



Imprimir

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JULIA DOS SANTOS SILVA

RG nº 3.338.435, data de expedição 1/1/1, Órgão SSP-PI

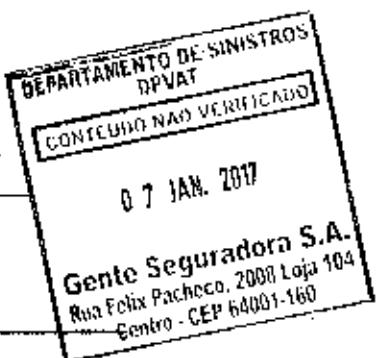
CPF nº 055.906.093-99, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                             |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>R. Quintino Bocaiuva</u> |
| Número                            | <u>780</u>                  |
| Apto / Complemento                | <u>vn</u>                   |
| Bairro                            | <u>B. URBANO</u>            |
| Cidade                            | <u>UNIÃO</u>                |
| Estado                            | <u>PIAUI</u>                |
| CEP                               | <u>64120.000</u>            |
| Telefone de Contato               | <u>(86) 9.95521450</u>      |
| E-mail                            | <u>vn</u>                   |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: União - PI - 23/12/2016

Assinatura do Declarante: Julia dos Santos Silva







Autorização na documentação

## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do<sup>3</sup> Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

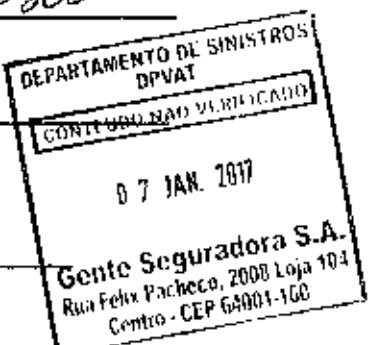
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

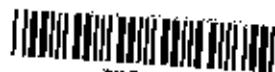
Pelo exposto, eu Julia dos Santos Silva, portador(a) do RG nº 3.338.435, expedido por SSP-85, em 15/09/09, CPF/CNPJ nº 055.906.093-99, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Edimundo Pointo dos Santos, do sinistro de DPVAT da natureza Acidente, da vítima Edimundo Novais dos Santos Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECLUSO Renda Mensal: R\$ RECLUSO

Documentos comprobatórios: RG, CPF

Julia dos Santos Silva  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





NOME DO PACIENTE: Renan Meira 000

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 384160 - Sa/VR  
Sa/VR



**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".

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 12/12/2015 20:55:47

DADOS DO PACIENTE:

|  |                               |                                     |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nome: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA   |                               | Prontuário: 384167                  |
| Mãe: JOSEFA PATRICIA DOS SANTOS SILVA  | Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA |                                     |
| End. Resid.: RUA QUINTINO BOCAUDIA, S/N - CRUZEIRO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000 |                               |                                     |
| Nascimento: 15/02/1977   | Idade: 38a:10m:27d            | Sexo: Masculino Fone: 86- 3265-1116 |
| Responsável: JOSE ANTONIO SOARES ALVES   | CNS: 209514525970008          |                                     |
| Profissão: PEDREIRO  | Documento: CPF: . . . . .     |                                     |
| G. Instrução: Não informado  | E.Civil: Solteiro(a)          |                                     |
| End. Local.: - - -   |                               |                                     |

DADOS DO ATENDIMENTO:

|   |                           |   |
|---|---------------------------|---|
| Código: 511338  | Data: 12/12/2015 20:55:47 | Condução: AMBULANCIA PRIMEIRAS DO INTERIO |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                           | Convênio: S U S                           |
| Acid. Trab.: Não  | Acid. Trajeto: Não        | Acid. Trab. Típico: Não                   |
|   |                           | CID Secundário: V299                      |

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|  |   |                         |                        |
|--|---|-------------------------|------------------------|
| Sinal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO   | Evento Principal: Mecanismo de trauma significativo | Destino: SALA DE TRAUMA | Classificação: Laranja |
| Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NA QDR. APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM OSEO FRONTAL. CONSCIENTE, ORIENTADO (OC).                                   |   |                         |                        |
| <br>Dr. Raimundo Nonato dos Santos Silva<br>Especialista em Ortopedia<br>COREN-PI 07.834 |   |                         |                        |
| Ass. Profissional Acolhimento:   |   |                         |                        |

DADOS CLÍNICOS: (Hora: : )

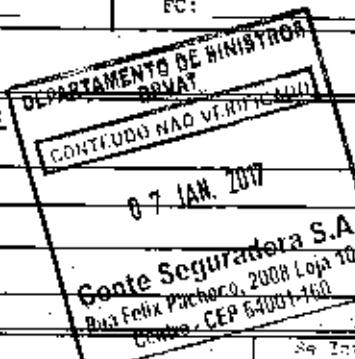
Paciente vítima de queda da própria altura da Qd. home, com trauma craniano, levando lesão com sangramento ativo na testa. Sangramento de couro piloso: Glagam 15 pulsos irregulares e sotaque ativo, sinal de Gaviasim presente. AG + AP patológico, aldeanam irregulares. Paciente desorientado.

12.12.2015 20:55:47 PROCIDA

|                      |               |               |          |
|----------------------|---------------|---------------|----------|
| PA: mmHg             | P脉: . . . . . | FC: bpm       | Temp: °C |
| Diagnóstico: Início: |               | Cranio e Face |          |

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Rx Tórax.



Centro Seguradora S.A.  
 Rua Felix Pachoco, 2008 Loja 104  
 Centro, CEP 64001-160

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

|           |           |              |     |
|-----------|-----------|--------------|-----|
| Data: / / | Hora: : : | Procedimento | CID |
|-----------|-----------|--------------|-----|

José Patrício dos Santos Silva

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional Médico

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

**DADOS DO PACIENTE:**

Page 10 of 12 | 2023-09-26 10:44:44

|  |                                |                    |
|--|--------------------------------|--------------------|
| Nome: RAIMUNDO NOMATO DOS SANTOS SILVA   |                                | Frontuário: 384167 |
| Mãe: JOSEFA PATRÍCIO DOS SANTOS SILVA  | Pai: ANTONIO FERREIRA DA SILVA |                    |
| End. Resid.: RUA QUINTINO ROCATUVA, S/N - CRUZEIRO - UNIÃO - PI - CEP: 64120-000 |                                |                    |
| Nascimento: 15/02/1977   | Idade: 38a:10m:27s             | Sexo: Masculino    |
| Responsável: JOSE ANTONIO SOARES ALVES   | fone: 66- 3265-1116            |                    |
| Profissão: PEDREIRO  | CNS: 209514525970006           |                    |
| G. Instrução: Não informado  | Documento: CPF: - - -          |                    |
| End. Local.: - - -   | E.Civil: Solteiro(a)           |                    |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|   |                           |   |             |                  |
|---|---------------------------|---|-------------|------------------|
| Código: 511338  | Data: 12/12/2015 20:55:47 | Condução: POPULAR/ANTIGA UNIDADES DO INTERIOR |             |                  |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | Convênio: S U S           |   |             |                  |
| Acid. Trab.: Não  | Caso Policial: Não        | Pl. Saúde: Não                                | Trauma: Não | Maus Tratos: Não |

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1)

**Data/Hora Solicitud:** / / : **ESPECIALISTA:** \_\_\_\_\_

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

## ESPECIALISTA:

## DADOS DO PAPAGAI

#### Cariboo/Assinipawa Subwatershed

Data/Hora Solicitud:

Data/Hora solicitação

07 JAN 2017

**Gente Seguradora S.A.**  
Rua Felix Pacheco, 2008 Lapa 104  
Centro - CEP 64001-160

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2)

CaroThe/Assignment 2020 - Facebook

### Características adicionais

**DADOS DO PARECER:** Data/Hora: / /

Certusbo/Assinatura Prof. Parecer



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

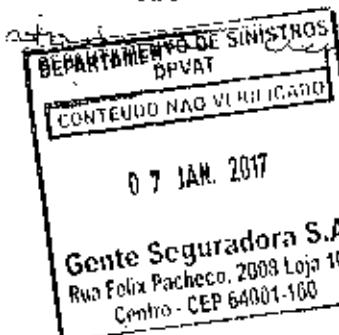
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 13/12/15

|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Raimundo Nonato dos Prazeres</u> |  | PRONTUÁRIO Nº: <u>384162</u> |
| DIAGNÓSTICO:  |  | CIRURGIA:                    |
| ANESTESIA: <u>Isaíde</u>                              |  | Nº DA SALA: <u>01</u>        |
| CIRURGIÃO: <u>Peixoto</u>                             |  | CPF Nº:                      |
| AUXILIAR: <u>Marlene</u>                              |  | CPF Nº:                      |
| ANESTESIA: <u>—</u>                                   |  | CPF Nº:                      |
| INSTRUMENTADORA: <u>Fabiana</u>                       |  | CPF Nº:                      |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                      | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|------------------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | —      | —     | LÂMINA DE BISTURI                  | UNID.  | 01     | —     |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 01     | —     | LUVA Nº 700                        | PAR    | 01     | —     |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 01     | —     | LUVA Nº 715                        | PAR    | 01     | —     |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | —      | —     | LUVA DE PROCEDIMENTO               | PAR    | 03     | —     |
| ALCOOL 70%              | ML    | —      | —     | PVPI DE GERMANTE                   | ML     | 100    | —     |
| ALGODÃO                 | BOLA  | —      | —     | PVPI TÓPICO                        | ML     | 200    | —     |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | —      | —     | PVPI TINTURA                       | ML     | —      | —     |
| COMPRESSA               | PAC.  | 02     | —     | SERINGA 20CC                       | UNID.  | 01     | —     |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. | —      | —     | SERINGA 10CC                       | UNID.  | —      | —     |
| ESPARADRAPO             | CM    | 50     | —     | SERINGA 5CC                        | UNID.  | —      | —     |
| ESCALPE Nº              | UNID. | —      | —     | SERINGA 3CC                        | UNID.  | —      | —     |
| FORMOL                  | ML    | —      | —     | SORO FISIOLÓGICO                   | FRASCO | 01     | —     |
| GASES                   | PAC.  | —      | —     | SONDA URETRAL                      | UNID.  | —      | —     |
| JELCO Nº                | UNID. | —      | —     | OCORRÊNCIA                         |        |        |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO |                                    |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       | CONTEÚDO NÃO VERIFICADO            |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                                    |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                                    |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                                    |        |        |       |
| MONONYLON 3-0           | 02    | —      | —     |                                    |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       |                                    |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | ENFERMARIA:                        |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       | CIRCULANTE:                        |        |        |       |





**Piauí**  
GOVERNO DO ESTADO

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS  
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

**CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH**

**SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA**

DATA 12/12/15 HORA: \_\_\_\_\_ Nº DO TELEFONE: \_\_\_\_\_

HOSPITAL SOLICITANTE Hosp. Dr. José da Rocha MUNICÍPIO União (PI)

MÉDICO: Dra Beatriz Souza CRM: 6015

**NATUREZA DA SOLICITAÇÃO**

Obstetrícia  Trauma  Clínico  Cirúrgico  Pediatra  Outro Neurologia

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: Edimundo Vianato

Data de Nascimento 15/01/77 Idade: 38 anos Sexo:  Masculino  Feminino

CPF \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde \_\_\_\_\_

Município de Procedência \_\_\_\_\_

RDA: Pete intubado de acidente de moto, apresentando postura exposta de cara frontal e fraturado artro. Ronyal fratura de zigomátria. Decrépito de auxílio especializado e exames de emergência.

HD: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

ESCALA DE GLASGOW: 15

**ABERTURA OCULAR**

Espontânea

3 - Comandos

2 - À dor

1 - Nenhuma

|  |   |
|--|---|
| RESPOSTA VERBAL                                | RESPOSTA MOTORA   |
| <input checked="" type="radio"/> 5 - Orientado | <input checked="" type="radio"/> 6 - Obedece a comandos |
| 4 - Confusa                                    | 5 - Localiza dor  |
| 3 - Palavras inapropriadas                     | 4 - Movimento de retirada                               |
| 2 - Palavras incompreensíveis                  | 3 - Flexão anormal                                      |
| 1 - Nenhuma                                    | 2 - Extensão anormal                                    |
| 1 - Nenhuma                                    |   |

**BEPARTIMENTO DE SINISTROS**  
DAVAT  
CONTIDO NÃO VERIFICADO  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Presidente Vargas, 2000  
Centro - CEP 64001-160

**SINAIS VITAIS**

Tax. 36°C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mrm PA: 120x70 mmHg Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Glicemia: 104 mg/dl

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Oxigênio  Hidratação Venosa

Aspiração  Medicação (especificar) \_\_\_\_\_

Curativo  Outros. \_\_\_\_\_

**EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)**

Hospital Nossa Senhora do Rosário

Dr. Beatriz Souza CRM

MEDICO

CRM-PI 6015

Assinatura e carimbo do Médico





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 648 Da. Otte Fite 1628 - Redenção - Fone: 86 3229 4272  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 65.321.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA** (Frontofacial 984967)  
 Endereço: **RUA QUINTINO BOÇAÚVA, S/N - CRUZEIRO - UNIÃO - PI CEP: 64120-000**  
 Nascimento: **15/02/1977** Idade: **38:10m:27d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **511338**  
 Regulação: **990544** Sollicitação: **12/12/2015** Sollicitante: **FAÉCIO MARCOS DE SOUSA**  
 Controle: **743285** Convênio: **S U S**

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010078

Data Exame: 12/12/2015

### T.C. DE CRANIO

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

### RELATÓRIO:

- 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.

JOÃO ANTÔNIO

TERESINA - PI 12/12/2015



**CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES**

CPF: 326.907.393-34 CRM: 2000  
 Profissional Responsável

Dr. João Antônio  
 Ortopedista e Traumatologista  
 CRM-PI 3107



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otávio Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3279 4972  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.913/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA** (Prontuário: 384167)  
Endereço: **RUA QUINTINO BOCAIUVA, S/N - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000**  
Nascimento: **15/02/1977** Idade: **38a:10m:27d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **511338**  
Requisição: **590544** Solicitação: **12/12/2015** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**  
Controle: **743286** Convênio: **S U S**

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 12/12/2015

## 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.

## RELATÓRIO:

- 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 CALCIFICACÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 12/12/2015

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

### Especialista Responsável



A hand-drawn diagram of a spiral galaxy. The galaxy has a central oval nucleus and two distinct spiral arms that curve outwards. The spiral arms are labeled with the name 'Wendy' in a cursive script. The drawing is done with black ink on a white background.



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção Fone: 66 3229 4879  
TERESINA-PI CEP: 64217-700 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA** (Prontuário: **384167**)

Endereço: RUA QUINTINO BOCAIUVA, S/N - CRUZEIRO - UNIÃO - PI CEP: 64120-000

Nascimento: 16/02/1977 Idade: 38a:11m.0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 511338

Requisição: 590664 Solicitação: 13/12/2015 Solicitante: MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA

Controle: 743438 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 13/12/2015

### 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.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(ANTONIO

TERESINA - PI 15/01/2016

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133 903 173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Olíco Tito 1320 - Redenção - Fone: 86 3259 4812  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0012-02

Page: 1 of 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAJIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA** (Prontuário: 384167)  
Endereço: RUA QUINTINO BOCAIUVA, S/N - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000  
Nascimento: 15/02/1977 Idade: 38a:11m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 511338  
Requisição: 590664 Solicitação: 13/12/2015 Solicitante: MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA  
Controle: 743439 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 13/12/2015

#### 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.

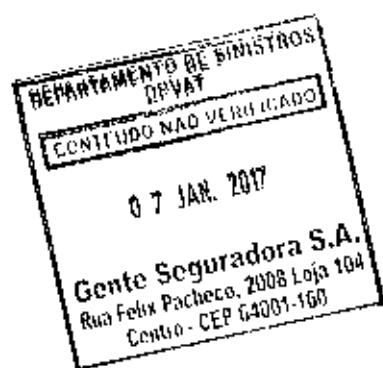
(ANTONIO

TERESINA - PI 15/01/2016

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Especialista Responsável



Wanderley  
Gente Seguradora S.A.  
Centro - CEP 64001-160



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3229 4572  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA** (Prontuário: **384167**)

Endereço: **RUA QUINTINO BOCAIUVA, S/N - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000**

Nascimento: **15/02/1977** Idade: **38a:11m:46** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **511338**

Requisição: **590664** Solicitação: **13/12/2015** Solicitante: **MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA**

Controle: **743440** Convênio: **SUS**

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204060095**

Data Exame: **13/12/2015**

#### BACIA

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.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/01/2016

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903 173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



*Assinatura de Carlos Augusto Moura*



Rua Arlindo Nogueira, 454 - Centro - Teresina/PI  
(86) 3222-9410

**RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA**

### **RELATÓRIO MÉDICO**

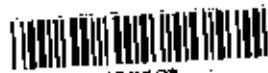
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA, PORTADOR DE RG N° 4.098.282 SSP-PI, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO NO DIA 12/12/15 "SIC" COM TRAUMATISMO CRÂNIO-FACIAL GRAU MÉDIO, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO. DATA DA ALTA MÉDICA 10/05/16. APRESENTA-SE COM ASSIMETRIA FACIAL, DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL EM 50% E DIMINUIÇÃO DA CAPACIDADE COGNITIVA EM GRAU LEVE.

Teresina, 20/12/2016

Dr. LUCAS LOPES REIS  
MÉDICO DO TRABALHO - CRM 3932

Dr. Lucas Lopes  
Médico do Trabalho  
CRM-PI 3932





Decretaria Federal 88/88/445112

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 4.098.282 DATA DE  
EXPEDIÇÃO 07/08/14

NOME RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

RELAÇÃO

JOSEFA PATRÍCIA DOS SANTOS SILVA  
ANTONIO PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE

UNIÃO-PI

DOC-ORIGEM

CERT. NASC. 23996-L A77 F 492V

EXP. UNIÃO-PI 01/12/95

Pedro Gomes de Moraes  
Pedro Gomes de Moraes  
Teresina, PI

Assinatura do Diretor

DATA DE NASCIMENTO  
15/02/1977

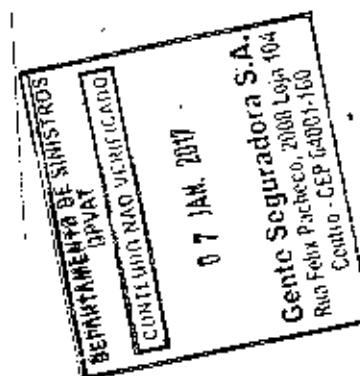
LEI N° 7.110 DE 26/06/83 - DECRETO N° 88.250/83

as 10:52:18 do dia 25/02/2018 (hora a data de Brasília)  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
Comprovar este documento pelo

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

A autenticidade desse comprovante deve ser comprovada na internet, no endereço  
www.receita.fazenda.gov.br

CED-AAA1.9ET2B28C  
CÓDIGO DE CONTROLE



VALIDO SOMENTE COM COMPROMISSO DE IDENTIFICAÇÃO

15/02/1977  
Nascimento

RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

079.039.543-69  
Número

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Receita Federal  
Gabinete de Passos Fiscais

MINISTÉRIO DA FAZENDA

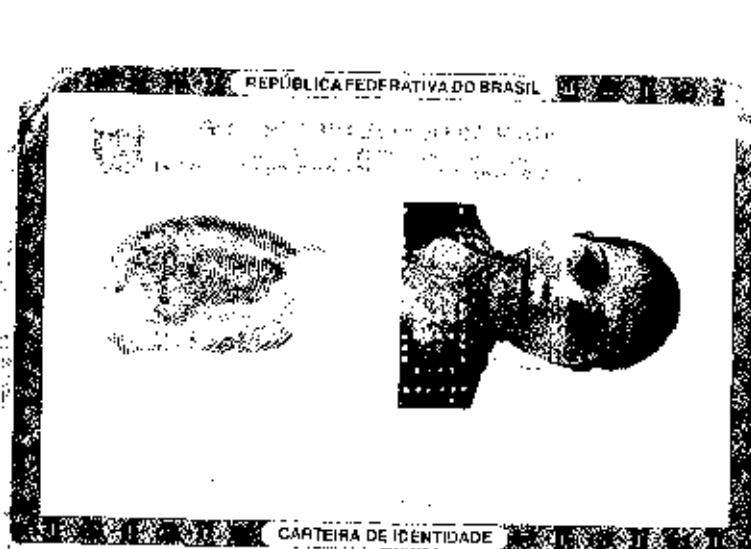
INSTITUTO DE TECNOLOGIA - INSTITUTO  
DE INVESTIGAÇÃO DA POLÍTICA  
ESTADUAL DO PIAUÍ

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

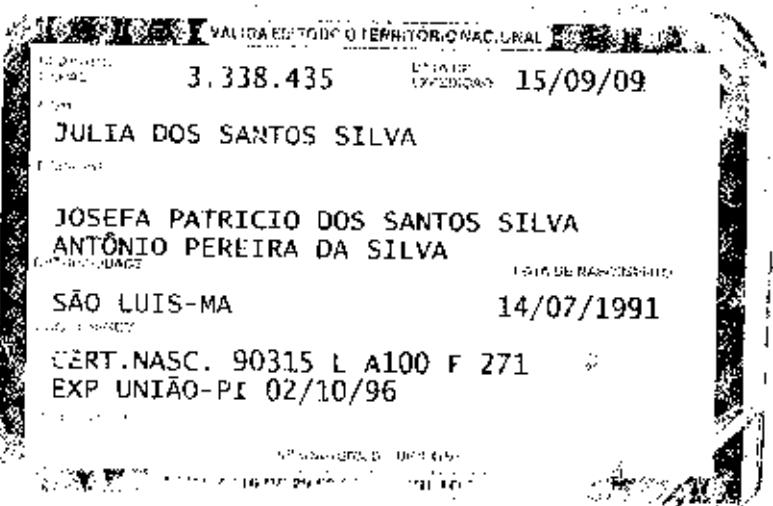
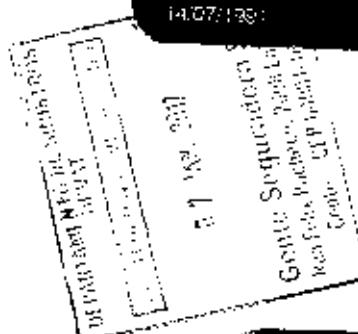
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO DA POLÍTICA  
ESTADUAL DO PIAUÍ

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Documentos





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

CENTRE

1996-2000 年度、2001-2005 年度

1.0000000000000000

卷之三

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA** Sinistro: **3170027703** Data: **12/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA QUINTINO BOCAIUVA, 780, 2060 - URBANO - PI - CEP 64120-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ SSP /PI] 4098282**

Data local do exame: **[ 13/02/2017 ] Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fratura exposta do osso frontal, sem alterações na marcha e arco de movimentos dos mmii e mmss, sem alterações no exame físico, refere cefaleia esporádica e vista turva (sic)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

(  ) Total = "100% da IS"

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

**LAUDO DE TOMOGRAFIA: EXAME NORMAL. SEM FRATURAS !!**



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170027703      **Cidade:** União      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 12/12/2015      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/01/2017

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO-FACIAL

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

Observações:

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º<br>§ 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:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170027703      **Cidade:** União      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 12/12/2015      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do osso frontal

**Descrição do exame** Sem alterações na marcha e arco de movimentos dos MMSS e MMII, sem alterações no exame físico.  
**médico pericial:** Refere cefaleia esporádica e vista turva (sic)

**Resultados terapêuticos:** Tratamento: sutura simples.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 13/02/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** LAUDO DE TOMOGRAFIA: EXAME NORMAL. SEM FRATURAS !!

Nota do revisor: ratificamos a conclusão do examinador.

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho

**CRM do médico:** 4369

**UF do CRM do médico:** PI

## 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

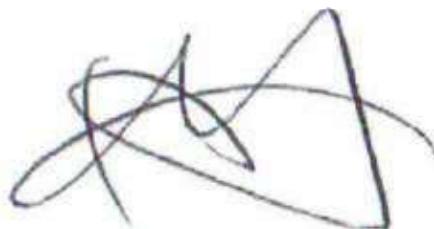
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**





COMARCA DE UNIÃO  
 CARTÓRIO DE NOTAS QUARESMA  
 MARIA DELINA PINHEIRO DO NASCIMENTO  
 Tabeliã Pública  
 LUCIA DELINA PINHEIRO DO NASCIMENTO  
 Tabeliã Pública  
 Fone/Fax: 3265-3265

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

Lucinete Oliveira Vieira

*Escrevente*

**FLS. 144 LIVRO nº 117 PROCURAÇÃO**

Procuração bastante que faz em Notas: **RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA**.

**SAIBAM** quantos este público instrumento de procuração virem que aos Vinte e Dois dias do mês de Dezembro do ano dois mil e dezesseis nesta cidade e comarca de União, Estado do Piauí, em meu Cartório, à rua Anfrísio Lobão - centro em União-Piauí. Perante mim, Tabeliã, compareceu como Outorgante Constituinte: **RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA**, Brasileiro, Solteiro, Pedreiro, Portador do RG nº 4.098.282/PI e do CPF nº 079.039.543-69, residente e domiciliado à Rua Quintino Bocaiúva, 780, Bairro Cruzeiro, União, Estado do Piauí, o presente identificado por mim Escrivã, pelos documentos apresentados. Então, pelos outorgantes me foi dito que por este público instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui seu bastante Procurador(a): **JULIA DOS SANTOS SILVA**, Brasileira, Solteira, Lavradora, Portadora do RG nº 3.338.435/PI e do CPF nº 055.906 093-99, residente e domiciliada à Rua Quintino Bocaiúva, 780, Bairro Cruzeiro, União - PI, a quem confere poderes especiais para assinar formulários para recebimento do Seguro DPVAT Seguradora Lider, a quem tem direito o Outorgante Constituinte, podendo requerer, dar entrada e acompanhar processos, requerer benefícios, receber, assinar termos, contratos, declarações, termos ou quaisquer outros documentos necessário para recebimento do referido benefício, onde a outorgada declara sob a pena da lei que o veículo abaixo mencionado é de sua propriedade, que na data do acidente ocorrido com o outorgante (vítima), cujo condutor era vítima, Veículo: Marca / Modelo HONDA / POP 100, CHASSI 9C2HB0210FR018598, Renavam 01041550208, Placa PIC - 7372, Cor Preta, Ano - 2015, com data do acidente ocorrido em 12/12/2015, que a vítima era o outorgante, assinar termos de quitação, representá-lo inclusive junto a quaisquer Repartições Públicas, Federais, Estaduais, Municipais ou Autarquias em geral, inclusive junto ao **BANCO DO BRASIL**, agencia 0243-7, nesta cidade, podendo abrir e movimentar conta poupança ou corrente, abrir e movimentar conta, junto a qualquer agencia bancária, sacar, fazer transferências, requerer saldos, extratos, ou quaisquer outros, atualizar cadastros, resolver todo e quaisquer assuntos referente ao referido Seguro, assinar quaisquer documentos que necessário for, enfim praticar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato, a que tudo feito dará por bom, firme e válido. Assim o disse, do que dou fé. Pediu-me, lavrei a presente Procuração, a qual depois de feita e lida em voz alta e clara outorgou, aceitou e assina. Eu, Maria Delina Pinheiro do Nascimento, Escrivã do 2º Ofício, dispensadas as testemunhas instrumentárias de acordo com o Art.134 § 5º Do código civil Brasileiro, com redação na Lei nº6952/81. Eu *Maria Delina Pinheiro do Nascimento* Pública do 2º Ofício, a digitei e assino em público e raso.

|                                  |
|----------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS        |
| DPVAT                            |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO          |
| 07 JAN. 2017                     |
| Gente Seguradora S.A.            |
| Rua Felix Pachecu, 2000 Loja 104 |
| Centro - CEP 64901-100           |

União-PI, 22 de Dezembro de 2016

Em test. *Maria Delina Pinheiro do Nascimento* da verdade

Maria Delina Pinheiro do Nascimento  
Tabeliã

COMARCA

CARTÓRIO

SEGURO

MARIA DELINA PINHEIRO

Tabeliã Pública

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA

Escrivã

Fone/Fax: 3265-3265



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10393721

A/C: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170027703 ASL-0009514/17

**Vitima:** RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

**Data Acidente:** 12/12/2015

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** JULIA DOS SANTOS SILVA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10411252

A/C: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

**Sinistro:** 3170027703 ASL-0009514/17  
**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA  
**Data Acidente:** 12/12/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JULIA DOS SANTOS SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2017

Carta n°: 10516214

A/C: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

**Sinistro:** 3170027703 ASL-0009514/17  
**Vitima:** RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA  
**Data Acidente:** 12/12/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JULIA DOS SANTOS SILVA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Formato de apresentação de XML

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

PORTADOR(A) DO RG N° 4.098.282

EXPEDIDO POR 558-PI

EM 07 / 08 / 14 E

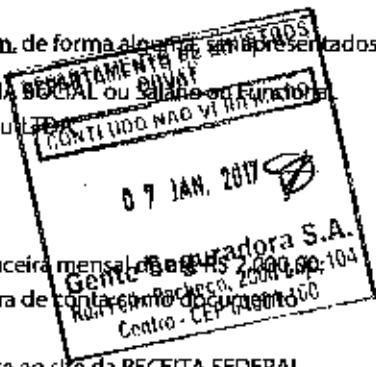
CPF (04)90039593-69 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO RECLUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECLUSO (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fala de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou SINE ou Função Pública;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou CNPJ (não é só para empresas de menor porte);
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta, comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0843-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27.307-4

**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)**

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0843-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27.307-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Varas, 15 de 23 de Dezembro de 2016 +Julia dos Santos Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à Legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

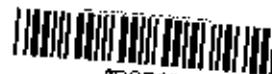
05/01/2017 BANCO DO BRASIL 11:37:49  
024311456 0139  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM POUPANÇA  
EM DINHEIRO

CLIENTE: RAIMUNDO, N. SANTOS, SILVA  
AGÊNCIA: 0243-7 CONTA: 27.307-4 VAR: 51  
DATA 05/01/2017  
NR. DOCUMENTO 2.431.145.600.139  
VALOR DINHEIRO 0,50  
VALOR TOTAL 0,50  
NR. AUTENTICADA 8.986.530.286.418.078

Créditos a partir de 04/05/2012 estão  
disciplinados pela Lei 12.703.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,  
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.





329585

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 107500.001948/2016-00

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Alberto Alves De Sales

Data/Hora: 01/12/2016 - 13:29

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

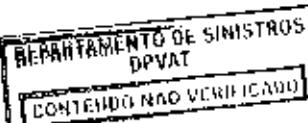
ANEL VIÁRIO DE UNIÃO, Nº:

Complemento

PRÓXIMO AO CEMITÉRIO DAS AREIAS

Bairro  
CRUZEIRO

Ponto de Referência



Gente Seguradora S.A.

Rua Félix Pacheco, 2908 Loja 101  
Centro - CEP 64001-100

Tipo Envio: V TIMA/NET/NET

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA

Mãe: JOSEFA PATRÍCIO DOS SANTOS SILVA

Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA QUINTINO BOCAILVA, Nº 789

Bairro: CRUZEIRO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9582-6603

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE NO DIA, LOCAL E HORA ACIMA MENCIONADOS, O NOTICIANTE CONDUZIA A MOTOCICLETA MARCA:HONDA POP 100, COR PRETA, ANO 2015/2015, PLACA: PIC-7372 UNIÃO-PI, CHASSI N° 9C2HB0210FR018598, RENAVAM N° 01041550208, DE PROPRIEDADE DA SENHA JULIA DOS SANTOS SILVA, QUANDO ATROPELOU UM ANIMAL SUÍNO (PORCO), VINDO A CAIR E FRATURAR O OSSO FRONTAL, CONFORME DIAGNÓSTICO MÉDICO: QUE FORAM TESTEMUNHAS RICARDO LOURENÇO DA SILVA E RILDO LOPES DA CUNHA, TODOS RESIDENTES NESTA CIDADE, NO BAIRRO SÃO FRANCISCO. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Alberto Alves De Sales - Mat. 0381497  
AGENTE DE POLÍCIA



RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Ferdinando Martins Araújo  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 7056447  
Delegado de Polícia

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

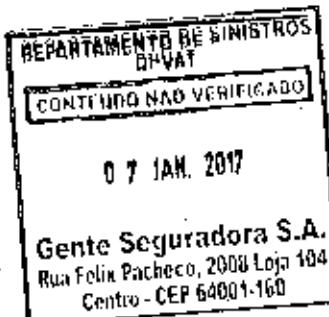


Eu, RATMUNTO NONATO DOS SANTOS SILVA, portador da carteira de identidade nº 4.098.282 e inscrito no CPF/MF sob o nº 079.039.643-69, residente e domiciliado na R. ALVINO BOCAVIA, Cidade VINHÃ, Estado PIAUI, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Julin dos Santos Silva  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Uruçó - PI 07/12/2016

Local e data

#NEURO

SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:



0005\*

Identificado

Data: 12/12/2015 20:55:47

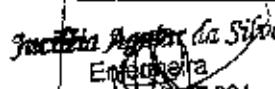
Estado: CIRÚRGICO  
 Data: 12/12/2015

|  |                               |                                     |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nome: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA   |                               | Frontuário: 384167                  |
| Mãe: JOSEFA PATRÍCIA DOS SANTOS SILVA  | Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA |                                     |
| End. Resid.: RUA QUINTINO BOCAIÚVA, S/N - CRUZERIO - UNTAO - PI - CEP: 64120-000 |                               |                                     |
| Nascimento: 15/02/1977   | Idade: 38a:10m:27d            | Sexo: Masculino Fone: 66- 3265-1116 |
| Responsável: JOSE ANTONIO SOARES ALVES   | CNS: 203514523970008          |                                     |
| Profissão: PEDREIRO  | Documento: CPF:               |                                     |
| G. Instrução: Não informado  | E. Civil: Solteiro(a)         |                                     |
| End. Local.: - - -   |                               |                                     |

DADOS DO ATENDIMENTO:

|   |                           |  |
|---|---------------------------|--|
| Código: 511338  | Data: 12/12/2015 20:55:47 | Condução: PRESTANCIAS INTRAMURAL DO INTERIOR |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                           | Convênio: S U S                              |
| Acid. Trab.: Não  | Acid. Trajeto: Não        | Acid. Trab. Típico: Não                      |
|   |                           | CID Secundário: V299                         |

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|  |   |   |                        |
|--|---|---|------------------------|
| Sinal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO   | Evento Principal: Mecanismo de trauma significativo | Destino: SAÍDA DE TRAUMA  | Classificação: Laranja |
| Breve História: FATO DE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, NA CID. ASSESSORIA MÉDICA D'ESTA ENFERMAGEM, CRUZERIO, UNTAO-PI. |   | <br>Dr. Anderson da Silva<br>Enfermagem<br>COREN-PI 7.834 |                        |
| Ass. Profissional Acolhimento:   |   |   |                        |

DADOS CLÍNICOS: (Hora: : )

Paciente vítima de queda da própria altura há 02 horas, com trauma craniano, lacrando língua com sangramento ativo na testa. Sangramento de couro cabeludo: Glagam 15 pulsos irregulares, palidez ativa, sinal de Guarnini presente. AC e AP patológicas, aldeanam intacta. Paciente descoligada.

|  |           |  |             |
|--|-----------|--|-------------|
| PA: _____ X: _____ mmHg                                | P脉: _____ | FC: _____ bat/min                      | Temp: _____ |
| CONDUÇÃO: _____  |           | BEM-PARTEMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT   |             |
| CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:<br>- Rx: _____ |           | CONTROLE NÃO VERIFICADO<br>07 JAN 2017 |             |
| MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:                           |           | Assinatura do Responsável              |             |
| DATA: / / HORA: :                                      |           | Procedimento                           | CID         |

Gente Seguradora S.A.  
 Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104  
 Centro - CEP 64001-100

Assinatura do Responsável

Assinatura do Profissional Médico

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SILVA,

RG nº 4.092-282, data de expedição 07/08/14, Órgão SSP-PI,

CPF nº 079.039.543-69, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>R. JUVENTINO BOCAJUNA</u> |
| Número                            | <u>780</u>                   |
| Apto / Complemento                | <u>11-11</u>                 |
| Bairro                            | <u>B. URBANO</u>             |
| Cidade                            | <u>UNIÃO</u>                 |
| Estado                            | <u>PIAUI</u>                 |
| CEP                               | <u>64.120-000</u>            |
| Telefone de Contato               | <u>(086) 9.95524450</u>      |
| E-mail                            | <u>11-11</u>                 |



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: União - PI 23/12/2016

Assinatura do Declarante: Julia dos Santos Silva

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0176284-2

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Manoel Reis, 50 - Centro Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 00.188.000/0001-38 | Fone: (86) 3243-1000  
Nº da Fatura: Conta de Energia Elétrica - 50108-01  
Regime Especial de Imprensa: autorizado pela SRT/PI 04/95

Nº da Nota Fiscal: 000373099

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE/PI é criada  
pela Lei nº 10.438 de 16 de outubro de 2002.

REGIME ESPECIAL DE IMPRENSA - TOTAL A PAGAR R\$ 57,73

DEZEMBRO/2016 19/12/2016 7 57,73

JOSEFA PATRICIO DOS SANTOS  
R. QUINTINO BOCAIUVA 780 2060 B-URBANO  
CPF: 00069747873320  
CEP: 64.120-200 - UNIÃO

ROT: 107.070.07.09.552400

|                              |            |                      |            |
|------------------------------|------------|----------------------|------------|
| DATA DE REFERÊNCIA           | 26/11/2016 | DATA DE EMISSÃO      | 12/12/2016 |
| Atual:                       | 2566       | Último:              | 10/11/2016 |
| Saldo:                       | 1.000      | Próximo Faturamento: | 11/01/2017 |
| Correção de reajuste (apto): | 77         | Próximo Faturamento: | 12/12/2016 |
| Consumo Médio:               | 77         | Emissão:             | 12/12/2016 |
| Consumo Faturado:            |            | Apresentação:        | 12/12/2016 |

INFORMAÇÕES DA UNIDADE DE CONSUMO

| Classificação | Leiaute | Número Matriz | Plata | Corpo Pla. | Mês de 11 meses |
|---------------|---------|---------------|-------|------------|-----------------|
| RESIDENCIAL   | MONO    | 1A33G20524    | 11    | 11         | 75              |

|                     |          |                                   |
|---------------------|----------|-----------------------------------|
| PERÍODO             | CONSUMO  | VALOR                             |
| NOV/16              | 97       | CONTR. ILUMINACAO PUBL. (COSIP)   |
| OUT/16              | 77       | CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)      |
| SET/16              | 140      | MULTA POR ATRASO (2X)             |
| AGO/16              | 69       | JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER    |
| JUL/16              | 62       | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,71 |
| JUN/16              | 71       |                                   |
| MAI/16              | 61       |                                   |
| ABR/16              | 63       |                                   |
| MAR/16              | 67       |                                   |
| FEV/16              | 56       |                                   |
| TARIFA SEM TRIBUTO: |          |                                   |
|                     | 69,44    |                                   |
|                     | 0,451475 |                                   |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTIDO NÃO VERIFICADO

07 JAN. 2017

Gente Seguradora S.A.  
Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

MES/AÑO: 11/2016 Valor: R\$ 69,44  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: A fatura considera sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 11/12/2016, em função das contas regulares de fatura (até 10 dias) e consumo (até 10 dias) que devem ser pagas no prazo de 10 dias. O consumo é calculado com base no consumo médio de 77,00. O valor histórico é de 69,44. O imposto (IPI) é de 0,451475.

A CORRIGINDO O SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDO EM Sua Fatura Pode Ser  
CART. CASO DEVER TEMPO SEM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO: EXAR/2016  
RESERVISTA: COMPRA O SEU DEVER APRESENTADO-SE DE 08/09 A 16/12/2016  
LIGUE 0800 046 0800 E FAÇA AOPÇÃO VENCIMENTO: 15 16 17 18 19 20 21

RESERVADO AO FISCO 8085.800.5877.0019.5882.2019.1/88

| VALOR DE COMPRA/CREDEIRIA/DESCRIÇÃO | VALOR DE PAGAMENTOS/DEBITOS/DESCRIÇÃO |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 12,63                               | Base de Cálculo: 46,56                |
| Descrição: 15,47                    | Aliquota IPI/IS: 20,00%               |
| Impostos: 1,66                      | Aliquota ICMS: 9,31                   |
| Impostos: 4,81                      | Valor do ICMS: 0,44                   |
| Encargos: 11,79                     | Valor do PIS: 2,04                    |
| IBUTOS:                             | Valor do COFINS: 0,00                 |

7,66 15,32 30,65 3,73 7,47 14,95 4,31 0,00 0,00 10/2016 18,58

UNIÃO  
ROT: 107.070.07.09.552400

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Manoel Reis, 50 - Centro Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 00.188.000/0001-38 | Fone: (86) 3243-1000

SEU CÓDIGO  
0176284-2

TOTAL A PAGAR - R\$ 57,73

MÊS FATURADO  
12/2016

VENCIMENTO  
19/12/2016

Nº da Nota Fiscal: 000373099 FCAM

83690000000 6 57730017000 5 000000000176 8 28421216006 9.

