

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Helio Lima de Andrade,
RG nº 1788129 PI, data de expedição 03/10/09
Órgão SSP, portador do CPF nº 645 702 073 91, com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Eng. Alves de Noronha, nº 3409
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Omerson Lucas Lima Pereira cujo o condutor era
Raimundo Cesar Marques de Araujo

Veículo: Agele
Modelo: Chevrolet Agele
Ano: 2011
Placa: N15 2268
Chassi: BAGCN48X0BR148389
Data do Acidente: 22-09-2018
Local e Data: Av. Marechal de Castilho Branco
Teresina 27/10/18

Helio Lima de Andrade
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SÁBIO PEREIRA
RUA LIDANDRO NOGUEIRA, 1221 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (0800) 5221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriomanejo.com.br
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: HELIO LIMA DE ANDRADE, DOU
FE. EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 02/09/2018, Emol.: R\$ 71
TJ: 0,74 Selos: R\$ 26,71 Selos: R\$ 37816 (F788F77)
JUDITE DE CASTRO CARDOSO - ESCRIVENTE AUTORIZADA
☐ Tabelado ☒ ESCRIVENTE AUTORIZADO



CARTÓRIO THEMISTOCLES SÁBIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Judite de Castro Cardoso
Escrivente Competente
Teresina - PI





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída de PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF		Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome				15 Sexo
Tipo de Ocorrência	16 Idade				17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	18 Tipo de ocorrência				19 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
Acidente de Transporte	19 Vitima				20 Meio de locomoção
	21 Outra parte envolvida				22 Equipamentos de segurança
Exame Físico	23 Glasgow = 15				24 Sinais Vitais
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas				27 Pulso
	28 Sangramento				29 Dor
Hospital de Destino	30 Fratura				31 Procedimentos realizados
	32 Hospital de Destino				33 Condições de entrada
Observações Interdisciplinar	34 Óbito				
	35 Observações Interdisciplinar				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
CEP: 64.002-470

Glauco Rocha e Silva
MÉDICO
Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Emerson Lucas Lima Pereira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 489.225

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".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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



Imp: 23/09/2018 00:00:58

(User: PATRICIA RESQUITA)

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA		Prontuário: 489225	
Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA	Pai: JOÃO PEREIRA DA SILVA		
End.Resid.: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/07/1990	Idade: 28a1m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99456-5426
Responsável: O MESMO	CNS:		
Profissão: SEGURANÇA	CPF: * RG: -		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Concubinato		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685632	Data: 22/09/2018 23:57:52	Condução: AMBULÂNCIA DO SANG
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
CID Secundário: V499		

DADOS CLÍNICOS:

Acidente urbano de acidente automobilístico (carro-x-carro). Não possui consciência.

A - não possui lesões

B - Desalinhamento

C - GNF, abdome macio, pelve intacta

D - Pupila (miódria) e (obscurecimento), cefálico

E - Cortes na boca, dolo, escarregos, dos maxilares inferiores

PA X mmHgPulso: FC: Temp.: CID:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ex. Ambulatório 2 / Ortopedia

Glauco Rocha e Silva
Médico
CRM 7110

ALTA:

<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão
<input type="checkbox"/> A Pedido	

☐ Retornar à Unid. Origem:☐ Transferência:DATA SAÍDA: / / HORA: : : ☐ Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:**DESTINO:****ÓBITO:**☐ Até 24 Hs☐ De 24 a 48 Hs☐ Após 48 Hs☐ Família☐ IML☐ Anat. Patol.**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

Carimbo Assinatura Profissional - BE

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Assinatura Paciente ou Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 23/09/2018 00:00:58

(PATRICIA MESQUITA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA		Prontuário: 489225
Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA		Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA
End. Resid.: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 30/07/1990	Idade: 28a1m24d	Sexo: Masculino Fone: 86-99456-5426
Responsável: O MESMO		CNS:
Profissão: SEGURANÇA		Documento:
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Concubinato
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685632	Data: 22/09/2018 23:57:52	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 23/09/18	ESPECIALISTA: <i>Ortopedia</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Don - broso D e para o opri. traze. Ao lae: Edem e do - broso D. Muravancu Ok</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :*Rx: fratura com**CD. Interio p
unig.*

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / :	ESPECIALISTA: <i>Dr. Cláudio Pereira</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT****CONTEUDO NAO VERIFICADO**

02 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Rua Dr. Otton Tito 1620 Redenção - Fone: 86.3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-710 CRRJ: 05.553.917/0022-62

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 15224 - Em: (26/09/2018)

Interação: Prontuário: Paciente: CLÍNICA: Enfermaria: Leito: Médico Assistente:

223444 489225 EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA Polv: Ontop. Med: 235 Excl. Diagnóstico/Comorbidades:

Evolução: Hora: 14h (day) 18h

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação (Código)	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL. Tipo LIVRE, <input checked="" type="checkbox"/> <small>Alimentação: 2 ONCOLOGIA CIV 432</small>								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SOMO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO (lmo)	1,00	Frasco	EV	12/12h				Paciente admitido de procedente do posto de emergência de dia. Vive único, consciente, orientado, póvio.
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Amplola	EV	12/12h				
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Amplola	EV	6/6h				
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h				Nega alergia a medicamentos e comorbidades.

Observações Gerais: *Insuficiência renal, SRA 8ml*

15.09.2018 - RA=150x100
26.09.2018 - RA=150x100

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Ke
Módulo 1000
Sala 100
CONFORTO COM O CONFORTO



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/09/18

NOME DO PACIENTE <u>Emerson Luis Lima Pimp</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>489225</u>
DIAGNÓSTICO: <u>fratura omeira distal</u>	CIRURGIA: <u>Rast e placo</u>
ANESTESIA: <u>BPIB</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>LEANDRO</u>	CPF Nº: <u>167 786 998-41</u>
AUXILIAR: <u>Dr. Leandro Ponce de Al</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Pena</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				DEPARTAMENTO DE SINISTROS			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				DPVAT			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				CONTEUDO NAO VERIFICADO			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				02 JAN. 2019			
ALCOFIL				GENTE SEGURADORA S.A.			
MONONYLON <u>2.0</u>	03			Rua Coelho de Resende, 465 Loja C			
FITA UMBILICAL				Centro - Norte CEP: 64.002470			
VICRYL <u>0</u>	02.			ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: <u>hays</u>			



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Emerson Luiz Lima Pinheiro</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>fratura malfeita do osso da</u>		
Operação - Tipo <u>RTH cl. plav e neuroma</u>		
Cirurgião <u>LEANDRO</u>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>27.9.18</u>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
<u>Grande dificuldade técnica em</u> <u>manter o volume do buge e do</u>		
Acidente Durante a Operação <u>complexidade do fratura.</u>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Realizada a RTH
limpeza e anti-sepsia; comp. do
fratura lateral; desbridamento
do osso do osso radial
limpeza e redução do fratura
haveria cl. plav e neuroma
suturas p. plav
curativos

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-112608

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN, 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome:	EMERSON LUCAS LIMA DE MENEZES	Prontuário:	459225	Data:	27/07/18
Sexo:	(X) Masc. () Fem.	Idade:	38a	Peso:	80,5 kg
Procedimento(s) proposto(s):				Apto?	
Fratura de úmero				(X) Sim () Não	

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	(X) Sim	() Não
2 - Patologias respiratórias	() Sim	(X) Não
3 - Antecedentes patológicos	() Sim	() Não
4 - Convulsão	() Sim	() Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	() Sim	() Não
6 - Transfusão sanguínea	() Sim	() Não
Uso de medicação	() Sim	() Não
8 - Alergia	() Sim	() Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	() Sim	() Não

OBESIDADE GRAU 2 (IMC = 37)
CEZ 4 MEZ SINUS BRILHANTE 2 MENSUAIS
ETILISMA SOLTA

EXAME FÍSICO

PA: 150/90	Pulso: 110 () arritmico	Mallampati: (1) (2) (X) (4)
1. Respiratório	(X) Normal () Alterado:	
2. Cardiovascular	() Normal (X) Alterado:	cardiomegalia
3. Neurológico	(X) Normal () Alterado:	
4. Abdome	(X) Normal () Alterado:	
5. Vias aéreas	(X) Possível VAD	
6. Extremidades	(X) Normal () Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	

ECG: TAQUICARDIA SINUSAL, ST SINAL, PRX Tórax
ECO: NE 25.06.18

ASA: 15 Anestesia proposta: () Geral () Outro: GLOBOLETA DE ALCOOL 0,05% + 56 mg

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista: CRM:

Dr. Alvaro Fagundes de C. Melo
Médico Anestesiologista
CRM-PA 5386 / RQE 2836

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

0-2 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-700



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redação - Fone: 36 3216 3443
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA** (Frontusário: 488225)
 Endereço: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 30/07/1990 Idade: 28a2m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 685632
 Requisição: 676353 Solicitação: 23/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1085540 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 23/09/2018

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura oblíqua no terço distal do úmero.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/10/2018

Vera Rios Araujo
VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Radanção - Fone: 35 3212 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA** (Prontuário: 488225)
 Endereço: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 30/07/1990 Idade: 28a2m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223444
 Requisição: 877762 Solicitação: 27/09/2018 Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL
 Controle: 1087358 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 247

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 27/09/2018

BRACO DIREITO

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

- Controle pós-operatório.
- Fratura oblíqua no terço distal do úmero, fixada por placa metálica.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/10/2018


 VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.523-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 3443

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA** (Prontuário: 488225)
 Endereço: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 30/07/1990 Idade: 28a2m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 685632
 Requisição: 876353 Solicitação: 23/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1085539 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 25/09/2018

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/10/2018


 VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Keylly Moura de Oliveira
0501401 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
BARÃO DE GRAJAU-MA DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 39751 V 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI
839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190008502 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190008502 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(PREENCHER COM LETRAS LEGÍVEIS E SEM RASURAS)

OUTORGANTE:

Nome: Emerson Lucas Lima Pereira
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Solteiro
 Identidade: 3205306
 CPF: 030.347.883-05
 Profissão: Vigilante
 Endereço: R. Jose Marques da Rocha N: 3447 B. Mineira
 Cep: _____
 Telefone: (86) 994729591

OUTORGADO:

Nome: Keylly mouro de oliveira
 Estado civil: Solteira
 CPF: 839.502.303-00
 Profissão: Corretor (A)
 Endereço: R: vinte e quatro de janeiro n:554 bairro: Centro THE-PI
 CEP: 64.018-650
 Telefone: (86) 9.9472-9591 / (86) 9.8807-7870



Pelo presente instrumento particular da procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo sublevar e praticar enfim, todos os atos de direito permitido para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vitima Emerson Lucas Lima Pereira
Terezina - Piuvi 30.10.18

LOCAL DATA

Emerson Lucas Lima Pereira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)

Cartório Theresopolis
 TITULAR - ANA LIA GONCALVES DE SAMPAIO PEREIRA
 RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1233 CENTRO - CEP: 84000-200 - TERESINA-PI
 Fone: (066) 3221-2888 - E-mail: anaherem@cartoriotheresopolis.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA
 DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 30/10/2018.
 Encl.: 03.71, 04.74, 05.71, 06.71, 07.71, 08.71, 09.71, 10.71, 11.71, 12.71, 13.71, 14.71, 15.71, 16.71, 17.71, 18.71, 19.71, 20.71, 21.71, 22.71, 23.71, 24.71, 25.71, 26.71, 27.71, 28.71, 29.71, 30.71, 31.71, 32.71, 33.71, 34.71, 35.71, 36.71, 37.71, 38.71, 39.71, 40.71, 41.71, 42.71, 43.71, 44.71, 45.71, 46.71, 47.71, 48.71, 49.71, 50.71, 51.71, 52.71, 53.71, 54.71, 55.71, 56.71, 57.71, 58.71, 59.71, 60.71, 61.71, 62.71, 63.71, 64.71, 65.71, 66.71, 67.71, 68.71, 69.71, 70.71, 71.71, 72.71, 73.71, 74.71, 75.71, 76.71, 77.71, 78.71, 79.71, 80.71, 81.71, 82.71, 83.71, 84.71, 85.71, 86.71, 87.71, 88.71, 89.71, 90.71, 91.71, 92.71, 93.71, 94.71, 95.71, 96.71, 97.71, 98.71, 99.71, 100.71

JUDITE DE CASTRO CARDOSO Escrevente Autorizada

☐ Tabela ☐ Escrevente autorizado

3º OFICIO

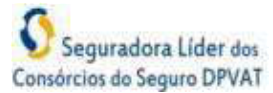
NOTAS 9986 1225 1986

de facilitação
 autenticidade
 Poder Judiciário
 Estado do Piauí
 Assessoria Técnica
 Registro e
 Publicações

RECONHECIMENTO
 DE FIRMA
 ABK 42045

Cartório Theresopolis
 3º OFICIO DE NOTAS
 JUDITE DE CASTRO CARDOSO
 Escrevente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001401/19

Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

CPF: 030.377.883-05

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/09/2018

Titular do CPF: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA : 030.377.883-05

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: 02/01/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190008502

Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

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



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: _____ CPF da vítima: 030.377.883-05 Nome completo da vítima: Emerson Laurens Lima Pereira

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

Nome completo: Emerson Laurens Lima Pereira CPF: 030.377.883-05

Profissão: Segurante Endereço: Rua José Marques da Rocha Número: 3477 Complemento: _____

Bairro: Memória Cidade: Terexina Estado: Pernambuco CEP: _____

E-mail: _____ Tel. (DDD): 186 994729591

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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: _____

AGÊNCIA: 0023 013 CONTA: 90716 3

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 no laudo de Resposta 465, Loja C, apresentada, concordando, desde já, em me submeter a 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua da Restauração, 465 - Loja C
CEP: 64.002-470 - Terexina - PE

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 comp. inteiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou comp. inteiro(a), informar o nome completo: _____

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devolva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer 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: Terexina - Pernambuco 20.12.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Emerson Laurens Lima Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Kelly Maria de Oliveira

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003806/2018-55

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

Data/Hora: 31/10/2018 - 15:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº:

Complemento

495525

Data/Hora

22/09/2018 - 23:20

Bairro

PRIMAVERA

Ponto de Referência

PONTE DA PRIMAVERA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA (28 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3205306 SSP PI

Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA

Endereço: RUA JOSÉ MARQUES DA ROCHA, Nº 3384

Bairro: BUENOS AIRES

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO COMO PASSAGEIRO DE UM VEÍCULO I/CHEVROLET AGILE LTZ, COR PRATA, PLACA NIS-2268-PI, DE PROPRIEDADE DE HELIO LIMA DE ANDRADE E CONDUZIDO POR RAIMUNDO CÉSAR MARQUES DE ARAUJO, QUANDO SE ENVOLVEU NUMA COLISÃO COM UM AUTOMÓVEL FIAT UNO QUE INVADIU A PREFERENCIAL; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 489225); QUE, HOVE PERÍCIA NO LOCAL. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

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

Emerson Lucas Lima Pereira
EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA (28 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Delegado de Polícia

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: _____ CPF da vítima: 030.347.883-05 Nome completo da vítima: Emerson Laureas Lima Pereira

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

Nome completo: Emerson Laureas Lima Pereira CPF: 030.347.883-05

Profissão: vigilante Endereço: Rua José Marques da Rocha Número: 347 Complemento: _____

Bairro: Memorare Cidade: Terexina Estado: Pernambuco CEP: _____

E-mail: _____ Tel. IDDI: 1861 994729591

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: _____

AGÊNCIA: 0023 013 CONTA: 70716 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

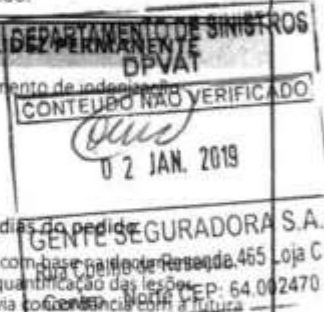
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 no laudo médico apresentado, concordando, desde já, em me submeter a 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, 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: Terexina - Pernambuco 20.12.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (se declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | 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.



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída de PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF		Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome				15 Sexo
Tipo de Ocorrência	16 Idade				17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítima				20 Meio de locomoção
	21 Outra parte envolvida				22 Equipamentos de segurança
Exame Físico	23 Glasgow = 15				24 Sinais Vitais
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas				27 Pulso Radial
	28 Sangramento				29 Dor
Hospital de Destino	30 Fratura				31 Procedimentos realizados
	32 Hospital de Destino				33 Condições de entrada
Observações Interdisciplinar	34 Óbito				
	Observações Interdisciplinar				

CONFERE COM O ORIGINAL

Glauco Rocha e Silva
MÉDICO
Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
CEP: 64.02470



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 23/09/2018 00:00:58

(User: PATRÍCIA MESQUITA)
(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA		Prontuário: 489225	
Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA	Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA		
End. Resid.: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/07/1990	Idade: 28a1m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99456-5426
Responsável: O MESMO	CNS:		
Profissão: SEGURANÇA	CPF: * RG: -		
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Concubinato		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685632	Data: 22/09/2018 23:57:52	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajetória?: Não	Tipico: Não
CID Secundário: V499		

DADOS CLÍNICOS:

Acidente urbano de veículo automotriz (carro). Não produziu lesões.

A - um pouco dor

B - dor de cabeça

C - BNF, abdome moles, pelvis normal

D - Pupila (3mm) e (3mm) e (3mm), corneais

E - corneais, boca, olhos, ouvidos, dos membros inferiores

PA X mmHg

Pulso:

FC:

Temp.:

CID:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ex Ambulância D / Dr. Co
Ortopedia

Técnico:

Glauco Rocha e Silva
Médico
CRM-PI 7110

ALTA:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Melhorado | <input type="checkbox"/> Administrativa |
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Por Indisciplina |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Por Evasão |
| <input type="checkbox"/> A Pedido | |

() Retornar à Unid. Origem:

() Transferência:

DATA SAÍDA: / /

HORA: :

ÓBITO:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Até 24 Hs | <input type="checkbox"/> Família |
| <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs | <input type="checkbox"/> IML |
| <input type="checkbox"/> Após 48 Hs | <input type="checkbox"/> Anat. Patol. |

DESTINO:

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Carimbo - Assinatura Profissional - BE

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000070716-3

Nr. da Autenticação 4F28A7C765694670

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda autorizado pela SEFAZ 06/08

Nº da Nota Fiscal 012526278

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	26/10/2018	151	137,35

MARINILDE RODRIGUES DE LIMA
R. JOSE MARQUES DA ROCHA 3447 3384 MEMORARE
CPF: 00081488777349
CEP: 64.009-100 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		KWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	5514		Atual:	18/10/2018
Anterior:	5363		Anterior:	18/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	20/11/2018
Consumo Medido:	151	FCAM	Emissor:	17/10/2018
Consumo Faturador:	151		Apresentação:	18/10/2018

Forma de Faturamento	NORMAL	Código de Impedimento	Diário de Consumo
----------------------	--------	-----------------------	-------------------

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pól.	Méda 12 meses
------------------	---------	----------------	-------	-------------	---------------

RESID - BAIXA RENDA	MIXTO	ALISSSS111			151
---------------------	-------	------------	--	--	-----

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
SET/18 175	CONSUMO	50 A R\$ 0,286649 = 8,59
AGO/18 173		70 A R\$ 0,491412 = 34,39
JUL/18 145		51 A R\$ 0,737111 = 37,59
JUN/18 170	CONTR. ILUMINACAO PUB (COSIP)	7,00
MAI/18 138	DIFERENÇA DE TARIFA	45,36
ABR/18 164	SUBVENCAO BAIXA RENDA	32,88
MAR/18 160	DESC. S/MULTA PARCELAM. ESPECIAL	0,41
FEV/18 155	DESC. S/JUROS PARCELAM. ESPECIAL	4,44
JAN/18 132	DESC. S/COR. MON. PARCELAM. ESPECI	1,80
DEZ/17 175	CANC. DESC. S/JUR. PARCELAM. ESPEC	8,88
	CANC. DESC. S/COR. MON. PARCELAM. E	3,60
	CANC. DESC. S/MUL. PARCELAM. ESPEC	0,82
	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00	0,31
	MULTA POR ATRASO 09/18-00	2,76
	PARCELAMENTO DE DEBITOS 11/60	27,12
	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00	0,46

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

REGIME DE BAIXA RENDA - 0000 E PAGAMENTO VENCIMENTO 18/10/2018
Prazo: Até o dia 17/10/2018, não constataremos atrasos em relação
ao seu contrato. Caso contrário,



RESERVAÇÃO AO FISCO C342.3873.BDFD.62A9.472D.5689.FC31.1880

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	20,04	Base de Cálculo:	125,93
Energia	49,51	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão	7,79	Valor do ICMS:	27,70
Encargos	7,89	Valor do PIS:	1,24
Tributos	34,70	Valor do COFINS:	5,76

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMC	DMR
	Atual	Trimestral	Anual	Atual	Trimestral	Anual	Atual	Anual
Limite	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03	
	0,00			0,00			0,00	

Consumo	0650979-7	Período de cobrança	EVSD
---------	-----------	---------------------	------

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 012526278

FCAM

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

836500000010 3735001/0000 / 000000000650 2 979/10180008 9



SEQ.: 00290 UC: 0650979-7 DT.LEIT.: 18/10/2018 T.ENTR.: 01

LEITURA: 5514 NORMAL TOTAL: 137,35 CARGA: 031

DT.VENC.: 26/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1881

**Águas de
Teresina**

CNPJ 27.157.474/0001-00
Av. Brasil, 1505 - VILA NOVA - CEP: 64013-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 35 / (86) 98124-3199

MATRICULA 13428373-2 FATURA Nº 152908410
MÊS / ANO 10/2018

TO 1.37
20181004110748

NOME / ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018650

LOCALIZAÇÃO
001-00044-000060

GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO	LIDO	ATURADO
MÊS / ANO TIPO	01	10
05/2018 Lido	01	10
06/2018 Lido	01	10
07/2018 Lido	01	10
08/2018 Lido	01	10
09/2018 Lido	02	10
10/2018 Lido	03	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 04/09/2018 125
ATUAL 04/10/2018 126

CONSUMO MÊS M3 10 LITROS 12,7418014
PS. WSG 9,77x1,50Lx 8,65
COPINS 39,77x7,50Lx 3,82

TABELA DE TARIFAS

RESIDÊNCIA	TARIFA DE CONSUMO R\$/M3 E (R\$)
10	2.651,0 50
20	4.948,0 50
30	8.530,0 50

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
VALOR REFERENTE AGUA - 26,51 R\$ VALOR 26,51
> Residencial-Normal 10,0 m3
VALOR DE ESGOTO - 13,26 R\$ VALOR 13,26
> Residencial-Normal 10,0 m3

NÃO RESID. INICIAL
TARIFA DE CONSUMO R\$/M3 E (R\$)

VENCIMENTO 16/10/2018 TOTAL A PAGAR 39,77

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSAM(AM) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

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

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.120	3.114	6	1,37	0,20-5,00 mg/L
ODOR APARENTE	3.072	3.032	40	5,94	Inferior a 15,00
PH	3.096	3.039	57	6,87	6,00-9,50
TURBID. N	3.122	3.096	26	1,04	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	914	910	4	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	914	914	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 04/10/2018 HORA DA EMISSÃO: 11:07

TO 1.37 20181004110748

**Águas de
Teresina**

MATRICULA 13428373-2

FATURA Nº 152908410
MÊS / ANO 10/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Keylly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-90
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Emerson Laucas Lima Pereira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 030.377.883-05 do sinistro de DPVAT cobertura Trouxaluz da Vítima
Emerson Laucas Lima Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.377.883-05, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Vinte e Quatro de Janeiro</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Touros</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(86) 994729591</u>

Touros - PI de 20 de 12 de 18
Local e Data

Keylly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

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