

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Outros

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190343531

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ



11 JUL 2019

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder DPV/

Senhor(a), JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175998/19

Número do Sinistro: 3190343531

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 801.830.003-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2018

Titular do CPF: JAILSON DOS SANTOS
ARAUJO

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019
Nome: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 801.830.003-82

JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

DESTINATÁRIO:
LIDER DPVAT
5, R. da Assembléia, 100 - 16º andar -
Centro, RIO DE JANEIRO-RJ
CEP: 20011-904



Correios		REGISTRADO URGENTE registered priority	PESO (kg) weight 40,25
Recobrador			☒ AR ☐ MP
Assinatura	Doc.		
JU 73802741 8 BR			

REMETENTE:
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
R. JOSÉ MESSIAS, SN
CENTRO, ELISEU MARTINS -PI
CEP: 64880-000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190343531 **Cidade:** Eliseu Martins **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO. (P9)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P10 P11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190343531 **Cidade:** Eliseu Martins **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO. (P9)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P10 P11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

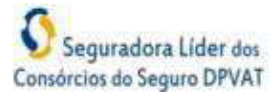
Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175998/19

Número do Sinistro: 3190343531

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 801.830.003-82

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 22/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019
Nome: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 801.830.003-82

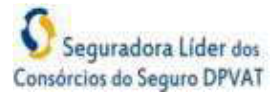
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175998/19

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 801.830.003-82

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 22/09/2018

Titular do CPF: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JAILSON DOS SANTOS ARAUJO : 801.830.003-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/05/2019
Nome: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 801.830.003-82

JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190343531

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190343531

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190343531

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JAILSON DOS SANTOS ARAUJO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000005794-0**

Conta: **000000723267-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 801830003-82 CPF da vítima: 801830003-82 Nome completo da vítima: Faílson dos Santos Araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Faílson dos Santos Araujo CPF: 801830003-82

Profissão: Autônomo Endereço: Rua José Messias Número: 514 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: Eliseu Martins Estado: PI CEP: 64.880-000

E-mail: failsonaraujo@hotmail.com Tel.(DDD): 89994.197588

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco Autorização de pagamento

AGÊNCIA: 0000 CONTA: 0000

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6794 CONTA: 0723267

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

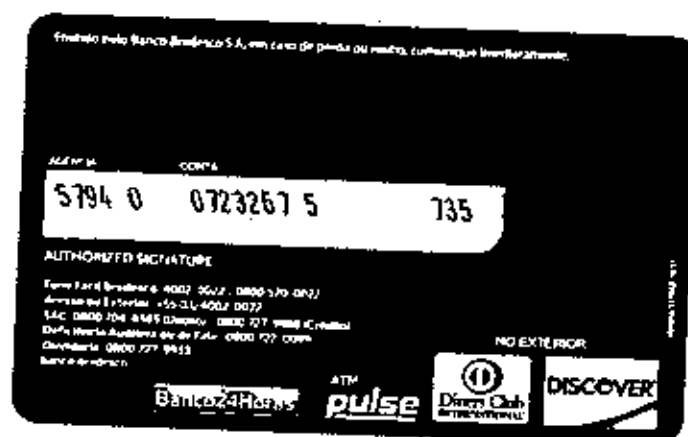
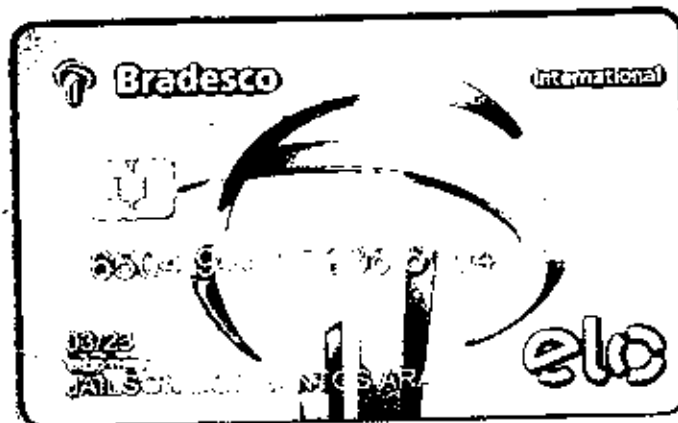
Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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





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

8ª DRPC SÃO RAIMUNDO NONATO
Rua Antonio Carvalho,
s/n - Milonga - Fone: (89) 3582-3426

1239 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 252845.000008/2018-64

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Maxnandro De Sa Santos

Data/Hora: 24/09/2018 - 16:20

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ELISEU MARTINS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELISEU MARTINS

Endereço

LOCALIDADE BURITI, Nº:

Complemento

Boletim de ocorrência



Data/Hora

22/09/2018 - 19:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

RG: 1572457

Mãe: DURVALINA DOS SANTOS ARAUJO

Pai: ALCINO PAZ DE ARAUJO

Endereço: RUA JOSE MISSIAS, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: ELISEU MARTINS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RECEBIDO

15 MAI 2019

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Seguradora Líder DPVAT

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Dano.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - FIAT.

Siena

2008 NHW9765 9BD17206G83441749

967435013

Preta

Condutor: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

RG: 1572457 Órgão: UF RG:

End: RUA JOSE MISSIAS Número: Complemento:

Cidade: ELISEU MARTINS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: ALCINO PAZ DE ARAUJO

End: RUA JOSE MISSIAS Número:

Cidade: ELISEU MARTINS UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE COMPARECEU NESSA DELEGACIA DE POLICIA PARA RELATAR QUE SOFREU UM ACIDENTE NO CARRO ACIMA QUALIFICADO; QUE O FATO SE DEU QUANDO A VITIMA ESTAVA TRAFEGANDO NA CARRO ACIMA QUALIFICADO. SE DESLOCANDO DA LOCALIDADE BURITI INDO EM DIREÇÃO A CIDADE DE ELISEU MARTINS/PI, QUANDO DE REPENTE APARECEU UM ANIMAL, QUE NO MOMENTO EM QUE FOI TIRAR O CARRO DO ANIMAL, PARA NÃO COLIDIR, INSTANTE QUE VINHA UM CAMINHÃO EM SUA DIREÇÃO, QUANDO TIROU DA CAMINHÃO, QUANDO DESCEU A RIBANCEIRA, VINDO A BATER O CARRO EM UMA ARVORE FORA DA PISTA VINDO A DANIFICAR O CARRO. ERA O QUE TINHA PARA RELATAR.

Maxnandro De Sa Santos Mat. 2991462
AGENTE DE POLICIA

Jailson dos Santos Araujo
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

1º Ofício

Reconheço por autenticidade a firma e letra

Eliseu Martins
Alcides

O referido é verdade e dou fé

Eliseu Martins, 21/10/2013

Em Teste Alcides de verdade

Alcides Geminio de Souza
Oficial

1º Ofício

Poder Judiciário
Comarca de Eliseu Martins - Piauí

Cartório
Rua Souza

Alcides
Oficial

REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: 119 DATA: 21/11/12

LOCAL DA OCORRÊNCIA: 155

NOME DO PACIENTE: Juliano dos Santos

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 22

SAÍDA DO P.A.: 16:15 CHEGADA AO LOCAL: 16:15

SAÍDA DO LOCAL: 16:15 CHEGADA AO HOSPITAL: 23:25 (MRTA)

SAÍDA DO HOSPITAL: 04:16 CHEGADA PA: 04:16

- 01 - ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02 - ☐ AGRESSÃO FÍSICA
03 - ☐ URGÊNCIA PSQUIÁTRICA
04 - ☐ ENVENENAMENTO
05 - ☐ AFOGADOS
06 - ☐ QUEIMADURAS
07 - ☐ CHOQUE ELÉTRICO

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

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐
RESPONDE A COMANDO ☒
RESPONDER A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☐
CONFUSA ☒
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

FORTE ☒
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐
MÍNIMO ☒
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80
PULSO: 110
RESPIRAÇÃO: 20

LOCAL DA OCORRÊNCIA: 155

PRESCRIÇÃO: 155

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☒ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR
☒ CURATIVOS
☐ IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES

- ☒ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☐ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

☒ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

OBSERVAÇÃO: resposta de batimento cardíaco

HOSPITAL DE DESTINO: Socorro

RESPONSÁVEL PELA RECEPCÃO NO HOSPITAL

DATA: 21/11/12

SOCORRISTA

MOTORISTA

Dr. Daniel de S. Rodrigues

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 022121 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Declaração de Inexistência de IML**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

Wilson dos Santos Araújo8018300003-8222/09/2018**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

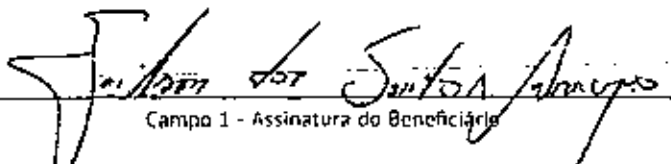
O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Gláucia Martins P.E. 22 de Abril de 2019

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05794-0

CONTA: 000000723267-5

Nr. Autenticação

BRADESCO3107201905000000000023705794000000723267236250 PAGO

Comprovante de residência



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ CNPJ: 06.845.747/0001-27 AV. MAL. CASTELO BRANCO, 301 II - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300		CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 08000 86 8888	
MÊS/ANO : 01/2019		VENCIMENTO : 26/03/2019	
MATRÍCULA : 27024113			
ALCINO PAZ DE ARAÚJO RUA JOSE MESSIAS, NUM. 8/N CENTRO ELIZEU MARTINS PI 54880-000			
INSTRUÇÕES DIS. 001.0212.0232.00			
CATEGORIA REGIDENCIAL		CONDIÇÕES 1	
INSTRUMENTO A12G055478		VOL. FATURADO 10	
DESCRIÇÃO REAL		Nº DA CONTA 78542356	
DT. LEIT. ANTER. 31/01/2019	DT. LEIT. ATUAL 26/02/2019	DIAS CONSUMO 26	LEIT. ANTERIOR 798
LEIT. ATUAL 807		MÉDIA 13	
MÊS/ANO CONE. 02/2019 12	MÊS/ANO CONS. 01/2019 15	MÊS/ANO CONT. 12/2018 14	MÊS/ANO CONS. 11/2018 11
MÊS/ANO CONS. 10/2018 15	MÊS/ANO CONS. 09/2018 12		
DISTRIBUIÇÃO			
TARIFA DE ÁGUA		28,72	
MANUTENÇÃO DE HIDROMETRO 001/001		1,60	
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		2,16	
JUROS DE MORA 001/001		1,18	
DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS		TOTAL A PAGAR(R\$)	
Base de Cálculo: 32,66		32,66	
TR: 1,50	CONFIR: 0,98		
CSLL: 0,35	DIA/PASEP: 0,23		
AVISO DE DÉBITO! CONTRA: 1 VALOR: 43,49 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA RETIRE 1 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR			

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR		
Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/M
Turbidez	0,30	5,0
pH	6,12	S.P.A. 9,5
Cor	4,00	15,0
Cloro	1,50	0,2 a 5,0

Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/M
Flocul		1,5
Ferro	0,00	0,3
Colif. Total	Ausente	0
Colif. Fecal	Ausente	0

REGISTRO-DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: 192 DATA: 11/11/11

LOCAL DA OCORRÊNCIA: 15

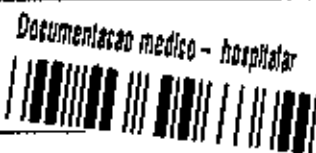
NOME DO PACIENTE: Wilson dos Santos

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 12

SAÍDA DO P.A.: 1 CHEGADA AO LOCAL: 7.7

SAÍDA DO LOCAL: 7 CHEGADA AO HOSPITAL:

SAÍDA DO HOSPITAL: CHEGADA PA:



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

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

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐
 RESPONDE A COMANDO ☐
 RESPONDER A DOR ☐
 SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☒
 DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☐
 CONFUSA ☒
 NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

FORTE ☐
 FRACO ☐
 AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐
 MÍNIMO ☒
 MODERADO ☐
 INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL
 PULSO
 RESPIRAÇÃO

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

PRESCRIÇÃO:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR
☐ CURATIVOS
☐ IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES

- ☒ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☐ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

OBSERVAÇÃO:

HOSPITAL DE DESTINO:

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

DATA: 11/11/11

SOCORRISTA

MOTORISTA

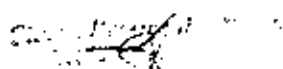
Wilson dos Santos
Elson Martins

TERMO DE TRANSFERÊNCIA

Autorizo a equipe do SAMU 192 de Eliseu Martins, para a transferência do paciente Wagner dos Santos Araújo idade 12 RG nº 1.572.457 para tratamento médico no hospital Regina Tibúcio Nunes no município de Florianópolis, onde assumo a responsabilidade pela estabilização do paciente antes da transferência.

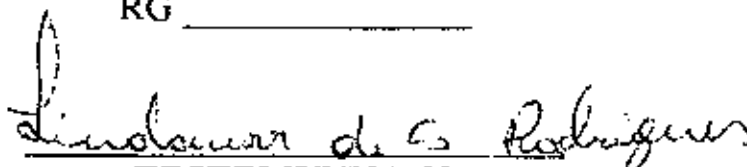
Eliseu Martins 22 de Setembro de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO



TESTEMUNHA 01

RG _____



TESTEMUNHA 02

RG _____

SUS-309.8010.3757.5394

tel - (87) 9463-0086



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE - SESAP

REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Nome Faibson dos Santos Araújo
 DN 14 / 09 / 1976 Sexo M Plano Saúde? SUS
 Endereço Avenida Presidente Médici 03
 Bairro Centro Município Eliseu Martins
 Data 22 / 09 / 18 Hora 23:29 Ass. Func. Aldemir

RG-1.572.453 Exp-13/07/05

Queixa Principal:

Acidente de moto

Exame Clínico:

Exame Complementares:

Diagnóstico Provável

Medicação Prescrita/ Procedimento Realizados:

Alta ☐ Internação ☐ Encaminhado a:

Assinatura Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo Médico

Mônica dos S. Araújo

Capa - 801-830.003-82

RECIBO DE REGISTRO
 HOSPITAL REGIONAL
 DATA 15/10/18
 ASS. FABRICIO

RG-1.572.453 Exp-13/07/05



Hospital Regional Tibério Nunes

TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PRONTO SOCORRO

IDENTIFICAÇÃO:

PACIENTE: Tauren dos Santos Araújo SEXO: M IDADE:
MUNICÍPIO DE ORIGEM: U.F.:

HISTÓRICO - QUEIXA PRINCIPAL/ HISTÓRIA:

Pet zutoma de acidente automobilístico do
tipo colisão traseira direita em MLE.
Suspeito de fratura de fêmur E.

MEDICAÇÃO ATUAL:

Faz uso de Melipencina e ibuprofeno.

ALERGIAS:

Nenhuma

SINAIS E SINTOMAS:

P.A.= mm/hg T= °C GLICEMIA CAPILAR= mg/dl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

- ☐ PRIORIDADE ZERO: EMERGÊNCIA - Casos graves: necessita de atendimento imediato.
- ☒ PRIORIDADE 1: URGÊNCIA - Pacientes que necessitam de atendimento imediato, mais não correm risco de vida.
- ☐ PRIORIDADE 2: PRIORIDADE NÃO URGENTE.
- ☐ PRIORIDADE 3: CONSULTA DE BAIXA COMPLEXIDADE - Atendimento de acordo com o horário de chegada: Casos para atendimento na rede básica de saúde

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

Levar para pronto-socorro

DATA: 22/04/13 HORÁRIO: 23:45

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:



SAMU
192



REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: 1132 DATA: 22/09/18
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: Ba. 135
 NOME DO PACIENTE: Jailson dos Santos Araújo
 SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 42
 SAÍDA DO P.A.: 19:44 CHEGADA AO LOCAL: 19:51
 SAÍDA DO LOCAL: 20:07 CHEGADA AO HOSPITAL: 20:13
 SAÍDA DO HOSPITAL: 20:35 CHEGADA PA: 19:25

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

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

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐
 RESPONDE A COMANDO ☒
 RESPONDER A DOR ☐
 SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☒
 DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☒
 CONFUSA ☐
 NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

FORTE ☒
 FRACO ☐
 AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐
 MÍNIMO ☒
 MODERADO ☐
 INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL 150 x 90
 PULSO 98
 RESPIRAÇÃO 22

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Ba. 135
 PRESCRIÇÃO: cl Amp. Diclofenaco + Oximetazolina 141
cl sem alteração + cl sem rugas

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☒ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR
☒ CURATIVOS
☒ IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES

- ☒ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☐ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

☒ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

OBSERVAÇÃO: Suspeita de fratura no fêmur E.

HOSPITAL DE DESTINO: Hosp. da Regional Taboão das Marés

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL

SOCORRISTA

DATA: 1/1/1

MOTORISTA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES/ FLORIANO-PI
RUA GABRIEL FERREIRA S/N- BAIRRO MANGUINHA FLORIANO - PI

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU monica dos Santos Araújo
RESIDENTE _____ E _____ DOMICILIADO _____ A _____
RUA _____ IDENTIDADE _____
Nº _____ RESPONSÁVEL _____ PELO _____ PACIENTE _____
Joilson dos Santos Araújo ABAIXO ASSINADO DECLARO:

() AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA. APÓS SER INFORMADO SOBRE A NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO. BENEFÍCIOS E POSSÍVEIS RISCOS.

() AUTORIZO EM CASO DE INDICAÇÃO MÉDICA. A AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S) DO PACIENTE. ASSIM COMO A DESTINAÇÃO FINAL DO MEMBRO AMPUTADO SOB A RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL. MEMBRO _____

() NÃO ACEITO A REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO. ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELO MEU ATO E ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.

() NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL. MESMO ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO.

() NÃO AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR MESMO COM DETERMINAÇÃO/ ENCAMINHAMENTO MÉDICO E CIENTE DOS RISCOS QUE PODEM COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE COM ESTE ATO.

(X) ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE. PARA RETIRAR O PACIENTE ANTES DA ALTA HOSPITALAR. MESMO SABENDO QUE O MEU ATO PODE COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE.

() AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA _____ ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.

PACIENTE: _____

RESPONSÁVEL: Monica dos Santos Araújo

TESTEMUNHA: _____

FLORIANO. 23 DE setembro DE 20 18

Vinísson A. S. Cipriano
Enfermeira
COREN: 474.845

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional "Tibério Nunes"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

SUSSistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146**Identificação do Paciente**5 - NOME DO PACIENTE
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS
709601037575394
10 - NOME DA MÃE
DURVALINAGALVAO DOS SANTOS ARAUJO
12 - ENDEREÇO
PRESIDENTE MEDICI, 3 - CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ELISEU MARTINS6 - Nº DO PRONTUÁRIO
179414
8 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem ☐ 2
11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9463-0086
14 - COD. 1990, MUNICÍPIO
2203502
15 - UF
PI
16 - CEP
64860-000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO****17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS***Paralisação da
atividade geral
falta de apetite***18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO***Doença de***19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)***Doença de***20 - DIAGNÓSTICO INICIAL**

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

*Doença de S723***PROCEDIMENTO SOLICITADO****24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO****25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**26 - CLÍNICA
ORTE MEDIA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
29 - ENDEREÇO PARA ENVIAR O LAUDO30 - DOCUMENTO
31 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REG. Nº 7348**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)****36 - CATEGORIA DA SEGURADORA****37 - Nº DO BILHETE****38 - SÉRIE**39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
40 - ACIDENTE TRAB. TIPO
41 - ACIDENTE TRAB. TRAFIC**42 - CNES EMPRESA****43 - CNES EMPRESA****44 - GRUPO****45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA**

46 - EMPREGADO 47 - RENTISTAS 48 - FÓRMICA 49 - DESPREVIDADO 50 - APOSENTADO 51 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE43 - COD. DE EMISSÃO
44 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
45 - CNES (X) CPF
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

48 - Nº DO REG. Nº 7348

49 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - CNES (X) CPF 51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REG. Nº 7348

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNACÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TRÉBEO NUNES
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TRÉBEO NUNES

2 - CNES
236514E
4 - CNES
236514E

Identificação do Fornecedor

6 - NOME DO PACIENTE
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CN
709804037575394
11 - NOME DA MÃE
CURVALINA GALVÃO DOS SANTOS ARAUJO
12 - ENDEREÇO
PRESIDENTE MEDICI, 3 - CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE FUNDADA
E. JOSE L. MARTINS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO.
179414

14-00000

9 - SEXO
Masculino X 1 Feminino 2
11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9463-0000

44.000 - SE, MUNICIPIO
4793882

15 - UF 16 - CEP
PI 64880-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

* PACIFIC STATES = 54.7% (1950-1955)

Paraphrase of the
original in English
written in French

14. CONDICIONES QUE PUEDE OBLIGAR A TERMINAR:

Joseph Allen

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTS OF CLINICAL TESTS)

John A. ...

2 - U.S. NO. 2710 170 15.

22. CL SECUNDARIO 23. CAUSAS ASSOC

PROFESSORATO SOLICITANDO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

2 - C. NCA
COSTA RICA

ה'תשנ"ח

11. IF OCCUPATION IS PROFESSIONAL SOLICITANTS

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
GONÇALVES PEREIRA DE OLIVEIRA

2 - DATA SQ. CMTA/O
2017.00.1

32 - ASS. E CARRIBO (CARRIBO) - 1974

~~PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)~~

30. $\frac{1}{2} \pi$ 31. $\frac{1}{2} \pi$ 32. $\frac{1}{2} \pi$

37 - Nº DO BILHETE

33-1 ACIDENTE DE TRANSITO
34-1 ACIDENTE TRAB TIPO
35-1 ACIDENTE TRAB TRAJETO

59 - CNPQ EMPRESAS

40 - CNAE EMPRESA 4 - CENSO

CE VINCULO CONFIRMA FRECUENCIA

EMPREGADO	EMPRESA	CÓDIGO	VALOR TOTAL	APORTE DO	☐ NÃO SEGURO
-----------	---------	--------	-------------	-----------	-------------------------------------

AUTORIZAÇÃO

6. MOVE DRINK SECTIONS TO FRONT OF BAR

[illegible]

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO 405P

3. FOC DE MÓDULO ANDRÓIDE

id24239095f

UNCLAS JMW VTO

495 181035 179 377 155.87

0-0043708-2



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

LAUDO RADIOLOGICO

NOME: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

RX: COXA ESQUERDA

MÉDICO: DR. MILTON BATISTA

DATA: 23/09/2018

CONCLUSÃO:

CONTROLE DE OSTEOSINTESE DE FRATURA DO FEMUR ESQ
PRESENÇA DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS

Dr. Carlos Augusto Moura Fê
CRM 1341
Radiologista

Data ____/____/____

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**

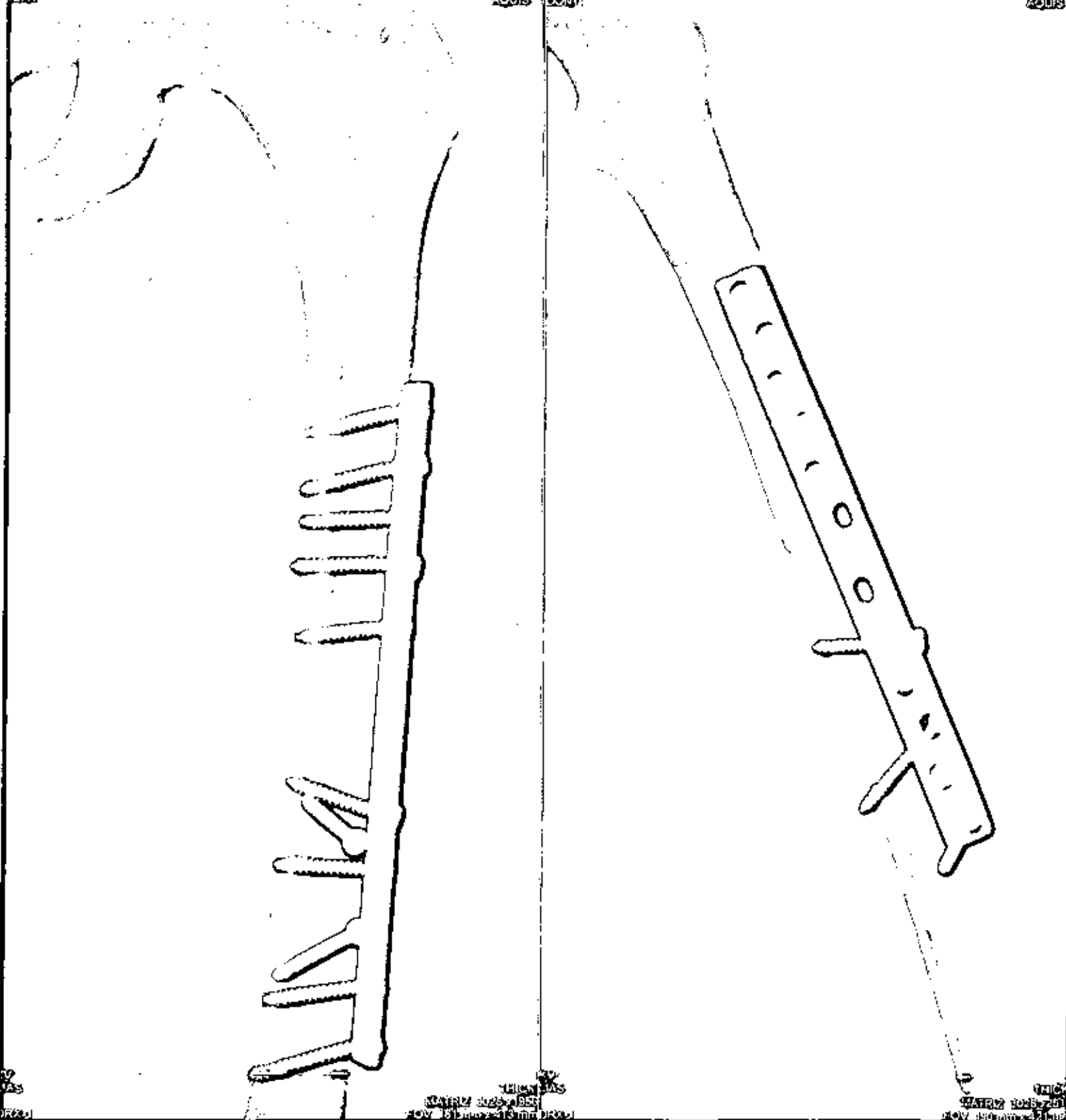


Paciente: 275144 JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

STO CENTROS ORTOPEDICOS TERESINA LTDA
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
275144
DATA 2019-09-04
ORIT

WV 4096 204
ZOOM 150 254
NO IMGS 10
MG ATUAL 10
AQUIS 2019

SERVER
WV 4096 204
ZOOM 150 254
NO IMGS 10
MG ATUAL 10
AQUIS 2019





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

***** LAUDO RADIOLÓGICO *****

No. Atend: 272819 Data: 23/09/2018

Paciente: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Solicitante: DR JOSE DE SAMPAIO

Convênio: PARTICULAR

Exame: 0249-RX COXA ESQUERDA

CONCLUSÃO:

**FRATURA FRAGMENTADA RECENTE DESALINHADA NA DIAFISE DO FEMUR
TALA GESSADA**

Teresina(PI), 30 de Outubro de 2018

Data / /


Dr. Carlos Augusto Moura Fê
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada**



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: 272619 JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

SERIE

COT CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
Jailson dos Santos Araújo
Nº: 272619
DATA 20180923
CONT

W.L. 4096 2043
ZOOM: 189.86
NO.IMGST: 0
15.6 ATUAL
AQUIS: CONT

COT CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
Jailson dos Santos Araújo
Nº: 272619
DATA 20180923
CONT

W.L. 4096 2043
ZOOM: 189.86
NO.IMGST: 0
15.6 ATUAL
AQUIS: CONT

AV.
MAS
NRX-1

TMOR MAS
MATRIZ 3028 x 2517
FOV: 184 mm x 421 mm

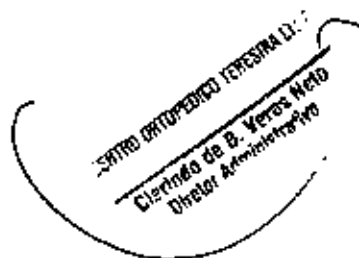
AV.
MAS
NRX-1

MATRIZ 3028 x 2517
FOV: 184 mm x 449 mm

Paciente: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
End. R STA ISABEL 654 Bairro PRIMAVERA Cid. TERESINA UF PI CEP Fone 89 99400 2022 Ident.: Fone 1 572 457 pl

Data: 23/09/2018 16:19 DR JOSE DE SAMPAIO * URGÊNCIA PARTICULAR
NO. ATEND. 272819 URGENCIA / CARTAO

paciente refere ter sido vítima de acidente de trânsito ontem,
apresenta fratura fechada da diáfise do fêmur esquerdo, em
uso de tala pelviconaleolar;
ef - escoriações em hemifaca esq, glasgow 15,
frankel E;
ME - edema +/3, nv +, com deformidade;
rx - fratura diáfise do fêmur esq
nega alergias
cd- internacao
pré-op





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

LAUDO RADIOLOGICO

NOME: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

RX: COXA ESQUERDA

MÉDICO: DR. MILTON BATISTA

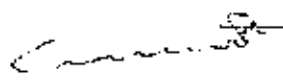
DATA: 24/09/2018

CONCLUSÃO:

FRATURA COMINUTIVA COM BOM ALINHAMENTO DE FRAGMENTOS NA DIAFISE DO FEMUR ESQ.

PRESENÇA DE PLACA E PARAFUSOS METALICOS

Data ____/____/____


Dr. Carlos Augusto Moura Fê
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada

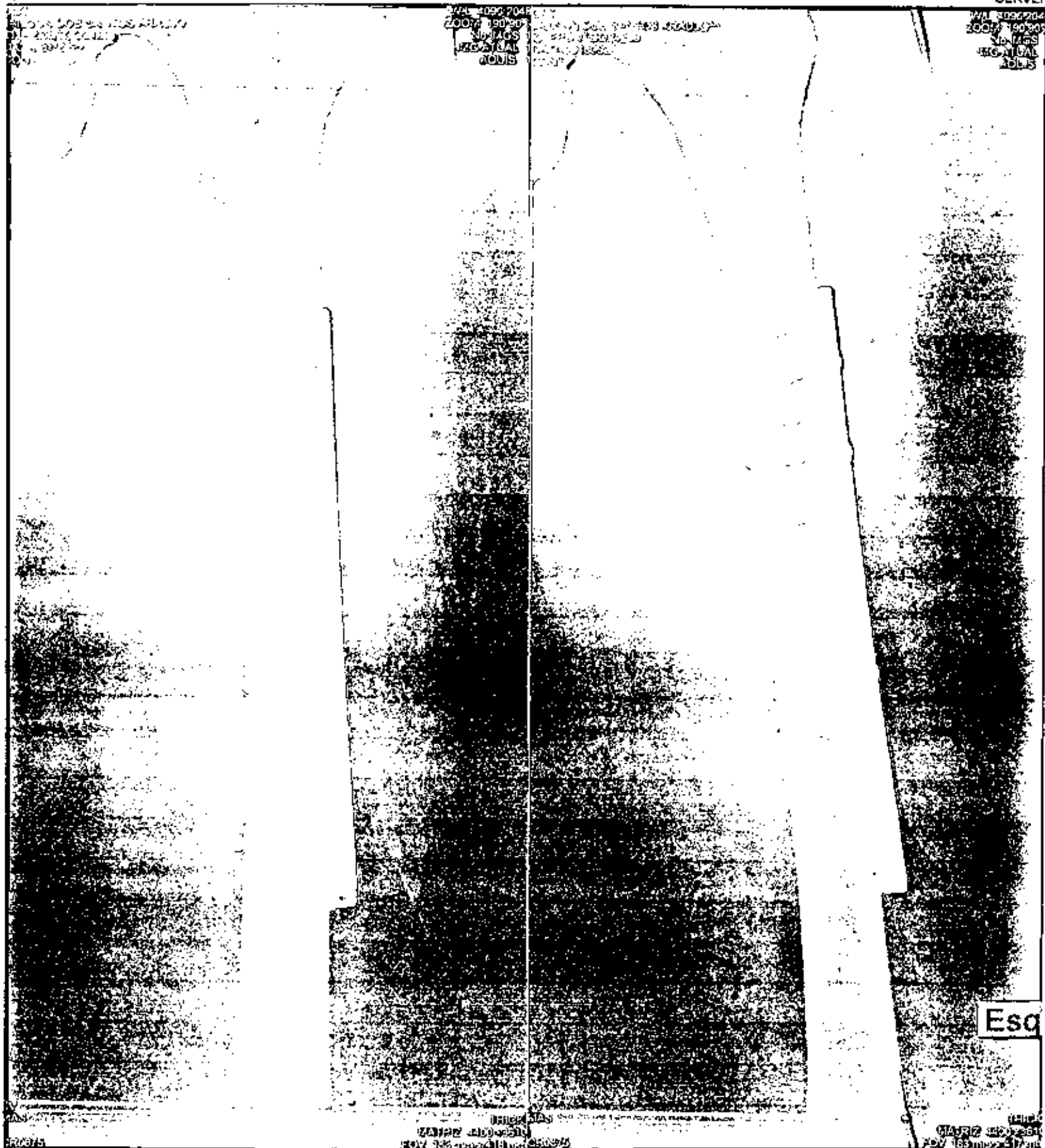


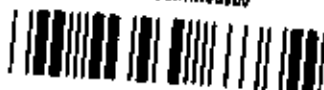
Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: PRONTOO24260 JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

SERVER





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **JAILSON DOS SANTOS ARAUJO**

DOC IDENTIDADE / RG: **1572457 SSPPI VI**

CPF: **801.830.003-62** DATA NASCIMENTO: **14/09/1976**

Patronímico: **ALCINO PAZ DE ARAUJO**

Nome da Mãe: **DORVALINA DOS SANTOS ARAUJO**

Sexo: **M** Estado Civil: **C** Letra: **A**

Assinatura: **[assinatura]** Validez: **15/05/2009**

862358568



CPF
Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
801.830.063-02

Nome
ELISEU MARTINS-PI

Nascimento
14/09/1976

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL

Carteira de Identidade

Nome
Jailson dos Santos Araújo

Matrícula
1.572.457

DATA DE EMISSÃO
13/07/05

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nome
JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Matrícula
1.572.457

DATA DE NASCIMENTO
14/09/1976

CERT. NASC.
854 L A12 P 52

EXP. ELISEU MARTINS-PI
02/12/94

801.830.063-02

Perito Criminal
LEIN 7 118 DE 2 2 33

BANCO DO BRASIL

Emissão

Cartão de Identificação

Nome
ELISEU MARTINS-PI

Matrícula
1.572.457

DATA DE NASCIMENTO
14/09/1976

CERT. NASC.
854 L A12 P 52

EXP. ELISEU MARTINS-PI
02/12/94

801.830.063-02

Perito Criminal
LEIN 7 118 DE 2 2 33

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170232444 Nº 013226851640
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 967435013 PLACA NHW-9765 EXERCÍCIO 2018

NOME JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

CPF/CNPJ 80183000382 PLACA NHW-9765

PLACA ANT. UF 98017206883441749

ESPECIE VEICULO PAS/AUTOMOVEL/MENUTUA COMEÇATIVO ALCO/GASOL

MARCA/MODELO FIAT/SIENA FIRE FLEX ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP/POT/CIL 003P/066CV CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º IPVA 2º 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 18.62 COT. (R\$) 2.06 CUSTO DO SEGURO (R\$) 20.68

PRÊMIO TOTAL (R\$) 41.5 COT. (R\$) 0.17 CUSTO DO SEGURO (R\$) 45.72

PRÊMIO TOTAL (R\$) 41.5 COT. (R\$) 0.17 CUSTO DO SEGURO (R\$) 45.72

PRÊMIO TOTAL (R\$) 41.5 COT. (R\$) 0.17 CUSTO DO SEGURO (R\$) 45.72

PRÊMIO TOTAL (R\$) 41.5 COT. (R\$) 0.17 CUSTO DO SEGURO (R\$) 45.72

PRÊMIO TOTAL (R\$) 41.5 COT. (R\$) 0.17 CUSTO DO SEGURO (R\$) 45.72

PRÊMIO TOTAL (R\$) 41.5 COT. (R\$) 0.17 CUSTO DO SEGURO (R\$) 45.72

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

PI Nº 013226851640 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 4/6/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 80183000382 PLACA NHW-9765

RENAVAM 967435013 MARCA/MODELO FIAT/SIENA FIRE FLEX

ANO FAB. 2008 CATEG. 01 CHASSI 98017206883441749

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) 18.62 COT. (R\$) 2.06 CUSTO DO SEGURO (R\$) 20.68

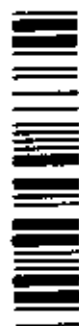
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 COT. (R\$) 0.17 CUSTO DO SEGURO (R\$) 45.72

PAGAMENTO ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 29/05/2018

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.890/0001-04

OUT



DETRAN

CONTR

SEM RESTRICOES

ELISEU MARTINS

DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

DATA 4/6/2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175998/19

Vítima: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 801.830.003-82

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 22/09/2018

Título do CPF: JAILSON DOS SANTOS
ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



JAILSON DOS SANTOS ARAUJO : 801.830.003-82

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/05/2019
Nome: JAILSON DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 801.830.003-82

JAILSON DOS SANTOS ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo