Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM**

Sinistro: **3180160738**
Vítima: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM**
Data do Acidente: **26/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180160738** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LIDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 de 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 precisará 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").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	057.385.643-59	Jonatas David Valorinho de Amorim

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jonatas David Valorinho de Amorim	057.385.643-59	Estudante

Endereço	Número	Complemento
Q-64 C-01B	01B	Casa

Bairro	Cidade	Estado	CEP
Renascença	Teresina	PI	64082-550

Email	Telefone (DDD)
	(86) 3303-4104

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] 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 (DIG)	DV	CONTA (DIG)	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

[x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO (Nome)	(DIG)
Bradesco	237

AGÊNCIA (DIG)	DV	CONTA (DIG)	DV
0405		0020752	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Teresina, 03 de Abril de 2018
Local e Data

RECEBIDO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 001 V000/2017

Bradesco

Extrato ultimos 5 dias

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS
JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORI 12:43 HRS
AGENCIA 0405 CONTA 0020752-7 02/ABR/2018

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)

DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
	JANEIRO/2017		
18	SALDO ANTERIOR		0,00
	ABRIL/2018		
02	DEP DINHEIRO	0874103	10,00
	SALDO TOTAL		10,00

MOVIMENTACAO POUPANCA

DIA	HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
	MARCO/2016		
02	SALDO ANTERIOR		0,00
	SALDO TOTAL		0,00

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

595 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004883/2017-41

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSIT **Resp. pelo Registro:** Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 29/11/2017 - 17:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora
26/11/2017 - 06:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Bairro
POVOADO

Endereço
ESTRADA DA LOCALIDADE BOQUINHA, Nº

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCELO RAIMUNDO DE SOUZA
RG: 766032 SSP PI
Endereço: RUA ALTOS, Nº 3800
Bairro: PRIMAVERA
Cidade: TERESINA
Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: MANOEL RAIMUNDO DE SOUZA NETO (25 ANOS)
RG: 3071943 SSP PI
Mãe: SUZETE GRAMOZA VILARINHO DE SOUZA
Pai: MARCELO RAIMUNDO DE SOUZA
Endereço: RUA DR. WALTER OLIVEIRA SOUSA, Nº 1770
Bairro: GURUPI
Cidade: TERESINA
Tipo Envolv.: VÍTIMA FATAL

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Homicídio culposo no trânsito (Art. 302 do CTB)

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE SEU FILHO, A VÍTIMA, TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO, COMO PASSAGEIRO DE UM AUTOMÓVEL VW AMAROK HIGHLINE 4X4 S, COR BRANCA, PLACA NIW-7841-PI, DE PROPRIEDADE DE MARIA LÚCIA DE ARAÚJO MATOS MELO, CPF: 770.971.983-34, CONDUZIDO POR MARCOS VINÍCIUS DE ARAÚJO MELO, CPF: 053743253-38, RESIDENTE NA QD 105 CASA 08, DIRCEU II, QUANDO ESTE VEÍCULO, CONDUZIDO EM ALTA VELOCIDADE E POR CONDUTOR EMBRIAGADO, COLIDIU COM UMA ÁRVORE E CAPOTOU EM SEGUIDA; QUE, A VÍTIMA VEIO A ÓBITO NO LOCAL. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Marcelo Raimundo de Souza
MARCELO RAIMUNDO DE SOUZA - Noticiante
Responsável pela informação

03 ...

Delegado de Polícia

RECEBIDO

AVERBAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100203.004883/2017-71

Aí presente se faz Sr. JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM, Brasileiro, natural de Teresina-PI, nascido aos 19 de novembro de 1995, filho de Joaquim Batista de Amorim e de Antônia Maria Pires Vilarinho de Amorim, solteiro, estudante, CPF 057.385.643-69, FONE: 99810-9005, residente na Quadra-64, Casa-18-Renascença II, nesta capital e que veio averbar ao Boletim supracitado, conforme se ver abaixo:

1. Que, o averbante era passageiro do veículo de placa NIW-7841-PI(Amarok) e que este era conduzido por Marcus Vinicius de Araújo Melo que veio a envolver-se no acidente de trânsito já narrado no Boletim acima mencionado;
2. Que, em decorrência do acidente o averbante saiu lesionado, conforme prontuário médico de nº. 460688, do HUT.

Teresina (PI), 03 de abril de 2018.

JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM
Averbante

Bel. Márcio Lustosa Arrais
Escrivão de Polícia de Carreira

RECEBIDO

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004883/2017-41

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSIT **Resp. pelo Registro:** Francileude Lima Corde

Data/Hora: 29/11/2017 - 17:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora
26/11/2017 - 06:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Bairro
POVOADO

Endereço
ESTRADA DA LOCALIDADE BOQUINHA, Nº

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCELO RAIMUNDO DE SOUZA
RG: 766032 SSP PI
Endereço: RUA ALTOS, Nº 3900
Bairro: PRIMAVERA
Cidade: TERESINA
Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: MANOEL RAIMUNDO DE SOUZA NETO (25 ANOS)
RG: 3071943 SSP PI
Mãe: SUZETE GRAMOZA VICARINHO DE SOUZA
Pai: MARCELO RAIMUNDO DE SOUZA
Endereço: RUA DR. WALTER OLIVEIRA SOUSA, Nº 1770
Bairro: GURUPI
Cidade: TERESINA
Tipo Envolv.: VÍTIMA FATAL

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Homicídio culposo no trânsito (Art. 302 do CTB)

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE SEU FILHO, A VÍTIMA, TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO, COMO PASSAGEIRO DE UM AUTOMÓVEL I/VW AMAROK CD 4X4 S, COR BRANCA, PLACA NIW-7841-PI, DE PROPRIEDADE DE MARIA LÚCIA DE ARAÚJO MATOS MELO, CPF: 770.975.983-34, CONDUZIDO POR MARCOS VINÍCIUS DE ARAUJO MELO, CPF: 063743253-38, RESIDENTE NA QD 105 CASA 08, DIRCEU II, QUANDO ESTE VEÍCULO, CONDUZIDO EM ALTA VELOCIDADE E POR CONDUTOR EMBRIAGADO, COLIDIU COM UMA ÁRVORE E CAPOTOU EM SEGUIDA; QUE, A VÍTIMA VEIO A ÓBITO NO LOCAL. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

MARCELO RAIMUNDO DE SOUZA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegacia de Polícia

RECEBIDO

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0291204 ou 0800 0321200 (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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Jonatas Daniel Albuquerque de Almeida	057.385.643-59	26/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) (86) 3303-4104

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

(X) 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 intuito de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada exclusivamente 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.

Teresina 03 de Abril de 18

Local e Data

CARTÓRIO [illegible] 1º OFÍCIO
RECONHECIMENTO DE FIRMA
RECONHECIDO

Campo 1 - Assinatura do Benefiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DPVAT 001 V001/2017

NEGAD OK
ORTOPEDIA
CIRURGIA

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção - Fone: 86 3219 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.813/0022-02

OBS

~~SUS~~ ~~SUS~~

Imp: 26/11/2017 07:28:31
(User: [illegible])
(Relação: [illegible])

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM			Prontuário: 460688
Mãe: ANTONIA MARIA PIRES VILARINHO DE AMORIM		Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: QD:64 CS:01 B - RENASCENCA - TERESINA - PI - CEP: 64000-310			
Nascimento: 19/11/1995	Idade: 22a:0m:7d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS: 709000078088316	
Profissão: NAO INFORMADO		CPF: 057.385.643-59 * RG: -	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 638774	Data: 26/11/2017 07:26:50	Condução: AMBULANCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM VEICULO PARADO			Convênio: N U E
Acid.Trab.: Não	Trajetal: Não	Tipico: Não	CID Secundario: V699

DADOS CLÍNICOS:

Paciente relata de acidente automobilístico (Capotamento de carro), encontra-se consciente, orientado, eupneico, [illegible], queixa-se de dor de coxa D e quadril. ACV [illegible] e abdome: sem alterações.

DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Dr. [illegible] PA: [illegible] FC: [illegible] Sgm: [illegible] Temp: [illegible] CID: [illegible]
Dr. [illegible] (Inicial) DATA: [illegible]

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Raio-x de coxa D
- Raio-x de bacia
- TC de crânio
1. Tramal - 100mg + 100ml SF 0,9% [illegible]
2. Plasil - [illegible]

DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME Crânio + Face c/ e s/ c
DATA 26/11/2017 07:39

ALTA:
( ) Melhorado
( ) Curado
( ) Inalterado
( ) A pedido
( ) Administrativa
( ) Por Indisciplina
( ) Por Evasão
( ) Retornar à Unid. Origem: ____
( ) Transferência: ____

DATA SAÍDA: __/__/____ HORA: __:__

DR. [illegible] CIRURGIA PEDIÁTRICA CIRURGIÃO PEDIÁTRICO

( ) Internação na Unidade
Proced. Solicitado:
CID Compatível:
Prof. Solicitante Internação:

DESTINO:
( ) Família
( ) IML
( ) Anat. Patol.

OBITO:
( ) Até 24 Hs
( ) De 24 a 48 Hs
( ) Após 48 Hs

Dr. José Ramos de Sousa
MÉDICO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00405-7

CONTA: 000000020752-7

Nr. Autenticação
BRADESCO2105201805000000000023700405000000020752168750 PAGO

Águas de Teresina

CNPJ [illegible] — I.E. [illegible]
Av. Miguel Rosa, 1055, Piçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 [illegible] / (86) [illegible]

MATRÍCULA: 12416647-8 — SEQUENCIAL: 2504000339 — MÊS/ANO: 2/2018

NOME/ENDEREÇO MORADOR: [illegible] BATISTA DE ANDRADE
CON. RENASCENCA
[illegible] RENASCENCA - TERESINA - PI

INSCRIÇÃO: 16-08025-865700 — GRUPO: 016 — NÚMERO DO HIDRÔMETRO: V11M079726

MÊS/ANO	LIDO	ANDADO
[illegible]	[illegible]	[illegible]

ACONTEÚDO CADASTRO / TIPO DE USO: 1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

ANTERIOR: 15/01/2018 686
ATUAL: 15/02/2018 786

MARCA DO HIDRÔMETRO:

SOCIOECONOMIA / DIA DA LEITURA:

CONSUMIDOR: [illegible]

DESCRIÇÃO	MÊS	VALOR
VLOR REFERENTE AGUA - 20,51		
Residencial (01-Normal)	10,8 m3	16,51
JROS POR ATRASO	01/2014	0,17
JROS POR ATRASO	12/2017	0,20
MULTA POR ATRASO	01/2014	0,73
MULTA POR ATRASO	12/2017	0,83

MÉDIA MENSAL: [illegible]

VENCIMENTO: 07/03/2018 — TOTAL A PAGAR: 24,53

MOTIVO ANDADO / INCONSISTÊNCIA:

MENSAGEM: TRABALHANDO PARA FAZER DE TERESINA REFERÊNCIA EM SANEAMENTO NO NORDESTE. ÁGUAS DE TERESINA: TRABALHANDO PRA VOCÊ

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento deste fatura acarretará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. nº 6º, inciso 3.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	VALORES MÁXIMOS PERMITIDOS	VALORES MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS	VALORES MÁXIMOS OBRIGATÓRIOS	MÉDIA MÊS	VALORES ENCONTRADOS (mg/l)
Cloro livre	2,0	0,2	5	1,74	0,20 a 2,00 (mg/l)
Cloreto	1,247	1,226	96	5,11	Inferior a 15,00
Cloramina	1,322	1,707	75	4,00	4,00 a 5,50
Ph	1,213	1,538	200	1,46	Inferior a 5,20
Turbidez					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	VALORES MÁXIMOS PERMITIDOS	VALORES MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS	VALORES MÁXIMOS OBRIGATÓRIOS	MÉDIA MÊS	VALORES ENCONTRADOS
Coliformes totais	787	787	0	Ausência	Ausente
Escherichia coli					

DATA DA EMISSÃO: 23/02/2018 — HORA DA EMISSÃO: 08:15

RECEBIDO — 19 MAR 2018

Águas de Teresina

MATRÍCULA: 12416647-8 — SEQUENCIAL: 2504000339 — MÊS/ANO: 2/2018

VENCIMENTO: 07/03/2018

[illegible]

Eletrobras

0051569-7

MARÇO/2013 02/04/2013 307 269,50

NORMAL 33

CORRETAL 8000 A3416746 3.3.1.1 314

FEV/13	274	CONSUMO 307 X R$ 0,78470 =	240,89
JAN/13	271	CONTR. TELEFICAÇÃO PUB (COSIP)	20,41
DEZ/12	334	COBRANÇA MONETÁRIA IG-01/13-00	1,25
NOV/12	415	MULTA POR ATRASO 01/13-00	1,38
OUT/12	365	JUROS DE MORA DE TIPO 01/13-00	1,48
SET/12	455		
AGO/12	353		
JUL/12	375		
JUN/12	401		
MAI/12	393		

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. CONVÊNIO FEDERAL

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. CONVÊNIO FEDERAL

Pague como 030 1600 1 FACA OPCAO VERETTRIO 1 5 10 15 20 25.
Maroburnal Aiz o dia 20/02/2013, não constatar Faturas vencidas
nesse Unidade Consumidora.

7590 0105 4131 5775 4340 0007 1000 0638

	40,55		240,89
	47,38		25,0008
	54,57		69,50
	34,79		2,25
	71,89		3,36

5,33 10,84 27,25 3,37 6,15 1,45 2,05

0,00 0,00 1,29

TERESINA-DECAER 01/2013 79,04

Eletrobras

0051569-7	269,50
03/2013	02/04/2013

FCAN

SEQ. 96457 CL. 0051569-7 01.1017 - 27/03/2013 7.INTR. 103
14170001 1/017 NORMAL FEIJ. 269,50 CAIXA: 039
01.0006 - 07/04/2013 USUÁRIO: 00000010001 2073

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras informe o seu NÚMERO

SEU CÓDIGO
0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon, 759 – Centro(Sul) – Teresina – PI
CNPJ 06.840.740/0001-49 | Insc. Estadual: 19.201.393-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série 6-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 26/98

Nº da Nota Fiscal 004897399

Classificação de Energia Elétrica – CNAE 4512-1/01 de acordo com a Resolução ANEEL nº 414 de 26 de abril de 2002.

CONTA REF.	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
ABRIL/2018	02/05/2018	159	135,45

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 – TERESINA

ROT: 16.001.29.62.127880

LEITURA			DATA LEITURA	
Atual:	17776		Atual:	24/04/2018
Anterior:	17617		Anterior:	27/03/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	23/05/2018
Consumo / Medido:	159		Emissão:	23/04/2018
Consumo Faturado:	159	FCAM	Apresentação:	24/04/2018

NORMAL 28

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Fase	Código Tar.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1.1	321

Período consumo	
MAR/18	307
FEV/18	224
JAN/18	271
DEZ/17	314
NOV/17	416
OUT/17	385
SET/17	435
AGO/17	353
JUL/17	215
JUN/17	431

TARIFA SEM TRIBUTOS:
3 A 150 - 0,55399

CONSUMO	159 A R$ 0,747255 =	118,81
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		10,57
CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00		0,08
MULTA POR ATRASO 03/18-00		4,86
JUROS DE MORA DE JMPO 03/18-00		1,13

MENSAGENS IMPORTANTES/TRATAMENTO DE DOCUMENTO

"ALIQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO N° 17.583, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017."
LIGUE 0800 086 0800 E ESCOLHA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Ate o dia 23/04/2018, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

SADEMI SEGURADORA S/A
02 MAI 2018
RECEBIDO

RESERVADO AO FISCO 8747.DE6C.4E81.6859.A134.6762.A96D.1E26

Distribuição:	25,15	Base de Cálculo:	118,81
Energia:	47,83	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	7,52	Valor do ICMS:	26,13
Encargos:	7,62	Valor do PIS:	0,81
Tributos:	30,69	Valor da COFINS:	3,75

INFORMAÇÕES DE CONTRIBUIÇÃO

5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
0,00			0,00			0,00

TERESINA-MACAUBA 02/2018 65,33

ROT: 16.001.29.62.127880

Eletrobras
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO
0051869-7

TOTAL A PAGAR – R$
135,45

MÊS FATURADO
04/2018

VENCIMENTO
02/05/2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon 759 – Centro(Sul) – Teresina – PI
CNPJ 06.840.740/0001-49 | Insc. Estadual: 19.201.393-5

Nº da Nota Fiscal: 004897399 FCAM

83610000001 4 35450017000 7 00000000051 3 36970418008 0

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29036

A Circular SUSEP[1] 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 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rege Soares Menezes inscrito (a) no CPF/CNPJ 540.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jonatan Davis Velaundo de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.385.643 59 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Jonatan Davis Velaundo de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.385.643/ 59 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

9. Recuso informar

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

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

Endereço: Rua 24 De Janeiro		Número: 544	Complemento: Sala
Bairro: Centro	Cidade: Teresina	Estado: PI	CEP: 64000-235
Email:		Telefone Comercial (DDD): (86) 3303-4104	Telefone Celular (DDD): (86) 9534-6565

Teresina 03 de Abril de 2018
Local e Data

Nelle Rege Soares Menezes
Assinatura do Declarante

RECONHECIMENTO DE FIRMA
10 APR 2018
RECONHECIDO

DLDPL_COS V001/2017

HUT

HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Jonatas David Marinho de Andrade

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 460688

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

NEURO OK
ORTOPEDIA
CIRURGIA

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.912/0022-02

OBS

BOLETIM DE ENTRADA - RE

Imp: 26/11/2017 07:29:41
(User: ROBERT ALBUCAS)
(Balcão: RECEPÇÃO)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM			Prontuário: 460688
Mãe: ANTONIA MARIA PIRES VILARINHO DE AMORIM		Pai: NAO INFORMADO	
End.Resid.: 00:64 CS:01 N - MORACENICA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 19/11/1995	Idade: 22a:0m:7d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS: 709000878088316	
Profissão: NAO INFORMADO		CPF: 057.385.643-59 * RG: -	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 638774	Data: 26/11/2017 07:26:50	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM VEICULO PEDAL			Convênio: S O S
Acid.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não	CID Secundário: V899

DADOS CLINICOS:

Paciente informa de acidente automobilístico (motocicleta de carro) encontra-se consciente, orientado, eupneico, acianótico. Queixa-se de dor em coxa D e quadril DCV. AP e abdome: sem alterações.

DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

kg/m² | AR: | PA: | FC: bpm | Temp: | Glicemia (hiria) | DATA: | CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rxo - x de coxa D
Rxo - x de bacia
TC de Pelve
① Fraturas - Ramos isquio sup. e inferior
② Fratura - [illegible]

DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Cranio + Face + Total
DATA: 26/11/2017 09:39

ALTA: ( ) Melhorado ( ) Curado ( ) Inalterado ( ) A Pedido ( ) Administrativo ( ) Por Indisciplina ( ) Por Evasão

Retornar à Unid. Origem:
Transferência:

DR. LEONARDO [illegible]
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PI [illegible]

DATA SAÍDA: / / HORA: : :

( ) Internação na Unidade
Proced. Solicitado:
CID Compatível:
Prof. Solicitante
Internação:

10 AGO 2018
RECEBIDO

OBITO: ( ) Até 24 Hs ( ) De 24 a 48 Hs ( ) Após 48 Hs

DESTINO: ( ) Família ( ) IML ( ) Anat. Patol.

Dr. José Nunes de Sousa Jr.
MÉDICO
CRM-PI 3892

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura - Profissional - RE

Eduardo Oliveira Coelho
Coordenador de Enfermagem
Hospital de Urgência de Teresina
COREN 132014-R

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Bedeucho - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-778 CNPJ: 06.527.917/0022-02

Emp.: 26/11/2017 07:29:41
(NERSONT ALENCAR)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM			Prontuário: 460688
Mãe: ANTONIA MARIA PIRES VILARINHO DE AMORIM		Pai: NAO INFORMADO	
End.Resid.: QD:64 CE:01 N - RENASCENCA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 19/11/1995	Idade: 22a:0m:7d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS: 709000878088316	
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: CPF: 957.385.643-59	
Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 638774	Data: 26/11/2017 07:26:50	Clas. Cor: Indefinido	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM VEICULO PESADO			Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 26/11/17 09:00 ESPECIALISTA: NCR

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: TCE
TC Crânio: Sem lesão que indique conduta NCR
Cd: Sem conduta NCR

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ __:__

TAC crânio s/ lesão a ser tratada
Bacia.
Cs ttto conservador

Dr. Elton Lessa
CRM: 010.[illegible]
NEUROCIRURGIA
CRM [illegible]

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 26/11/2017 12:10 ESPECIALISTA: Cirurgia Geral

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Paciente vítima de atropelamento, já liberado pela NEURO e liberado como avaliação pela ORTOPEDIA. Encontra-se eupneico, abdome indolor, TC de Abdome sem alteração, RX tórax sem alteração.
Cd: Alta Hospitalar

Dr. José Lucas de Souza Coelho
MÉDICO
CRM [illegible]

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ __:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

FHT Fundação Hospitalar de Teresina

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

SAMU 192

Nº DO CHAMADO	DATA	PRO	SAÍDA PA	CHEGADA LOCAL	SAÍDA LOCAL	CHEGADA PA
3336	26 11 17	2903	06:42	07:00	7:08	7:26

NOME DO PACIENTE: Jonatas David Vilarinho de Amorim — SEXO (X) M ( ) F — IDADE: 02 a

ESTADO GERAL	ALGIAS	NEUROLÓGICO	RESPIRATÓRIO	INT. CUTÂNEA	NUTRIÇÃO	URINÁRIO
(X) Hidratado	( ) Cefálica	PUPILAS	(X) Eupnéico	( ) Pele íntegra	( ) Zero	Diurese:
( ) Desidratado	(X) Torácica	( ) Não Reativo	( ) Dispnéico	(X) Feridas	( ) VO	( ) Espontâneo
( ) Normocorado	( ) Abdominal	(X) Isocoria	( ) Ortopnéico	( ) Fraturas	( ) Gastrostomia	( ) Cistostomia
( ) Hipocorado	(X) Pélvica	( ) Anisocoria	( ) Taquipnéico		( ) SNE	( ) SVD
( ) Ictérico	( ) Lombar	( ) Midríase	( ) Bradipnéico	ABDOME	( ) SNG	Aspecto:
( ) Cianótico	(X) Membro:	DÉFICIT MOTOR	USO DE O2	(X) Flácido	( ) Parenteral	( ) Normal
( ) Edema		( ) Paresia	(X) Ar Ambiente	( ) Tenso	ACEITAÇÃO	( ) Concentrado
		( ) Paresteslia	( ) Máscara	( ) Escavado	( ) Bom	( ) Colúrica
		( ) Plegia	( ) Cateter	( ) Globoso	( ) Parcial	( ) Hematúrica
		Glasgow: 15	( ) VM	( ) Distendido	( ) Não Aceita	( ) Pálida

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: NEGA.

MEDICAÇÕES EM USO:

Pulso	91		Ringer		Sangue	
Respiração			SF		Diarreia	
PA	110/70		SG		Vômito	
TAX			Sedação		Evacuação	( )+
Sat O2	94		DVA			( )++
Glicemia			Outros			( )+++

( ) Débito cardíaco diminuído
( ) Desobstrução de vias aéreas ineficaz
(X) Integridade da pele prejudicada
(X) Mobilidade física prejudicada
( ) Padrão respiratório ineficaz
( ) Risco de Glicemia instável
( ) Perfusão tissular cardíaca diminuída
( ) Perfusão tissular cerebral ineficaz

(X) Dor aguda
( ) Confusão aguda
( ) Risco de aspiração
( ) Risco de choque
( ) Envenenamento
(X) Risco de infecção
(X) Risco de trauma
( ) Risco de hipotermia

Paciente vítima de capotamento (motorista) apresentando queixa de dor no quadril. Fechamento na região D, edema no antebraço D. Transportado p/ o HUT.

(X) Avaliar/Monitorar nível de consciência/ nível de sedação	V
(X) Manter a cabeceira do leito elevado em 30 graus	V
(X) Verificar/monitorar e anotar SSVV	V
( ) Verificar glicemia capilar	
( ) Aspirar vias aéreas S/N	
( ) Administrar/controlar oxigênio	
( ) Assegurar e testar a permeabilidade dos acessos venosos	
( ) Realizar curativo compressivo	
( ) Realizar sondagem nasogástrica	
( ) Realizar lavagem gástrica conforme orientação médica	
(X) Realizar imobilização pélvica	V
( ) Administrar medicamento conforme prescrição médica	
( ) Realizar/auxiliar RCP	
( ) Realizar contenção conforme prescrição médica	
( ) Realizar medidas preventivas contra hipotermia	
( ) Outros:	

Ex Tempo: fragmento de ulna na face e ferida contaminada

Marette 8:354.

ENFERMEIRO:

COREN Nº:

Capotamento (Amorim) Localidade Riacho Fundo (Usina Santana)

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1825 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM** **(Prontuario: 460688)**
Endereço: QD 54 CS 01 B - RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 19/11/1996 Idade: 22a 0m 5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638774
Requisição: 793146 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 883718 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034 Data Exame: 26/11/2017

COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(BRANDI BRUVA)

TERESINA - PI 28/11/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO
CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2887
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Hpt. Dr. Guio Tico 1870 Redenção - Fone: 86 3219 1672
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM** **(Prontuário: 460688)**
Endereço: QD.64 CS.01 B - RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 19/11/1985 Idade: 22a:0m:9d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638774
Requisição: 793146 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 983719 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170 Data Exame: 26/11/2017

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
OSSOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JARDI SILVA)

TERESINA - PI 28/11/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO
CPF: 306.685.043-20 CRM-PI 2667
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Bitu 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.922.917/0021-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM** **(Prontuário: 460688)**
Endereço: QD-54 CS:01 B - RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-016
Nascimento: 19/11/1996 Idade: 22a 0m 9d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638774
Requisição: 793147 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NACELE DE SOUSA LIMA
Controle: 983720 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117 Data Exame: 26/11/2017

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realisado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: exame normal.

TERESINA - PI 28/11/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO
CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2667
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-03

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM** **(Prontuário: 460688)**
Endereço: QD-64 CS-01 B - RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64005-010
Nascimento: 19/11/1995 Idade: 22a 0m 9d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG. Atendimento: 638774
Solicitação: 793147 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Unidade: 983721 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0204060095

Data Exame: 28/11/2017

BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA, os seguintes aspectos observados:

- Extremidades ósseas e superfícies articulares sem anormalidades.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

OBSERVAÇÃO:

TERESINA - PI 28/11/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO
CPF: 395.585.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4632
TERESINA-PI CEP: 64017-778 CNPJ: 05.522.817/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM** **(Prontuário: 460688)**
Endereço: QD:64 CS:01 B - RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 54030-010
Nascimento: 10/11/1995 Idade: 22a.0m.7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638774
Requisição: 763148 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Guiade: 963722 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cód. SIA: 0206030010

Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E PELVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

OBS. FRATURA ALINHADA NA ASA DIREITA SACRAL.
FRATURAS NOS RAMOS PÚBICOS DIREITOS.

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 335.029.603-30 CRM 2353
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM** **(Prontuário: 469688)**
Endereço: QD 64 CS 01 B - RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 19/11/1995 Idade: 22a0m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638774
Requisição: 793149 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Convênio: 983723 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

SIA 0206010079 Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATORIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

LUIS CEZAR

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 335.029.603-30 CRM 2353
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.532.917/0022-08

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM** **(Prontuário: 460688)**
Endereço: QD.64 CS.01 B - RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-410
Nascimento: 19/11/1995 Idade: 22a.0m.7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638774
Requisição: 793220 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 953817 Convênio: S.U.S.

RELATÓRIO:

HA: 0200030037 Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE QUADRIL

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais dos quadris de 10 mm de espessura com intervalo de 10 mm.

RELATÓRIO:

- FRATURA ALINHADA NO SACRO DIREITO.
- FRATURAS NOS RAMOS ÍSQUIO-PÚBICO E ÍLIO-PÚBICO DIREITOS.
- ARTICULAÇÕES COXO-FEMORAIS E SACRO-ÍLIACAS COM SUPERFÍCIE E ESPAÇO ARTICULAR PRESERVADOS.
- AS RELAÇÕES ENTRE OS ACETÁBULOS E AS CABEÇAS FEMORAIS SÃO NORMAIS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LESÕES EXPANSIVAS OU OSTEONECROSE.

LUIS CEZAR

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 135.029.603-30 CRM 2353
Profissional Responsável

Medical Leste - Terceiro Andar

Rua Irapuã Rocha, 1430 - Medical Leste - Jóquei

MENTOR - Sistema de Gestão Hospitalar

Data/Hora 26/01/2018 10:34:46 Página1

232528.02

Ficha de Atendimento

Nome	JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM	Código	232528.02 Unidade 00
Sexo	M CPF 05738564359 RG 3389582	Convênio	PARTICULAR
Nascimento	19/11/1995 22 anos Tel. Cel. 86999287449	Matrícula	SN
Médico	CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO	Plano	UNICO
CONSULTA		Guia/Senha	/
Obs		Atendimento	26/01/2018 10:33:47
Local	--- VIA DO CLIENTE ---	Recepção	WALERIA

Código	Descrição	Qtd	Local	Guia	Solicitante	Cod.Mov	Valor
10101012	CONSULTA	1	OSTEON			232528.02	250,00

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

250,00

Obs:

||

clinicardio

JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM
Endereço: QUADRA 64 CASA 1 B , RENASCENÇA, TERESINA-PI

RECIBO

RECEBI DO PACIENTE ACIMA A QUANTIA DE R$ 250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS) REFERENTE A CONSULTA MÉDICA EM **12/12/2017.**

Teresina, 28/01/2018

Dr. CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
ORTOPEDIA - CRM 3054

RECEBIDO

Rua Aviador Irapuan Rocha, nº 1430 3º andar
Bairro Jóquei, CEP: 64.048-232 / Teresina - PI
Call Center: 3201-2510

(86) 4141-2159

www.clinicardio.com.br

Dra. Fabíola Veras
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins, que o paciente Jonatas Bernardo Villalobos de Amorim, por motivos de doença de coluna, espondiloartrose de coluna e dor crônica, submeter-se à boleterapia, devendo ser dispensado de atividades para manter controle da dor, apresentando dificuldade para deambular, apresentando perda funcional de 70%.

Teh. 05.06.18

Dra Fabíola Ferreira H. Veras
Clínica Médica/Reumatologia
CRM 2374

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

P
1

NOME
JOANCAS DAVID VILARINHO DE ANDRADE

DOC. CONFORME DEL. DENATRAN
3349582 SSP PI

CPF
057.389.843-55

DATA NASCIMENTO
19/11/1995

FILIAÇÃO
JOAQUIM DAVIDA DE
ANDRADE
ANTONIA MARIA PIRES
VILARINHO DE ANDRADE

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
08317803995

VALIDADE
18/03/2019

PRIMEIRA HABILITAÇÃO
18/03/2018

OBSERVAÇÕES
EAR

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
05/03/2018

01578827951
01328340140

[redacted] PIAUÍ [redacted]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1556828406

PROIBIDO PLASTIFICAR
1556828406


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
047526
CARTEIRA DE IDENTIDADE


VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
4.119.262
23/09/11
NELLE ROZE SOARES MARQUES
LICERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE
22/05/1971
CRATEÚS-CE
CERT. NASC. 529 L. A2 F. 141
EXP. CRATEÚS-CE 25/09/78
840.173.173-91
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83


RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

P

NOME
JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF
3989582 SSPT PI

CPF
057.395.643-59

DATA NASCIMENTO
10/12/1995

FILIAÇÃO
JOAQUIM BATISTA DE AMORIM
ANTONIA MARIA DINEA VILARINHO DE AMORIM

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA
AB

Nº DO REGISTRO
06317899995

VALIDADE
18/03/2019

1ª HABILITAÇÃO
10/03/2015

OBSERVAÇÕES
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ESPERANTINA, PI

DATA DE EMISSÃO
05/03/2018

S157866258 4
PI320340040

PIAUÍ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
15568284 06

PROVISÓRIO PLASTIFICAR
15568284 06

SABEMI SEGURADORA S/A
02 MAI 2018
RECEBIDO

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

N° do CPF: **057.385.643-59**

Nome: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM**

Data de Nascimento: **19/11/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **23/02/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:29:48** do dia **02/05/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **08AB.4E15.860E.8203**

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

(Modelo aprovado pela IN/RFB n° 1.548, de 13/02/2015.)

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3180160738***

Nome do(a) Examinado(a): ***JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM***

Endereço do(a) Examinado(a):

q 64, 1, c 01 b - Renascença - Teresina - PI - CEP 64082-550

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PI***] ***3389582***

Data e local do acidente: [***26/11/2017***] ***TERESINA-PI***

Data e local do exame: [***18/07/2018***] ***Timon*** [***MA***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA ALINHADA NA ASA DIREITA SACRAL. FRATURA NOS RAMOS PÚBICOS DIREITOS. TRAUMATISMO CRANIANO SEM LESÕES NEUROLÓGICAS (TC DE CRÂNIO DE 26/11/2017).

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA REFERE DOR AOS ESFORÇOS E AO MOBILIZAR O QUADRIL DIREITO COM DIFICULDADE DE AGACHAR. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO COM REDUÇÃO DA FORÇA ARTICULAR (GRAU 3). SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[***X***] Sim [ ] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR. RELATA TER REALIZADO FISIOTERAPIA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[***X***] Sim [ ] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do quadril direito

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Quadril direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve (X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

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

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 16/05/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO EM GRAU MODERADO - CONDUTA MANTIDA.

Frederico Fonseca de Oliveira

Frederico F. Oliveira
Cardiologia Ecocardiografia
CRM-MA 7294 - RQE 7294

Frederico Fonseca de Oliveira - CRM: 7294 - MA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160738
Cidade: Teresina
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM
Data do acidente: 26/11/2017
Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM QUADRIL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA

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

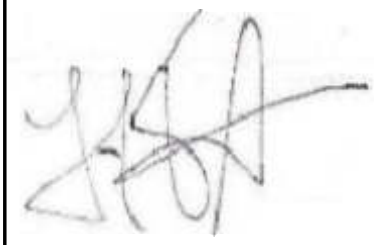
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160738
Cidade: Teresina
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM
Data do acidente: 26/11/2017
Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NA ASA DIREITA SACRAL. FRATURA NOS RAMOS PÚBICOS DIREITOS. TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, AO ASSENTAR OU PERMANECER SENTADO POR LONGO PERÍODO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. RELATA TER REALIZADO FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 7294

UF do CRM do médico: MA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180160738
Cidade: Teresina
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM
Data do acidente: 26/11/2017
Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ALINHADA NA ASA DIREITA SACRAL. FRATURA NOS RAMOS PÚBICOS DIREITOS. TRAUMATISMO CRANIANO SEM LESÕES NEUROLÓGICAS (TC DE CRÂNIO DE 26/11/2017).

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR AOS ESFORÇOS E AO MOBILIZAR O QUADRIL DIREITO COM DIFICULDADE DE AGACHAR. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO COM REDUÇÃO DA FORÇA ARTICULAR (GRAU 3). SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. RELATA TER REALIZADO FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/07/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 16/05/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO EM GRAU MODERADO - CONDUTA MANTIDA.

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 7294

UF do CRM do médico: MA

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Jonatas David Vilarinho de Amorim

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 3389582

CPF: 057.385.643-59

Profissão: Estudante.

Endereço: Q 64 Casa 01 B Renascença II

CEP: 64.082.550

Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelk Rose Soares Marques

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4.119.262

CPF: 840 173 173 91

Profissão: Recursos-me

Endereço: Rua Em de janeiro 544 Centro S.

CEP: 64.000.235.

Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565

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

3º Ofício de Notas

Teresina, 02 de Abril de 2018

Local e data

Jonatas David Vilarinho de Amorim

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Selo de Fiscalização e Autenticidade

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº ABC-26543

CONFERE COM O ORIGINAL
3º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM. DOU FÉ. EM TESTE. 1 DE VERDADE. TERESINA-PI,02/04/2018.
Emol.:3,71 TJ:0,74 Selo:0,25 Total:4,70 Selo:ABC.26543 (F21DP277)

ALESSANDRO ALVES DE SOUSA ESCREVENTE AUTORIZADO

Válido

Escrevente autorizado

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3180160738***

Nome do(a) Examinado(a): ***JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM***

Endereço do(a) Examinado(a):

q 64, 1, c 01 b - Renascença - Teresina - PI - CEP 64082-550

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PI***] ***3389582***

Data e local do acidente: [***26/11/2017***] ***DEMERVAL LOBAO-PI***

Data e local do exame: [***16/05/2018***] ***Timon*** [***MA***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA NA ASA DIREITA SACRAL. FRATURA NOS RAMOS PÚBICOS DIREITOS. TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR. RELATA TER REALIZADO FISIOTERAPIA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA REFERE DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, AO ASSENTAR OU PERMANECER SENTADO POR LONGO PERÍODO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[***X***] Sim [ ] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[***X***] Sim [ ] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do quadril direito

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Quadril direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve (X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

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

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Frederico Fonseca de Oliveira
Frederico F. Oliveira
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM-PI/MA/CE/RJ - 6475/7294

Frederico Fonseca de Oliveira - CRM: 7294 - MA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM**

Nº Sinistro: **3180160738**
Vitima: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM**
Data do Acidente: **26/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180160738**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT infor. incorretas
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM**

Nº Sinistro: **3180160738**
Vitima: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM**
Data do Acidente: **26/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180160738.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM**

Sinistro: **3180160738**
Vítima: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM**
Data do Acidente: **26/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180160738** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2018

Carta n°: 12851469

A/C: JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM

Nº Sinistro:	**3180160738**
Vitima:	**JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM**
Data do Acidente:	**26/11/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**NELLE ROZE SOARES MARQUES**

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **JONATAS DAVID VILARINHO DE AMORIM**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **237**
Agência: **000000405-7**
Conta: **0000020752-7**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**1.687,50**

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT