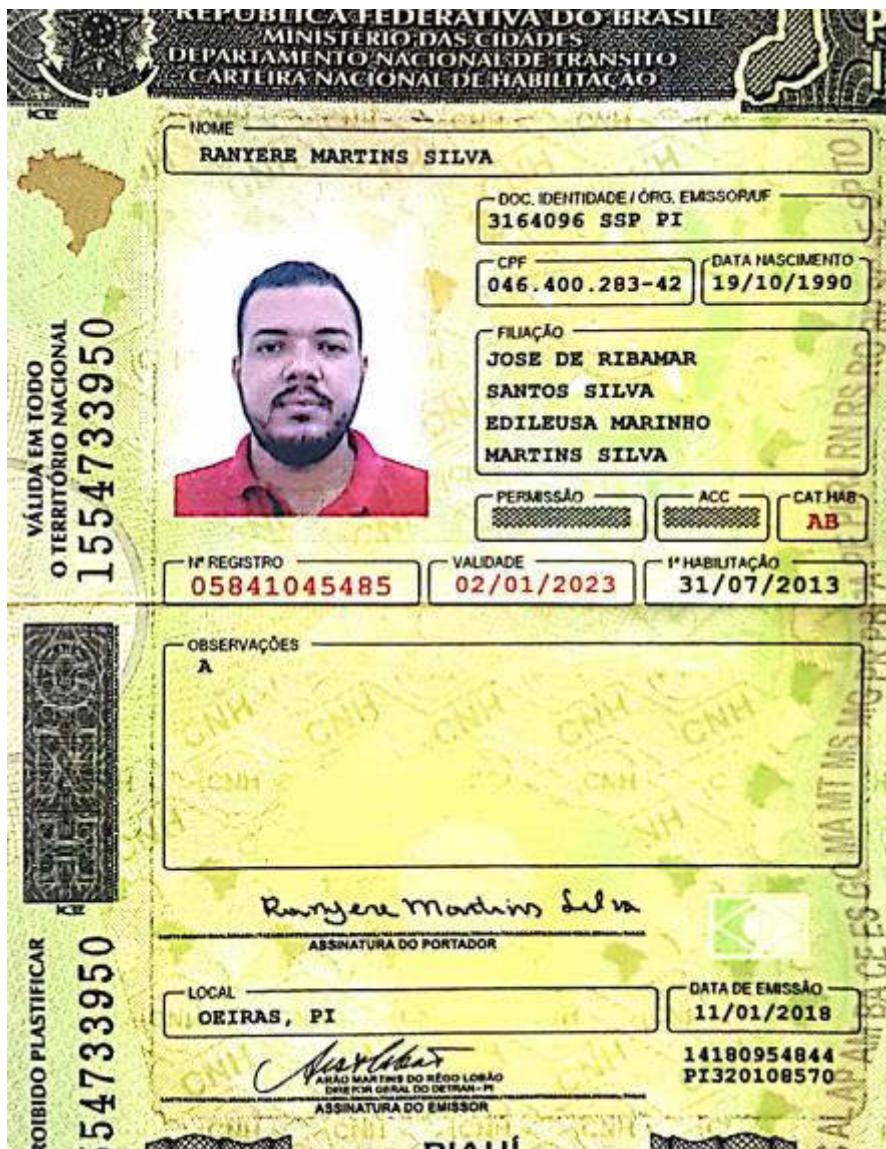


06 FEVEREIRO 2008



06 FEV 2019

DENATRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170046031 N° 012713834629
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N. TRC	EXERCÍCIO
1	450491005		2017
NOME LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS			
***** *****			
CPF / CNPJ	PLACA		
21688776304	NIR-1181		
PLACA ANTO / UF	CHASSI		
9C2KD0560CR504748			
ESPECIE/ TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLETA/ NENHUMA	ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MÓD.	
HONDA/NXR150 BROS KS	2011	2012	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA		
002P/149CC	PARTIC		
I	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. / COTAS
P	FAIXA / IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	1º IPVA
V			2º
A			3º PAGO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
SEGURADO PAGO		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESTRIÇÕES		PEÇA O SEU CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO	
COLÔNIA DO PIAUÍ		DATA	
ARMANDO MARTINS DO REGO LÓPES DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI EXpediente		18/7/2017	

86 FEVEREIRO

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

PI N° 012713834629 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2017	18/7/2017	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	21688776304	NIR-1181
RENAVAM	MARCA / MODELO	
450491005	HONDA/NXR150 BROS KS	
ANO FAB.	CAT. MÓD.	Nº CHASSI
2011	09	9C2KD0560CR504748
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,28	9,03	90,31
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL / SER PAGO PELO DESPENSA (R\$)
4,15	0,70	185,50
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	17/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.268.608/001-04
www.seguradoralider.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190102569 **Cidade:** Colônia do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS **Data do acidente:** 06/08/2016 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO E PÉ DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190102569 **Cidade:** Colônia do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS **Data do acidente:** 06/08/2016 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO E PÉ DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORANTE:

Nome: LEO NIDAS DE CARVALHO DANTAS
RG: 1-966.211 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 216.887.963-04
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Técnico
Endereço: Local: Morada Nº
Bairro: Zona Rural Cep: 64516-000 Cidade/UF: Colonia do Piauí - Piauí
Telefone: (89) 99459-9261 (89) 98805-1912 ()

OUTORGADO:

Nome: RAYVERE MARTINS Siqueira
RG: 3.164.096 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 046.400.283-42
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Estudante
Endereço: AV. Dom. Expedito Lopes Nº 241
Bairro: Jardim das Flores Cep: 64500-000 Cidade/UF: Oeiras
Telefone: (89) 99408-3583 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: LEO NIDAS DE CARVALHO DANTAS
CPF: 216.887.963-04 Data do Acidente: 06/08/2016
Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Oeiras, para, 23 de Janeiro de 2019
Local e data

4º OFÍCIO

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



4º Tabellionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Olivalva, 286 - Centro - Oeiras - PI - (89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: contaboeirasonline@gmail.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIM DA LEONIDAS DE CARVALHO
DANTAS. DOU FE. EM TESTE DA VERDADE.
OEIRAS-PI, 23/01/2019. Encol.: 3,71 TJ: 0,4 Selos: 0,26 Total: 4,71
Gabinete: 41727 (F3000)

ELISANGELA MARIZ DE SA SIMEONE PREVENTE AUTORIZADA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 FEVEREIRO DE 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0044118/19

Vítima: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

CPF: 216.887.963-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/08/2016

Titular do CPF: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

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

LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS : 216.887.963-04

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: 06/02/2019
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

RANYERE MARTINS SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190102569

Vítima: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

Data do Acidente: 06/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 182706.000009/2019-17

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Etevaldo De Andrade Filho

Data/Hora: 18/01/2019 - 13:59

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE COLÔNIA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

COLÔNIA DO PIAUÍ

Endereço

TRECHO ENTRE ANGICAL E MOURÕES, N°:

Complemento

ZONA RURAL DE COLÔNIA DO PIAUÍ

Data/Hora

06/08/2016 - 15:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG: 1.966.211 SSP PI

Mãe: MARIA DA PAIXÃO DANTAS

Pai: JOÃO DE CARVALHO DANTAS

Endereço: Povoado Moraes, Fazenda Saco do Rei, N°:

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: COLÔNIA DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-8805-1912

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA NXR 150 BROS KS

Ano: Placa: Chassi:

2012 NIR1181 9C2KD0560CR504748

Renavam:

450491005

Cor:

Preta

Condutor: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

RG: 1.966.211 Órgão: SSP UF RG: PI

End: Povoado Moraes, Fazenda Saco do Rei Número: Complemento: ZONA RURAL

Cidade: COLÔNIA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS

Cidade: COLÔNIA DO PIAUÍ UF: Bairro:

76/FEV/2019

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA o noticiante que, no dia 06/08/2016, por volta das 15:00 horas, trafegava pela estrada carroçável sentido Colônia do Piauí/Povoado Moraes, conduzindo referida motocicleta, descrita acima; QUE em determinado trecho, mais precisamente, no trecho entre Localidade Angical e Povoado Mourões, perdeu o controle de direção de referida motocicleta, após de rapar, vindo a cair; QUE em decorrência da queda sofreu uma pancada no joelho direito; Informa o noticiante que somente no dia 07/08/2016, por volta das 09:42 horas, compareceu a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), nessa cidade de Oeiras, onde foi medicado retornando para sua residência; Informa o noticiante que continuou sentindo dores no joelho; QUE no dia 15/08/2016, às 09:56 horas, compareceu novamente a UPA se queixando de dor em MID (JOELHO) e após fazer exame radiológico não constou fratura; QUE no dia 19/02/2018, fez exame de ressonância magnética no joelho direito no Complexo Estadual de Reabilitação em Saúde e Educação Daniely Dias(CEIR - Centro Integrado de Reabilitação), em Teresina-PI, e foi constatado que houve fratura; QUE o noticiante está na fila de espera pra fazer cirurgia. Era o que tinha a noticiar.

Bel. Francisco Rui Nunes da Silva
Delegado de Polícia

Matr.: 10261-7

Etevaldo De Andrade Filho - Mat. 086702X
AGENTE DE POLÍCIA

LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS - Noticiante
Responsável pela Informação



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 182706.000009/2019-17



Delegado de Polícia

Bel. Francisco Rodrigues da Silva
Delegado de Polícia
Mat.: 10614-5

06 FEV 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sindicato ou ASL

CPF da vítima:

216.887.963-04

Nome completo da vítima:

LEONÍDAS DE CARVALHO DANTAS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SÓSÉP N° 045/2012

Nome completo:

LEONÍDAS DE CARVALHO DANTAS

Profissão:

Endereço:

AVARADOR

POUADO - MORAES

Bairro:

Cidade:

ZONA RURAL

COLÔNIA DO PIAUÍ

Fazenda:

Estado:

PIAUÍ

CPF:

216.887.963-04

Número:

512

Complemento:

89-48805-1912

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$8.001,00 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 juros ou encargos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (227)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4383

CONTA:

64.100

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a criar/alterar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desse já e somente para a efetivação do crédito, quitação total da veitura referida.

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 atende 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 ao pedido.

De modo voluntário, solicito o prorrogamento da anuência do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação acima fornecida, concordando, desse modo, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorridas do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura atuação médica ou remuneração direta ou contestável, caso discordar 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:

Grado 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 Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Vivos: Falecidos: Nasceu (vai nascer)?

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preverem esta condição, estendo-se, ainda, de que qualquer missão ou diligência não verificada poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, assim, de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: 06/02/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A FOGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

DPVAT
Assinatura
06 FEVEREIRO 2019

Assinatura

CORRETORA
DE SEGUROS

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para procurar e assinar o presente formulário. A SEL FOGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a dar-lhe ciência do mesmo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Temp: 05/10/2017 02:47:13
Cpf: MAYCON DE NASCIMENTO
(Estação: DEPARTAMENTO)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS		Prontuário: 4227
Mãe: MARIA DA PAIXÃO DANTAS	Pai: JOÃO DE CARVALHO DANTAS	
End. Resid.: LOC MORAES - ZONA RURAL - COLONIA DO PIATTI - PI - CEP: 64516-000		
Nascimento: 18/10/1959	Idade: 56a:10m:20d	Sexo: Masculino Fone: 63-99417-0811
Responsável: O MESMO		CNS: 858000722336460
Profissão:		Documento: CPF: 216.887.963-04
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 39185	Entrada: 07/06/2016 09:42:49	Convênio: S O S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	NMSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco:		PROTEÍNA DE CARVALHO REGO CORRN-140001 EM: 07/06/2016 09:58:06	
Ass. Profissional Clas. Risco:			

SSVV: (Hora: ____ : ____)	
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 kg/m ² Ppulse: 0 bpm Pressão: 0 mmHg	
DADOS CLÍNICOS:	
CLIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ MAIS 17 HORAS REFERINDO DOR EM JOELHO DIREITO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. O MESMO RELATA QUE DEIXOU DE TOMAR A MEDICAÇÃO NA PRESSÃO POR CONTA PRÓPRIA. P.A 148/83mmHg	
Diagnóstico Inicial: ?	

EXAMES COMPLEMENTARES:	
RX JOELHO DIREITO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA:	
DITRITONA 1 AMPOLA IV DEXAMETASONA 1 AMP EV VOLTAREM 1AMP IM	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	
ENCONTRADO PARA MEDICAÇÃO	DATA: / / . HORA: : -

Maycon de Souza do Nascimento
Assinatura Paciente ou Responsável
MAYCON DE SOUSA DO NASCIMENTO
SUPER. ADMINISTRATIVO 05/10/2016 10:06:36
CPF: 052.146.403-07
Coord. Administrativo-UPA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 00.000.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Ktra. Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impostos autorizado pela Sefaz Piauí

Nº da Nota Fiscal: 015329444

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo nº 16.438 de 26 de abril de 2007.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	28/12/2018	95	92,63

LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS
PV MORAES S/N B-RURAL
CPF: 00021688791-304
CEP: 64.516-000 - COLONIA DO PIAUÍ

DATA DE LEITURA	kWh	DATA DE LEITURA	kWh
Atual:	4388	Atual:	21/12/2018
Anterior:	4293	Anterior:	22/11/2018
Consumo de Monitorização:	1.020	Próxima Leitura:	18/01/2019
Consumo Módulo:	95	Entrega:	19/12/2018
Consumo Faturado:	95	Apresentação:	21/12/2018

NORMAL

29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Antecedentes	Eligível
RURAL	
	Número Medidor
	A914186
	Período
	4,12.71
	Média 12 meses
DETALHAMENTO kWh	
Média consumo	
NOV/18	122
OUT/18	104
SET/18	91
AGO/18	111
JUL/18	90
JUN/18	99
MAI/18	123
ABR/18	93
MAR/18	71
FEV/18	74
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 35 - 0,4200t	

MENSAGEM IMPORTANTE/AVISOS DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 11/2018 Válor: R\$ 184,73 Unidade residencial 001016228000 do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2019, em função das variações nesse período. O não pagamento pode ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SÉPDAI, informando que existem(s) débito(s) vencido(s) e/ou renegociado(s) no valor de R\$ 509,89 (valor histórico). Caso venha efetuado o pagamento favor de considerar este aviso.

REAJUSTE TARIFARIO MÉDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUÇÃO ANEEL 2.490/2018.

RESERVADO AO FISCO A01:7.8584.6C9F.672F.7659.C478.1C85.CE94

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)		IMPOSTOS (R\$)	
Distribuição:	11,51	Base de cálculo:	57,77
Energia:	71,85	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	3,43	Valor do ICMS:	12,70
Encargos:	3,48	Valor do PIS:	0,85
Tributos:	17,50	Valor do COFINS:	3,95

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,03 12,06 24,17 3,51 2,23 14,45 3,54
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

08/16653-6 10/2018 21,23

 **Eletrobras**
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO
0816653-6

TOTAL A PAGAR - R\$

92,63

MÊS FATURADO
12/2018

VENCIMENTO

28/12/2018

Nº da Nota Fiscal: 015329444 **FCAM**

3364000000 3 926300 7000 4 0000000816 9 65361218003 9



SEQ.: 00001 UC: 0816653-6 DT LEIT.: 21/12/2018 T. ENTR.: 01
LÉITURA: 4388 NORMAL TOTAL: 92,63 CARGA: A01
DT. VENC.: 28/12/2018 IRREG.: 000 COLETOOR: 0621

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

06 FEVEREIRO 2019



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1185343-3

COMPANHIA ELETRÔNICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
NPF 06.840.748/0001-09 Insc. Estadual 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SITAEZ/PI/98

Nº da Nota Fiscal 012373363

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEF é fixada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

RANYERE MARTINS SILVA
AV. DOM EXPEDITO LOPES 241 OEIRAS NOVA
CPF: 00004640028342
CEP: 64.500-000 - OEIRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA		kWh		DATAS DA LEITURA	
Atual:	11870			Atual:	16/10/2018
Anterior:	11721			Anterior:	14/09/2018
Constante de Multiplicação:	1.000			Próxima Leitura:	16/11/2018
Consumo Medido:	149			Emissor:	15/10/2018
Consumo Faturado:	149	FCAM		Apresentação:	16/10/2018

Forma de Recuramento	NORMAL	Pré-aviso de Faturamento	32
----------------------	--------	--------------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Edições Falt.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	HONO	A1266414	1.1.1.1	125	

HISTÓRICO kWh					
	Mês/ano consumo	CONSUMO		DESCRICAÇÃO DA CONTA	
SET/18	140	149	A R\$ 0,834032 =	124,27	
AGO/18	151		CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	9,90	
JUL/18	125		ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	7,44	
JUN/18	138				
MAI/18	140				
ABR/18	128				
MAR/18	122				
FEV/18	120				

06 FEB 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BRILHOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSLPI nº 445/12, que trata de 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ASSESSORIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – CORF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATER PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ranyere Martins Silveira
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 046-400 283-42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Leônidas de Carvalho Dantas inscrito (a) no CPF sob o Nº 046-400 283-42
 do sinistro de DPVAT cobertura TRAVA 1 EDE 2 da vítima Leônidas de Carvalho Dantas
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 216.887-963-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
 Declaro Proissão: ESTUDANTE Renda: Recejo e apresento os documentos comprobatórios:
 Bemuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>AV. DOM. EXPEDITO LOPES</u>	Número:	<u>291</u>	Complemento:	<u></u>
Barro:	<u>Jureminha</u>	Cidade:	<u>PRIAZ</u>	Estado:	<u>CEP</u> <u>64.500-000</u>
E-mail:	<u></u>			Tel. (DDD):	<u>89-99408-3883</u>

Local e Data: 01/04/2019, PIAZ, 30 DE JANEIRO DE 2019

+ Ranyere Martins Silveira
 Assinatura do Declarante



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS		Prontuário: 4227
Mãe: MARIA DA PAIXAO DANTAS		Pai: JOAO DE CARVALHO DANTAS
End. Resid.: LOC MORAES - ZONA RURAL - COLONIA DO PIAUL - PI - CEP: 64516-000		
Nascimento: 18/10/1959	Idade: 56a:10m:20d	Sexo: Masculino Fone: 89-99417-0811
Responsável: O MESMO		CNS: 898000722336480
Profissão:		Documento: CPF: 216.887.963-04
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 39185	Entrada: 07/08/2016 09:42:49	Convênio: S D S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	M00SII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco:		PRISCILLA DE CARVALHO REGO COREN:340084 Em: 07/08/2016 09:50:06	
Ass. Profissional Clas. Risco:			

SSVV: (Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: 0 bmp Pressão: 0 mmHg

DADOS CLÍNICOS:

CLIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ MAIS 17 HORAS REFERINDO DOR EM JOELHO DIREITO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. O MESMO RELATA QUE DEIXOU DE TOMAR A MEDICAÇÃO DA PRESSÃO POR CONTA PRÓPRIA. P.A 148/83mmHg

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX JOELHO DIREITO

PRESCRIÇÃO MEDICA:

DIPIRONA 1 AMP+AD EV
DEXAMETASONA 1 AMP EV
VOLTAREM 1AMP IM

06 FEB 2016

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO

DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável


MAYRON DE SOUSA DO NASCIMENTO
SUPER. ADMINISTRATIVO Em: 07/08/2016 10:06:38
Número de Sócia do Nascimento
CPF: 052.146.403-07
Coord. Administrativo-UPA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

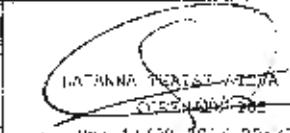
DADOS DO PACIENTE:

Nome: LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS		Prontuário: 4227
Mãe: MARIA DA FAIXAO DANTAS		Pai: JOAO DE CARVALHO DANTAS
End. Resid.: RUA CHILDEBRICO DE ALENCAR FREITAS N 130 - ROSARIO - PIRES - PT - CEP: 84500-000		
Nascimento: 18/10/1959	Idade: 56a:10m:24s	Sexo: Masculino Fone: 86-99417-6041
Responsável: O MESMO		CNS: 898000722336480
Profissão:		Documento: CFE: 916.807.463-04
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 39782	Entrada: 11/08/2016 20:26:59	Convênio: S D S
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent.	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrências Clínicas	Circulatória	EPIS. MODERADO 14-7/10	Amarelo
Breve História Clas. Risco:		 PACIENTE, RELATA DOR EM PÉ DIREITO, APÓS ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (QUEDA) +/- 06 DIAS. APRESENTANDO DOR LOCAL. DESCONHECE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E/OU DOENÇAS CRÔNICAS. PA: 140/88mmHg	
		Data: 11/08/2016 20:26:59	

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Pressão: mmHg				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉搏: 0	Imp: 0	Pressão: 0 mmHg

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE, RELATA DOR EM PÉ DIREITO, APÓS ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (QUEDA) +/- 06 DIAS. APRESENTANDO DOR LOCAL. DESCONHECE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E/OU DOENÇAS CRÔNICAS. PA: 140/88mmHg

Diagnóstico Inicial:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100 ML EV CORKER 40 GIVAR POR MOW

Desmame de sonda + Diureticaco (MP 110)

06 FEV 2016

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO

DATA: / / HORA: / /

+ Sambuci & Datto Sane

Assinatura Paciente ou Responsável

LUCAS RIBEIRO BRITO

CRM-4987-2016-08/016 20:26:59

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS		<u>Prontuário:</u> 4227
<u>Mãe:</u> MARIA DA PAIXAO DANTAS	<u>Pai:</u> JOAO DE CARVALHO DANTAS	
<u>End. Resid.:</u> RUA CHILDERICO DE ALENCAR FREITAS N 132 - ROSARIO - OEIRAS - PI - CEP: 64500-000		
<u>Nascimento:</u> 18/10/1959	<u>Idade:</u> 56a:10m:5d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 89-99417-0811
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> 698000722336480
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> CPF: 216.887.963-04
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Incompleto		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End.Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 41281	<u>Entrada:</u> 23/08/2016 21:00:13	<u>Convênio:</u> S U S
<u>Motivo da Procura:</u> DOR MEMBROS INFERIORES		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresent:</u> Intercorrências Clínicas	<u>Área Incidência:</u> Circulatória	<u>Classificação:</u> Dor moderada (4-7/10).	<u>Cor:</u> Amarelo
<u>Breve História Clas. Risco:</u> PACIENTE REFERE DOR INTENSA EM COXA DIREITA, SEGUINDO DE EDEMA LOCAL. RELATA TRAUMA EM ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA +/- 15 DIAS; (SIC). NEGA DOENÇA CRÔNICA E ALERGIA MEDICAMENTOSA PA: 140x80mmHg		STELLA FERNANDA FERREIRA DE CARVALHO COREN-39615 Em: 23/08/2016 21:08:22	
<u>Ass. Profissional Clas. Risco:</u>			

<u>SSVV:</u>	<u>(Hora:</u> : :)			
<u>Peso:</u> 0,00 kg	<u>Altura:</u> 0,00 m	<u>IMC:</u> 0,00 Kg/m ²	<u>P脉so:</u> 0 bpm	<u>Pressão:</u> 0 mmHg

<u>DADOS CLÍNICOS:</u> PACIENTE REFERE DOR INTENSA EM COXA DIREITA, SEGUINDO DE EDEMA LOCAL. RELATA TRAUMA EM ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA +/- 15 DIAS; (SIC). NEGA DOENÇA CRÔNICA E ALERGIA MEDICAMENTOSA PA: 140x80mmHg.	
AO EXAME: LEVE EDEMA LOCAL COM DOR À MOBILIZAÇÃO	

<u>Diagnóstico Inicial:</u> ?	<u>CIN:</u>
----------------------------------	-------------

<u>EXAMES COMPLEMENTARES:</u> US JOELHO DIREITO	
--	--

<u>PRESCRIÇÃO MÉDICA:</u>	
1. DEXAMETASONA 2,5ML + AD, EV 2. DIPIRONA 500MG/L - 01 AMP + AD, EV 3. TENOCICAM 20MG + AD, EV	
08 FEV 2019	

<u>MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:</u> ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO	
<u>DATA:</u> / /	<u>HORA:</u> : : : : : :

Dr. Hitallo Cavalcante
Mérino
CRM-PI: 6008/CRM-MA: 8163
CPF: 994.367.413-23

HITALLO RAFAEL DE SOUSA CAVALCANTE
CRM-6008 Em: 23/08/2016 21:17:50

Orlando Pereira de Souza
Assinatura Paciente ou Responsável

COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS

CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

CLIENTE...: 77066 LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS
IDADE....: 58 anos
MÉDICO ...: JOSÉ MARIA DA ROCHA
SEXO.....: Masculino

CNS: 702401047382722
REQ: 105282
DATA EXAME: 13/02/2018
CONVÉNIO: SUS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO DIREITO.

TÉCNICA:

- Sagital sequências SE PD/T2;
- Coronal sequências GE T2* e STIR (supressão de gordura) - T2;
- Axial sequências STIR - T2;

ACHADOS:



Fratura com sinais de cronicidade e leve destacamento ósseo de extenso fragmento do aspecto posterior do platô tibial, inferindo a eminência tibial posterior, incluindo as inserções dos cornos posteriores dos meniscos e ligamento cruzado posterior.

Ligamento cruzado posterior apresenta um leve espessamento de sinal intermediário da inserção distal sugerindo estiramento/edema.

Evidencia-se leve componente degenerativo intrassubstancial ao longo do corno posterior/corpo do menisco medial.

Borramento hiperintenso inferindo edema ósseo ao longo do aspecto anterior da zona de carga do côndilo medial do fêmur.

Moderado derrame articular com sinais de leve sinovite.

Plica sinovial suprapatelar.

Condropatia das superfícies de revestimento dos compartimentos fêmoro-tibiais com áreas focais de exposição da corticalidade óssea, sobretudo ao longo da fenda medial.

A patela tem forma habitual e relaciona-se normalmente com a tróclea, destaca-se condropatia patelo-troclear caracterizada por áreas de edema e fissurações superficiais determinando irregularidade das superfícies condrais de revestimento, com leve edema reacional das superfícies ósseas de aposição.

Labiações osteofitárias marginais bicompartimentais.

Caprichosa coleção líquida envolvendo a inserção do tendão do semimembranoso, interpondo-se profundamente aos tendões da pata anserina, inferindo bursite, com edema de partes moles adjacentes.

06 FEV 2018

Continua...

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Igor Neiva de Moraes Santos Cordeiro
CRM4058



COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS
CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

CLIENTE...:77066 LEONIDAS DE CARVALHO DANTAS
IDADE....:58 anos
MÉDICO ...:JOSE MARIA DA ROCHA
SEXO....:Masculino

CNS: 702401047382722
REQ: 105282
DATA EXAME: 19/02/2018
CONVÊNIO: SUS

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Laudo descrito.

06 FEV 2018

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Igor Neiva de Mora Santos Cordeiro
CRM4058