29/03/2018
Consumo Medido:		54	Emissão:	27/02/2018
Consumo Faturado:		54	Apresentação:	28/02/2018
Forma de Faturamento:	NORMAL		Código de Inregularidade:	
			Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. B.X. RENDA	MONO	A1974658		1.4.1.1	34

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
JAN/18 47	CONSUMO	30 A R\$ 0,251714 = 7,55
DEZ/17 79		24 A R\$ 0,431523 = 10,35
NOV/17 75	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,02
OUT/17 64	DIFERENCA DE TARIFA	21,71
SET/17 63	SUBVENCAO BAIXA RENDA	16,41-
AGO/17 89	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00	0,30
JUL/17 0	MULTA POR ATRASO 12/17-00	0,76
JUN/17 0	JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00	0,35
MAI/17 0		
ABR/17 0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 30 - 0,150120		
31 A 54 - 0,325530		

MENSAGENS IMPORTANTES Y REAVISO DE VENCIMENTO.

Mês/Ano: 02/2018 15/19

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA - GOVERNO FEDERAL

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA - GOVERNO FEDERAL

RESERVADO AO FISCO 3C7B.2BB4.887D.BDB0.DF75.057E.C47E.8447

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	8,56	Base de Cálculo:	39,61
Energia:	16,24	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	2,55	Valor do ICMS:	7,92
Encargos:	2,58	Valor do PIS:	0,31
Tributos:	9,68	Valor do COFINS:	1,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMC		DIRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	7,26	14,53	29,06	3,73	7,47	14,95	4,14		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Comparto	CAMPO MAIOR			Período de operação			12/2017	Emissão: 11,19	

ROT: 320.313.20.22.533200

SEU CÓDIGO	1034997-9	TOTAL A PAGAR - R\$	26,63
MÊS FATURADO	02/2018	VENCIMENTO	07/03/2018
Nº da Nota Fiscal	002594261	FCAM	

83690000000 8 26630017000 5 00000001034 8 99790218008 9



CONTABILIZAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Cidade: Teresina - PI - CEP: 6402470

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/08

Nº da Nota Fiscal 002440842

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2018	05/03/2018	552	497,06

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.42.127600

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		4598	Atual:	26/02/2018
Anterior:		4046	Anterior:	25/01/2018
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	27/03/2018
Consumo Medido:		552	Emissão:	22/02/2018
Consumo Faturado:		552	Apresentação:	28/02/2018
		FCAM		

NORMAL

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	D176626		1.1.1.3	601

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JAN/18	502	CONSUMO 552 A R\$ 0,785608 =	433,65
DEZ/17	645	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO5IP)	36,70
NOV/17	863	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	2,87
OUT/17	694	MULTA POR ATRASO (2X)	18,94
SET/17	671	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	4,90
AGO/17	671		
JUL/17	681		
JUN/17	161		
MAI/17	30		
ABR/17	824		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 552 - 0,554090			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIGUE 0800 086 0808 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/02/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO C6C4.1F12.D2C8.1929.AE72.F90F.0321.9988

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	87,28	Base de Cálculo:	433,65
Energia:	166,02	Aliquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	26,12	Valor do ICMS:	108,41
Encargos:	26,45	Valor do PIS:	3,46
Tributos:	127,78	Valor do COFINS:	15,91

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	OIC			FC			DMC		DCCR	
	Mês	Trimestral	Anual	Mês	Trimestral	Anual	Mês	Trimestral	Mês	Trimestral
Limite	4,83	9,67	19,34	3,11	6,22	12,45	2,69			
Atualizado	0,00			0,00			0,00			
Consumo	TERESINA-MACAUBA			12/2017			188,13			

ROT: 18.001.02.42.127600

SEU CÓDIGO 0957468-9	TOTAL A PAGAR - R\$ 497,06
MÊS FATURADO 02/2018	VENCIMENTO 05/03/2018
Nº da Nota Fiscal: 002440842 FCAM	

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

83660000004 3 97060017000 9 00000000957 1 46890218008 1



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-478

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal **002594261**

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2018	07/03/2018	54	26,63

SOCORRO MARIA DE SOUZA
R. RECIFE 958 990 VILA FRANCA
CPF: 00096084693334
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 320.313.20.22.533200

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		471	Atual:	28/02/2018
Anterior:		417	Anterior:	30/01/2018
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	29/03/2018
Consumo Medido:		54	Emissão:	27/02/2018
Consumo Faturado:		54	Apresentação:	28/02/2018
Forma de Faturamento:	NORMAL		Código de Inregularidade:	
			Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BAIXA RENDA	MONO	A1974658		1.4.1.1	34

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
JAN/18 47	CONSUMO	30 A R\$ 0,251714 = 7,55
DEZ/17 79		24 A R\$ 0,431523 = 10,35
NOV/17 75	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,02
OUT/17 64	DIFERENCA DE TARIFA	21,71
SET/17 63	SUBVENCAO BAIXA RENDA	16,41-
AGO/17 89	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00	0,30
JUL/17 0	MULTA POR ATRASO 12/17-00	0,76
JUN/17 0	JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00	0,35
MAI/17 0		
ABR/17 0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 30 - 0,150120		
31 A 54 - 0,325530		

MENSAGENS IMPORTANTES Y REAVISO DE VENCIMENTO.

Mês/Ano: 01/2018 15/19

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA GOVERNO FEDERAL

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA GOVERNO FEDERAL

RESERVADO AO FISCO 3C7B.2BB4.887D.BDB0.DF75.057E.C47E.8447

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	8,56	Base de Cálculo:	39,61
Energia:	16,24	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	2,55	Valor do ICMS:	7,92
Encargos:	2,58	Valor do PIS:	0,31
Tributos:	9,68	Valor do COFINS:	1,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMC		DIRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	
Limite	7,26	14,53	29,06	3,73	7,47	14,95	4,14		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Comparto	CAMPO MAIOR			Período de operação			12/2017	Último	11,19

ROT: 320.313.20.22.533200

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1034997-9	26,63
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
02/2018	07/03/2018
Nº da Nota Fiscal	
002594261	FCAM

83690000000 8 26630017000 5 00000001034 8 99790218008 9



CONTABILIZAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Cidade: Teresina - PI - CEP: 6402470

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/08

Nº da Nota Fiscal 002440842

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2018	05/03/2018	552	497,06

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.42.127600

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	4598	Atual:	26/02/2018
Anterior:	4046	Anterior:	25/01/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	27/03/2018
Consumo Medido:	552	Emissão:	22/02/2018
Consumo Faturado:	552	Apresentação:	28/02/2018

NORMAL

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	D176626		1.1.1.3	601

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JAN/18	502	CONSUMO	552 A R\$ 0,785608 = 433,65
DEZ/17	645	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO5IP)	36,70
NOV/17	863	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	2,87
OUT/17	694	MULTA POR ATRASO (2X)	18,94
SET/17	671	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	4,90
AGO/17	671		
JUL/17	681		
JUN/17	161		
MAI/17	30		
ABR/17	824		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 552 - 0,554090			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIGUE 0800 086 0808 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/02/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO C6C4.1F12.D2C8.1929.AE72.F90F.0321.9988

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	87,28	Base de Cálculo:	433,65
Energia:	166,02	Aliquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	26,12	Valor do ICMS:	108,41
Encargos:	26,45	Valor do PIS:	3,46
Tributos:	127,78	Valor do COFINS:	15,91

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	OIC			FIC			DMIC		DMCR	
	Mês/ano	Trimestral	Anual	Mês/ano	Trimestral	Anual	Mês/ano	Trimestral	Mês/ano	
Índice	4,83	9,67	19,34	3,11	6,22	12,45	2,69			
Índice	0,00			0,00			0,00			
Consumo	TERESINA-MACAUBA			12/2017			188,13			

ROT: 18.001.02.42.127600

SEU CÓDIGO 0957468-9	TOTAL A PAGAR - R\$ 497,06
MÊS FATURADO 02/2018	VENCIMENTO 05/03/2018
Nº da Nota Fiscal: 002440842 FCAM	

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

83660000004 3 97060017000 9 00000000957 1 46890218008 1



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-478

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proudomio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 116 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas de Sousa Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.404.643 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Lucas de Sousa Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.404.643 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE DPVAT
LIDER DPVAT S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64019-330
Teresina - PI

Endereço <u>Rua Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>Vermelha</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64019-330</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>86/99982-3093</u>

Teresina 22 de março de 18

Local e Data

Maria do Carmo Proudomio da Silva

Assinatura do Declarante

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proudomio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 116 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas de Sousa Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.404.643 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Lucas de Sousa Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.404.643 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE DPVAT
LIDER DPVAT S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64019-330
Teresina - PI

Endereço <u>Rua Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>Vermelha</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64019-330</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>86/99982-3093</u>

Teresina 22 de março de 18

Local e Data

Maria do Carmo Proudomio da Silva

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Elson Gonçalves da Costa,
RG nº 52.541.216-5, data de expedição 22/04/10,
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 897.203.423-15, com
domicílio na cidade de Barras, no Estado de
Piauí, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Recife, nº 511,
complemento Vila Fátima, 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 de Sousa Santos cujo o condutor era
Lucas de Sousa Santos.

Veículo: Moto
Modelo: Honda INXR 150 BROS MIX ESD
Ano: 2010
Placa: NJF-8672
Chassi: 9C2KD0510AR011019
Data do Acidente: 28/10/2017
Local e Data: Barras-Pi 12/03/2018



Antonio Elson Gonçalves da Costa
Assinatura do Declarante

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Elson Gonçalves da Costa,
RG nº 52.541.216-5, data de expedição 22/04/10,
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 897.203.423-15, com
domicílio na cidade de Barras, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Recife, nº 511,
complemento Vila Fátima, 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 de Sousa Santos cujo o condutor era
Lucas de Sousa Santos.

Veículo: Moto
Modelo: Honda INXR 150 BROS MIX ESD
Ano: 2010
Placa: NJF-8672
Chassi: 9C2KD0510AR011019
Data do Acidente: 28/10/2017
Local e Data: Barras-Pi 12/03/2018



Antonio Elson Gonçalves da Costa
Assinatura do Declarante

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Elson Gonçalves da Costa,
RG nº 52.541.216-5, data de expedição 22/04/10,
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 897.203.423-15, com
domicílio na cidade de Barras, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Recife, nº 511,
complemento Vila Fátima, 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 de Sousa Santos cujo o condutor era
Lucas de Sousa Santos.

Veículo: Moto
Modelo: Honda INXR 150 BROS MIX ESD
Ano: 2010
Placa: NJF-8672
Chassi: 9C2KD0510AR011019
Data do Acidente: 28/10/2017
Local e Data: Barras-Pi 12/03/2018



Antonio Elson Gonçalves da Costa
Assinatura do Declarante

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





SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: C.V.S.B DATA: 28/10/17
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Pinheiro Machado
 NOME DO PACIENTE: Lucas de Sousa Santos
 SEXO: M F IDADE: 20
 SAÍDA DO P.A.: 00:40 CHEGADA AO LOCAL: 00:45
 SAÍDA DO LOCAL: 00:48 CHEGADA AO HOSPITAL: 00:54

S.H. → 04:29
 C.B. →

- 01- ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 02- AGRESSÃO FÍSICA
- 03- URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
- 04- ENVENENAMENTO
- 05- AFOGAMENTO
- 06- QUEIMADURAS
- 07- CHOQUE ELÉTRICO

- 08- QUEDA
- 09- MAL SÚBITO
- 10- URGÊNCIA OBSTÉTRICA
- 11- OUTROS
- 12- JÁ REMOVIDO
- 13- FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:
 ALERTA
 RESPONDE A COMANDO
 RESPONDE A DOR
 SEM RESPOSTA

PUPILA:
 IGUAIS
 DESIGUAIS

DEPARTAMENTO DE 11-
 DPVAT 12-
 CONTEUDO NÃO VE
 29 MAR 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 469 Loja G
 Centro - Norte CEP: 64.062470

FALA:
 NORMAL
 CONFUSA
 NENHUMA

PULSO RADIAL: FORTE, FRACO, AUSENTE
 SANGRAMENTO: AUSENTE, MÍNIMO, MODERADO, INTENSO

SINAIS VITAIS:
 PRESSÃO ARTERIAL → 110 x 80 70 → 98
 PULSO → 80
 RESPIRAÇÃO → 13

OBSERVAÇÕES: Acidente de trânsito de trânsito, escoriações na cabeça, dor na perna e

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ASPIRAÇÃO
- OXIGÊNIO
- REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR
- CURATIVOS
- IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES
- PRANCHA LONGA
- PRANCHA CURTA
- KED
- COLAR CERVICAL
- ASSIST. OBSTÉTRICA
- OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- MELHORADO
- PIORADO
- INALTERADO
- ÓBITO: ANTES DO SOCORRO
- ANTES DO TRANSPORTE
- NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: Salvador R. Lima
 COREN-PI 468.188
 REC. DE ENFERMAGEM
 RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL
 SOCORRISTA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Lucas de Sousa Santos

PROFISSÃO

DATA DE NASCIMENTO

03/06/1972

SEXO

MASC FEM

FILIAÇÃO

Genildo dos Santos

PAI

MÃE

Socorzo M. Sousa

ENDEREÇO

Via Franca

MUNICÍPIO

Santas

ESTADO

Piaviz

CEP

64100-000

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

HORA

DATA DO ATENDIMENTO

29/10/17

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Prévio para cirurgia de

1º grau em tumor em

MIE

DIAGNOSTICO

Tumor em MIE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
 11.01.1944/0770
 10530 / CRM
 10.10.1973

DEPARTAMENTO DE SIMULADO
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 29 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro, Norte CEP: 64.662-780

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

Ex Exams D

TRATAMENTO REALIZADO

Preparo inf em
 Divisão sup de cur

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- CONSULTA BÁSICA CURATIVO
- AEROSOL RETIRADA DE PONTO
- DRENAGEM DE ACESSO PRESSÃO ARTERIAL
- RETIRADA DE CORPO ESTRANHO
- PEQUENA CIRURGIA
- SUTURA SIMPLES
- TERAPIA MEDICAMENTOSA
- PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

DATA _____

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
 Dr. Renato Assis
 CRM PI 6.539
 05/04/71 100-17

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

CPF 301

5051639268665600001



GOVERNO DO PIAUÍ

ESTADO DO PIAUÍ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELOS



HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <i>Bucas Lima Santa</i>	LEITO / ENFERMARIA <i>04/05</i>	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO:		

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
29.10.17	<p>05:00 Pte. vítima de acidente motorciclístico, tra- zido pelo SAMU. Acompanhado por familiares Negr. HIAS DM e aluna musicante. Con- siente, alcoolizado, afibril, eupneico. Apresenta hemimat. contuse em couro cabeludo e es- timulação em MID. Aguarda realização de Rx. sob cuidado da equipe plantonista.</p>	<p><i>Mayra</i> <i>Nayresson de Sousa G</i> Enfermeiro COREN - PI 49380</p>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 29 MAR 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 488 Loja G
 Centro - Norte CEP: 64.002470



GOVERNO DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - HRLM

Praca Monsenhor Bozon, 210 - Centro - CEP: 64.100-000 - Barras - PI
Fone: (86) 3242-1336 / Fax (86) 3242-1114
CNPJ: 06.553.564/0002-19
E-mail: hrleonidasmelo@hotmail.com



**Hospital Regional
Leônidas Melo**

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: <i>mos de Somo sam</i>		ENFERMIA/LEITO	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO:		04101	
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
	<p>1) <i>varicela no TN</i></p> <p>2) <i>alívio no TN</i></p> <p>3) <i>ba forma 9</i></p>	<p><i>08/03/2012</i></p>	<p><i>6h Paciente deu entrada em unidade com quadro clínico de varicela, apresentando febre, dor no corpo e erupção cutânea. Foi tratado com M.D. apresentando RX PA = 120/80 mmHg</i></p>
	<p><i>Dr. Renato Azevedo</i></p> <p><i>Renato Azevedo</i> CRM 15.538</p>		
	<p><i>março 2012, varicela, varicela, 1/2012</i></p> <p><i>1) varicela, varicela, varicela</i></p>		
	<p><i>1- varicela + varicela + varicela</i></p>		

CONTABILIDADE DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2012
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte GER: 64.014.478

Dr. Renato Azevedo
Renato Azevedo
CRM 15.538

Estilane Correa de Resende
CRM 15.538



Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP:64.180-000

clinicarebela@gmail.com

(86) 9.5416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5459 • 9.8151-8986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos

Médico: Almir Filho

Número: 1319

Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
- Imobilização gessada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.



Leonardo Robert de Carvalho Braga
Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

Data: / /



Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP:64.180-000

clinicarebello@gmail.com

(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5407 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas De Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: AL1319
Data Exame: 15/12/2017

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, *demonstra:*

- Fratura cominutiva em terço médio da diáfise tibial, em vias de consolidação, associada a aparelho gessado de imobilização.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

• IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura cominutiva em terço médio da diáfise tibial, em vias de consolidação, associada a aparelho gessado de imobilização.

Catarina Borges Alves
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387



Data: ___/___/___



Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.100-000
clínicarebello@gmail.com.
(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5407 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas De Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: AL1319
Data Exame: 15/12/2017

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura oblíqua, não consolidada, angulada, localizada em terço médio da diáfise da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura oblíqua, não consolidada, angulada, localizada em terço médio da diáfise da clavícula direita.

Catarina Borges Alves
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387



Data: ___/___/___



① Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP:64.180-000
② clinicarebello@gmail.com
③ (86) 9.9416-8838 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-547 • 9.8151-8986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1181
Data Exame: 04/11/2017

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura não consolidada em diáfise tibial.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Imobilização gessada .

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura não consolidada em diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.


Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
CRM 1938

Data: ___/___/___



Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1181
Data Exame: 04/11/2017

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

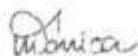
RELATÓRIO

O estudo radiológico do ombro, realizado em incidências de rotações externa e interna, demonstra:

- Fratura não consolidada, com angulação cranial, em terço médio da clavícula direita.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade preservados.

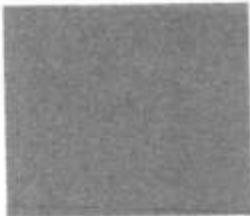
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura não consolidada, com angulação cranial, em terço médio da clavícula direita.

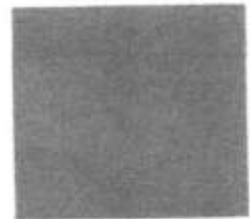

Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
CRM 1938

Data: ___/___/___





☎ Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
 • CEP:64.180-000
 ✉ clinicarebello@gmail.com
 ☎ (86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
 • 9.9905-5457 • 9.8151-8986 (Vivo)



Sr(a). LUCAS DE SOUSA SANTOS

Nome: _____

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado está
 em tratamento conservador de fratura de tibia e clavícula direita
 e necessita de afastamento do trabalho por 180 dias.
 CID: S822 e S420

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 29 MAR 2010
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-178

Esperantina 03 de Novembro de 2017

DR Almir Alves Rebelo Filho
 CRM 2972/PI
 Ortopedista e Traumatologista

Data: ___/___/___





① Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP-64.180-000
② clinicarebello@gmail.com
③ (86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5907 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.



Leonardo Robert de Carvalho Braga
Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1657

Data: ___/___/___



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Rua Antenor de Castro Rego, S/N / Bairro Maladouro
 CNPJ 02.361.201/0001-40
 Barras-PI



Paciente(a): _____

End.: _____

*Este paciente
 depois foi a uma
 feira de fumaça
 feira acidente de moto
 com fratura no pé
 e clavícula, com
 de fratura dos membros
 superiores*

Barras(PI): _____

Marcos 13/6/18

Assinatura de *Marcos Rodrigues da Cruz*
 Médico
 CPF: 096.149.703-25

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 14 JUN 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Observações: Voltando a consulta, queira trazer esta receita

SUS 163926366560000

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ		HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELLO - BARRAS - PI			
BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL E DE URGENCIA					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
NOME DO PACIENTE: <u>Lucas de Sousa Santos</u>					
DATA DE NASCIMENTO	PROFISSÃO	SEXO	MAC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>		
<u>03/06/1985</u>					
FILIAÇÃO: <u>Gonçalo dos Santos</u>					
PAI: <u>Gonçalo dos Santos</u>					
MÃE: <u>Selma de M. Sousa</u>					
ENDEREÇO: <u>Via France</u>					
MUNICÍPIO: <u>Satens</u>	ESTADO: <u>PI</u>	CEP: <u>64100-000</u>			
DADOS SOBRE ATENDIMENTO					
DATA DO ATENDIMENTO: <u>29/10/17</u>		HORA: _____			
MOTIVO DO ATENDIMENTO: <u>Paciente com dor no abdome inferior direito</u>					
DIAGNÓSTICO: <u>MIG</u>					
Observação: <u>Paciente com dor no abdome inferior direito</u>					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO!
 29 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende 166 Loja C
 Centro Norte CEP: 84.062-978

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS			
TRATAMENTO REALIZADO			
<u>Exame D</u>			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
CONSULTA BÁSICA	<input type="checkbox"/>	CURATIVO	<input type="checkbox"/>
AEROSOL	<input type="checkbox"/>	RETRADA DE PONTO	<input type="checkbox"/>
DRENAGEM DE ABERSSO	<input type="checkbox"/>	PRESSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/>
RETRADA DE CORPO ESTRANHO	<input type="checkbox"/>		
PEQUIENA CIRURGIA	<input type="checkbox"/>		
SUTURA SIMPLES	<input type="checkbox"/>		
TERAPIA MEDICAMENTOSA	<input type="checkbox"/>		
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/>		
DATA: _____		ASSINATURA E CARGO DO RESPONSÁVEL	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL		<u>Dr. R. M. Almeida</u> Médico Geral C.R.M. PI 8.538 C.O.P. PI 198-AT	



**GOVERNO
DO PIAUÍ**

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS
HOSPITAL REGIONAL LEÓNIDAS MELOS



**HOSPITAL REGIONAL
LEÓNIDAS MELO**

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <i>Bucas Sara Santa</i>	LEITO / ENFERMARIA <i>04/03</i>	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO:		

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
29.10.17	05:00 Pto. vítima de acidente motorciclístico, tra- zido pelo SEMI. Acompanhado por familiares. Nascer. HRS. DM e alergia multi camétons, com sint. alveolares, afibril, eupneico. Apresenta ferimento contuso em couro cabeludo e or- quearou em MD. Aguarda resultado de Rx. de quadrado da região plantar.	<i>[Handwritten Signature]</i> Enfermeiro COREN - PI 49360

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 400 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002470



**GOVERNO
DO PIAUÍ**

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - HRLM

Praça Monsenhor Bazon, 210 - Centro - CEP: 64.100-000 - Barras - PI
Fone: (86) 3242-1336 / Fax: (86) 3242-1114
CNPJ: 06.553.564/0002-19
E-mail: hrlecionadasmelo@hotmail.com



**Hospital Regional
Leônidas Melo**

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>luis de souza sam</u>		ENFERMARIALITO		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
NOME DO MÉDICO: _____		04101		
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES	
	1) carboxam mup 10	08h - 09h	5h Paciente deu entrada em sala de pronto atendimento, vítima acidental de morte violenta, apresentando ferimentos contusos no cune orelhudo, escoriação e lesão no corpo e pernas, fusturados em M.I.P., apresentando RX	Eduarda Gomes de Aguiar Médica C.R.C. nº 32777-1/2018 C.R.C. nº 32777-1/2018
	2) ceftriaxona mup 600 mg			
	3) la comar 90			
	Dr. Renato Araújo Assado Médico Geral C.R.C. nº 32777-1/2018			
	Prontuário nº 1212, volume 4 quina, p. 120			
	C/ ausência exames laboratoriais			
	sem resultado e exames			

EMPENHO DE SIN...
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.000-070



1 Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 54.180-000

2 clinicarebele@gmail.com

3 (86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5489 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
- Imobilização gessada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.

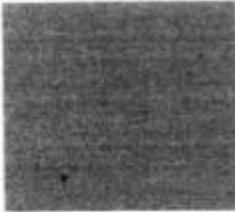
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.



Leonardo Robert
Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1867

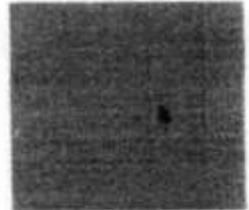
Data: / /



Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Espaparina-PI
• CEP 64.180-000

clinicarebello@gmail.com

(86) 9.9415-8836 • (Claro) • 9.8825-4910 (Oi)
• 9.9905-5457 • 9.8151-6986 (Vivo)



Nome: _____

Nome: Lucas De Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: AL1319
Data Exame: 15/12/2017

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura cominutiva em terço médio da diáfise tibial, em vias de consolidação, associada a aparelho gessado de imobilização.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

• IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura cominutiva em terço médio da diáfise tibial, em vias de consolidação, associada a aparelho gessado de imobilização.

Catarina Borges Santana Alves
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387



Data: ____ / ____ / ____





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esporantina-PI
• CEP: 64.130-000

clinicarebello@gmail.com.

(86) 9.9416-8036 • (Claro) • 9.8625-4610 (Oi)
• 9.9905-5407 • 9.8151-6966 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas De Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: AL1319
Data Exame: 15/12/2017

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura oblíqua, não consolidada, angulada, localizada em terço médio da diáfise da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura oblíqua, não consolidada, angulada, localizada em terço médio da diáfise da clavícula direita.

Catarina Borges Santana Alves
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387



Data: ___/___/___



☎ Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
 • CEP: 64.190-000
 ✉ clinicarebello@gmail.com
 ☎ (86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
 • 9.9905-5477 • 9.8151-6986 (Vivo)



Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
 Médico: Almir Filho

Número: 1181
 Data Exame: 04/11/2017

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

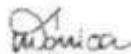
RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura não consolidada em diáfise tibial.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Imobilização gessada .

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura não consolidada em diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.


 Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
 CRM 1938

Data: ___/___/___





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP-54.180-000

clinicarebello@gmail.com

(86) 9.9410-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5487 • 9.8151-8986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1181
Data Exame: 04/11/2017

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

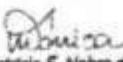
RELATÓRIO

O estudo radiológico do ombro, realizado em incidências de rotações externa e interna, demonstra:

- Fratura não consolidada, com angulação cranial, em terço médio da clavícula direita.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade preservados.

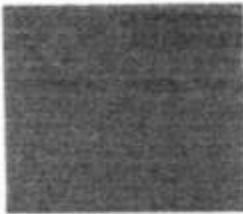
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura não consolidada, com angulação cranial, em terço médio da clavícula direita.

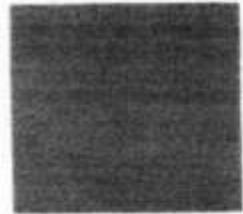

Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
CRM 1938

Data: ___/___/___





- Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.180-000
- clinicarebello@gmail.com
- (86) 9 9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5427 • 9.8151-8986 (Vivo)



Sr(a). LUCAS DE SOUSA SANTOS

Nome: _____

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado está em tratamento conservador de fratura de tibia e clavícula direita e necessita de afastamento do trabalho por 180 dias.
CID: S822 e S420

DECLARACAO DE SINISTRO
DPVAT
CONTENIDO NAO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.082-178

Esperantina 03 de Novembro de 2017

DR Almir Alves Rebelo Filho
CRM 29727/P1
Ortopedista e Traumatologista

Data: ___/___/___





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
 • CEP 64.190-000
 clinicarebello@gmail.com
 (86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8625-4610 (Oi)
 • 9.9905-5607 • 9.8151-8986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
 Médico: Almir Filho

Número: 1319
 Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.

CONTABILIZAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 29 MAR 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 466 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Leonardo Robert de Carvalho Braga
 Leonardo Robert de Carvalho Braga
 CRM 1667

Data: / /

COB Clinica Ortopedica Buenos Aires

Emissão: 27/06/2018 10:55 USU:

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Buenos Aires
Teresina-PI 64009-330
Telefones: 86 214-1600
CLINICA ORTOPEDICA BUENOS AIRES



Clinica Ortopedica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires
Fones: (86) 3214-1600 • CEP 64.009-330 • Teresina-Piauí
E-mail: clinicacob@hotmail.com

***** IMPRESSÃO DO ATENDIMENTO *****

Paciente: 052420-LUCAS DE SOUSA SANTOS

Conv.: PARTICULA Idade: 21 Anos 0

Data.....: 27/06/2018 11:02

CID 10: T932 SEQUELAS DE OUTR FRAT DO MEMBRO INFER

QUEIXA PRINCIPAL

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 28 10 2017

BO 106495.000483/2018-96

H. D. ATUAL

**FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR EM FRAT DE CLAVICULA D COM TIPOIA AMERICA
RAT DA TIBIA D DURANTE 90 DIAS**

EXAME GERAL

DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM ATROFIA + FORÇA MUSCULAR GRAU III EM MSD + M

EXAME COMPLEMENTAR

RX FRAT DE CLAVICULA D + FRAT DE TIBIA D

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA COM PERDA DE 75 % EM MSD + MID

DR. GIOVANNI SILVA
CRM-PI 1729

DR. FERDINAND FREITAS
CRM-PI 3096

DR. ROCELDO ANTONIO
CRM-PI 3531

27/06/18

DR. EDUARDO DE SOUZA LIMA JUNIOR
RUF - DIAS - REUMATOLOGIA
CRM 313 TECT 3054

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO
MANOEL FERREIRA DA SILVA



DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que **LUCAS DE SOUSA SANTOS**, portador do **RG:3.916.898** e **CPF:072.404.643-77**, está em atendimento no **CENTRO DE REABILITAÇÃO MANOEL FERREIRA** em **BARRAS-PI**, realiza atendimento fisioterapêutico com o objetivo de melhorar seu quadro algíco e força muscular devido **FRATURA DE TIBIA DIREITA**. Evolui com diminuição do quadro algíco. Diante disso, o mesmo apresenta-se com dificuldades para realizar suas atividades laborais.

Barras, 26 de Junho de 2018.

Lauranne Raquell Borges Nunes
FISIOTERAPEUTA
CPF: 923933 - F

FISIOTERAPEUTA



Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP 64.180-000
clinicarebello@gmail.com
(86) 9.9416.8836 • (Cia) • 9.8825-4610 (Ox)
• 9.9905-5407 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

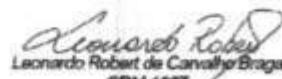
RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.


Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

Data: ___/___/___





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 54.180-000
clinicarebello@gmail.com
(86) 9.9416-8836 - (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5407 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 28/03/2018

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura em vias de consolidação em diáfise tibial.
- Restante da arquitetura óssea, com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Imobilização gessada

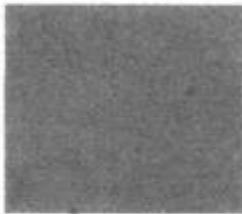
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura em vias de consolidação em diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.

Monica Patricia Nobre de Oliveira
CRM 1938

Data: ____/____/____





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.180-000
clinarabelo@gmail.com
(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5497 • 9.8151-6986 (Vivo)



Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

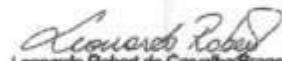
RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
- Imobilização gessada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.


Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Data: / /





PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Rua Antenor de Castro Rego, S/N / Bairro Maladouro
 CNPJ 02.361.201/0001-40
 Barras-PI



Paciente(a): _____

End.: _____

*Este verso
 depois foi que
 ficou de mau jeito,
 teve acidente de moto
 com fratura no pé e
 o clavado do pé direito
 da fratura dos membros
 inferiores*

Barras(PI): _____

Marcos 13/6/18

Assinatura de *Marcos da Cruz*
 Médico
 CPF: 096.149.703-25

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 14 JUN 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Observações: Voltando a consulta, queira trazer esta receita

SUS 163926366560000

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
 HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - BARRAS - PI
 BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIO E DE URGENCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: *Lucas de Sousa Santos*

DATA DE NASCIMENTO: *09/06/1992* PROFISSÃO: _____ SEXO: MASC FEM

FILIAÇÃO: _____ PAI: *Gonçalo dos Santos*

MAE: *Selma de M. Sousa*

ENDERECO: *Vila France*

MUNICÍPIO: *Satens* ESTADO: *PI* CEP: *64100-000*

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO: *29/10/17* HORA: _____

MOTIVO DO ATENDIMENTO: *Paciente com dor abdominal*

DIAGNOSTICO: *MIG*

WENAN J. ...

DEPARTAMENTO DE SIN...
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO!
 29 MAR 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende 166 Loja C
 Centro Norte CEP: 84.862-978

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

L + Selma D

TRATAMENTO REALIZADO

Tratamento em ambulatório

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONSULTA BÁSICA CURATIVO

AEROSOL RETIRADA DE PONTO

DRENAGEM DE ABERSSO PRESSÃO ARTERIAL

RETRADA DE CORPO ESTRANHO

PEQUIENA CIRURGIA

SUTURA SIMPLES

TERAPIA MEDICAMENTOSA

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

DATA: _____ ASSINATURA E CARGO DO RESPONSÁVEL: *Dr. R. ...*

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: *[Signature]*



**GOVERNO
DO PIAUÍ**

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELOS



**HOSPITAL REGIONAL
LEÔNIDAS MELO**

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <i>Bucas Sara Sampaio</i>	LEITO / ENFERMARIA <i>04/03</i>	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO:		

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
29.10.17	<p>Pte. vítima de acidente motorciclístico tra- zido pelo SAMU. Acompanhado na família. N.º Hip. HAS, DM e alergia multi camêrora. Sem sint. atualizados. afibul, respnco. Apresenta lesão contusa em couro cabeludo e es- queleto em MD. Aguarda resultado de Rx. de quidido da região plantária.</p>	<p><i>Magnesson de Sousa Cor- Enfermeiro COREN - PI 49300</i></p>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Almeida, 499 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002470



GOVERNO DO PIAUÍ

**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - HRLM**

Praça Monsenhor Bezerra, 210 - Centro - CEP: 64.100-000 - Barras - PI
Fone: (86) 3242-1336 / Fax (86) 3242-1114
CNPJ: 06.553.564/0002-19
E-mail: hrleonidasmeio@hotmail.com



**Hospital Regional
Leônidas Melo**

NOME DO PACIENTE: <i>Wesley de Sousa Sam</i>		FOLHA DE PRESCRIÇÃO	
NOME DO MÉDICO:		ENFERMARIA/LEITO	Nº PRONTUÁRIO
		<i>04101</i>	
		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES
	<i>1) curar em 72h</i>	<i>08h - 09h</i>	<i>5h Paciente deu entrada em emergência com trauma de cabeça, vítima de acidente de trânsito, apresentando ferimentos centrais no crânio (abertura, presença de líquido cefalorraquidiano e sangue) e fratura de M.I.P. encaminhado para RX.</i>
	<i>2) Analgesia em 15 minutos</i>		
	<i>3) Ex. físico.</i>		
	<i>Exames: 72h, reavaliar químbia e reabrir</i>		
	<i>C/ antidepressivos e outros</i>		
	<i>Exames: 72h + reavaliar e reabrir</i>		
	<i>Exames: 72h + reavaliar e reabrir</i>		

Atestado
Dr. *Wesley de Sousa Sam*
CRM 8378
R. *Wesley de Sousa Sam*
CNPJ: 06.553.564/0002-19

EMPENHO DE SIGNATÁRIO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.000-070

Exatidão
Emissão em 27/03/2010 às 14:18h
Emissão em 27/03/2010 às 14:18h



1 Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 54.180-000

2 clinicarebele@gmail.com

3 (86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5489 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
- Imobilização gessada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.

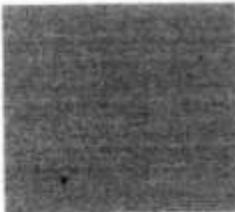
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.



Leonardo Robert de Carvalho Braga
Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1867

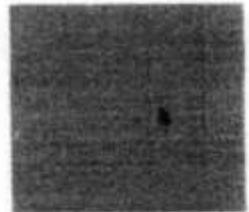
Data: / /



Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP 64.180-000

clinicarebello@gmail.com

(86) 9.9415-8836 • (Claro) • 9.8825-4910 (Oi)
• 9.9005-5457 • 9.8151-6986 (Vivo)



Nome: _____

Nome: Lucas De Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: AL1319
Data Exame: 15/12/2017

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura cominutiva em terço médio da diáfise tibial, em vias de consolidação, associada a aparelho gessado de imobilização.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

• IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura cominutiva em terço médio da diáfise tibial, em vias de consolidação, associada a aparelho gessado de imobilização.

Catarina Borges Santana Alves
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387



Data: ____ / ____ / ____





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esporantina-PI
• CEP 64.130-000

clinicarebello@gmail.com.

(86) 9.9416-8036 • (Claro) • 9.8625-4610 (Oi)
• 9.9905-5407 • 9.8151-6966 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas De Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: AL1319
Data Exame: 15/12/2017

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura oblíqua, não consolidada, angulada, localizada em terço médio da diáfise da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura oblíqua, não consolidada, angulada, localizada em terço médio da diáfise da clavícula direita.

Catarina Borges
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387



Data: ___/___/___



☎ Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
 • CEP:64.190-000
 ✉ clinicarebello@gmail.com
 ☎ (86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
 • 9.9905-5477 • 9.8151-6986 (Vivo)



Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
 Médico: Almir Filho

Número: 1181
 Data Exame: 04/11/2017

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

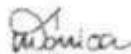
RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura não consolidada em diáfise tibial.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Imobilização gessada .

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura não consolidada em diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.


 Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
 CRM 1938

Data: ___/___/___





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP-54.180-000

clinicarebello@gmail.com

(86) 9.9410-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5487 • 9.8151-8986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1181
Data Exame: 04/11/2017

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

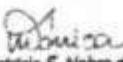
RELATÓRIO

O estudo radiológico do ombro, realizado em incidências de rotações externa e interna, demonstra:

- Fratura não consolidada, com angulação cranial, em terço médio da clavícula direita.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade preservados.

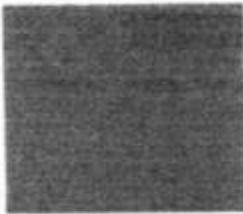
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura não consolidada, com angulação cranial, em terço médio da clavícula direita.

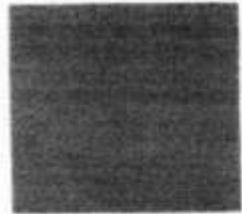

Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
CRM 1938

Data: ___/___/___





- Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.180-000
- clinicarebello@gmail.com
- (86) 9 9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5427 • 9.8151-8986 (Vivo)



Sr(a). LUCAS DE SOUSA SANTOS

Nome: _____

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado está em tratamento conservador de fratura de tibia e clavícula direita e necessita de afastamento do trabalho por 180 dias.
CID: S822 e S420



Esperantina 03 de Novembro de 2017

DR Almir Alves Rebelo Filho
CRM 29727/P1
Ortopedista e Traumatologista

Data: ___/___/___





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP 64.190-000

clinicarebello@gmail.com

(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8625-4610 (Oi)
• 9.9905-5677 • 9.8151-8986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.



Leonardo Robert de Carvalho Braga
Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

Data: / /

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Lucas de Sousa Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



11/06/1997

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.916.898 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/06/13

Nome LUCAS DE SOUSA SANTOS

FILIAÇÃO SOCORRO MARIA DE SOUSA GONÇALO DOS SANTOS

NATURALIDADE BATALHA-PI DATA DE NASCIMENTO 01/06/1997

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 20643 L 46 F 66V

CP EXP BATALHA - PI 27/11/97

TEREZINA - PI 072.404.643-77 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/93 - DECRETO Nº 89.250/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2013
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.062478

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS REAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E AUTOMOVIS NOSTRACIONAIS

NOME: MARIA DO CARMO PROCEDIMIO DA SILVA
 DOC: 1457994 SSP PI
 CPF: 703.754.703-44 DATA DO BORNTO: 10/09/1971
 FAMILIA: LOTES PROCEDIMIO DA SILVA MARIA HELENA DA SILVA
 PESSOAS: [] SOC: [] SEX: []
 IPTE: 0285101130 VARIANTE: 15/12/2022 P. BORNTO: 29/04/2003
 OBSERVAOES: A

Estado do Piaui
 Prefeitura Municipal de Teresina
 Rua do Sineiro, 466 Loja G
 Teresina, PI
 70613801046
 71320021300

VALIDA EM TODO O TERRITRIO NACIONAL
 1554660910
 PROPRIO PASTICAR
 1554660910
 PIAUI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO
 29 MAR 2010
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 466 Loja G
 Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Lucas de Sousa Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.916.898 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/06/13

Nome LUCAS DE SOUSA SANTOS

FILIAÇÃO SOCORRO MARIA DE SOUSA GONÇALO DOS SANTOS

NATURALIDADE BATALHA-PI DATA DE NASCIMENTO 01/06/1997

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 20643 L 46 F 66V
EXP BATALHA - PI 27/11/97

TEREZIÂNIA - PI 072.404.643-77 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/93 - DECRETO Nº 89.250/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2013
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.062478

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS REAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E AUTOMOVIS NOSTRACIONAIS

NOME: MARIA DO CARMO PROCEDIMIO DA SILVA
 DOC: RENHASE (CNPJ) RENHASE/DF
 1457994 889 PF

CPF: 703.754.703-44 (DATA INSCRIÇÃO) 10/09/1971

FAMILIAR: LOTES PROCEDIMIO DA SILVA MARIA HELENA DA SILVA

IDENTIFICADORA: 0285101130 (VIGENCIA) 15/12/2022 (VALIDADEZ) 29/04/2003

OBSERVAÇÕES: A

Ministério do Estado, Departamento de Trânsito do Piauí
 LOCAL: TERESINA, PI
 DATA DE EMISSÃO: 20/12/2017
 70613801046
 PI320021300

PIAUI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1554660910

PROPRIO PASTRICAL
 1554660910

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 29 MAR 2010
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 466 Loja G
 Centro - Norte CEP: 64.002470