

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: 28/12/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANTO BENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000065534-3

Nr. da Autenticação 53DC6CC007CBF391

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150937873

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SANTO BENTO DA SILVA

Data do acidente: 06/07/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM JOELHO E TORNOZELO DE

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150937873

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SANTO BENTO DA SILVA

Data do acidente: 06/07/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura completa oblíqua na superfície articular do plato tibial lateral esquerda com subluxação lateral da patela esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame vítima apresenta duas cicatrizes cirúrgicas no joelho esquerdo (região medial e lateral). Marcha claudicante com alteração anatômica no joelho esquerdo, hipotrofia muscular da coxa esquerda e perda de força e diminuição dos movimentos articulares do joelho esquerdo (flexão e extensão, rotação lateral e medial).

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico ortopédico de osteossíntese com colocação de 02 placas com 10 parafusos para fixação. Refere que fez fisioterapia, e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/12/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 6373

UF do CRM do médico: MA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

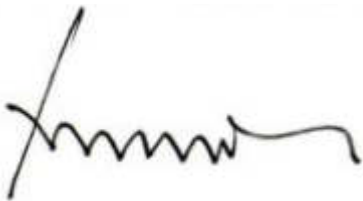
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **SANTO BENTO DA SILVA** Sinistro: **3150937873** Data: **06/07/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Conjunto Residencial Dignidade, CASA 17, QD 07 - Angelim - Teresina - PI - CEP 64034-400**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **2.872.217**

Data local do exame: [**03/12/2015**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura completa oblíqua na superfície articular do plato tibial lateral esquerda com subluxação lateral da patela esquerda. Ao exame vítima apresenta duas cicatrizes cirúrgicas no joelho esquerdo (região medial e lateral). Marcha claudicante com alteração anatômica no joelho esquerdo, hipotrofia muscular da coxa esquerda e perda de força e diminuição dos movimentos articulares do joelho esquerdo (flexão e extensão, rotação lateral e medial).

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetido a tratamento cirúrgico ortopédico de osteossíntese com colocação de 02 placas com 10 parafusos para fixação. Refere que fez fisioterapia, e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

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

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

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

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

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

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

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Santo Bento da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.872.217 EXPEDIDO POR SSP/PI EM 25/05/06
 CPF 040308743-04 /CNPJ _____, PROFISSÃO Carpinteiro
 E RENDA MENSAL DE R\$ Ruim (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Santo Bento da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1987 N° da CONTA (com dígito, se existir) 65534-3

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

Telesina - PI 17 de Dezembro de 2015
 LOCAL E DATA

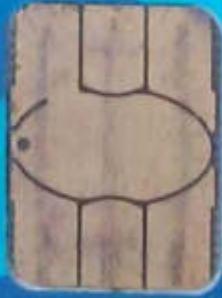
Santo Bento da Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! **ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA

POUPANÇA



6277 8011 2429 6736

SANTO BENTO DA SILVA

1987 013 00065534-3 03/21



DÉBITO

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2015

Carta nº: 8130653

A/C: SANTO BENTO DA SILVA

Sinistro: 3150937873
Vitima: SANTO BENTO DA SILVA
Data Acidente: 06/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RICARDO DE PADUA DAMASCENO SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2015

Carta nº: 8176668

A/C: SANTO BENTO DA SILVA

Sinistro: 3150937873
Vítima: SANTO BENTO DA SILVA
Data Acidente: 06/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RICARDO DE PADUA DAMASCENO SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2015

Carta nº: 8201430

A/C: SANTO BENTO DA SILVA

Sinistro: 3150937873
Vítima: SANTO BENTO DA SILVA
Data Acidente: 06/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RICARDO DE PADUA DAMASCENO SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



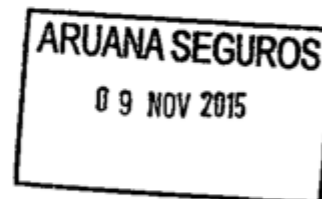
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, SANTO BENTO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2.812.217 e inscrito no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliado na QD-07 CS-17 BAIRRO: ANGELIM, Cidade TERESINA, Estado PIAUÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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



Santo Bento da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

TERESINA - PI 14 DE outubro DE 2015.

Local e data



ATODECLARATÓRIO

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: SANTO BENTO DA SILVA	Clínica Portela	Prontuário: 365230
Mãe: MARIA DAS DORFRES DA SILVA	Pai: MENELVINO BENTO GONCALVES	
End. Resid.: RUA 07, 4820, LOT CIDADE VERDE - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 05/01/1988	Idade: 27a:6m:1d	Sexo: Masculino Fone: 86-9524-0554
Responsável: ALEFE VENANCIO MORAIS DE SOUSA	CNS: 700001028287702	
Profissão: CARPINTEIRO	Documento: CPF: 040.308.743-04	
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Casado	
End. Local: -	DATA: 06/07/15	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 480792	Data: 06/07/2015 19:24:35	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeço: Não	Acid. Trab. Típico: Não
	CID Secundário: V299	

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CONSULTÓRIO GERAL	Classificação: Amarelo
---	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

DESCRIÇÃO HISTÓRIA: **RELAT. DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 30 MINUTOS. SEGUE COM DOR EM MIE.**

ARUANA SEGUROS
09 NOV 2015

Ass. Profissional Acolhimento:

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Relato acidente de moto a 6m com dor
severa em joelho e tornozelo (E).

Enxurradas em TALE. Ponto Articular com saída de sangue

PA ____ X ____ mmHg Pulso: ____ de joelho (E) bpm Temp: ____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Id = Tomografia de joelho (E)

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____ HORA: ____

Se Internação, indique o Procedimento e CID

040809551 **582.5**

Procedimento CID

Assinatura Paciente ou Responsável

DOCUMENTO 3 T3%





Eletrobras
Distribuição Flavia

Para contato com o
Eletrobras, informe
este NÚMERO

61370

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.034-000
Fone: (085) 3241.1111 - Fax: (085) 3241.1112
E-mail: atendimento@cppe.com.br
Site: www.cppe.com.br

Nº de Fatura Elétrica 000320443

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE é concedida
para o usuário com renda mensal de até 3 salários mínimos.

AGOSTO/2015 19/08/2015 104 71,01

RICARDO DE PADUA DAMASCENO SILVA
RS BETINHO S/N Q 15 C 13 ANGELIM

CPF: 008.887.043-05

CEP: 64.034-000 - TERESINA

ROT: 7.001.19.38.175400

Consumo	6595	Anterior	12/08/2015
Consumo	6491	Anterior	14/07/2015
Consumo	1.000	Próxima leitura	12/09/2015
Consumo	104	Consumo	12/08/2015
Consumo	104	Adesivo	12/08/2015
		Adesivo	12/08/2015

NORHAL

29

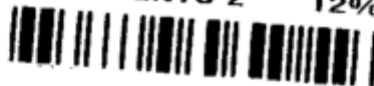
RESIDENCIAL MONO A1246193 1.1.1.1 107

		CONSUMO	104 A R\$ 0,635536 =	66,09
		CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		4,92
		ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	5,71	
JUL/15	100			
JUN/15	100			
MAI/15	112			
ABR/15	105			
MAR/15	106			
FEV/15	97			
JAN/15	119			
DEZ/14	114			
NOV/14	104			
OUT/14	107			

ARUANA SEGUROS
09 NOV 2015

Mes/Ano Valor R\$
07/2015 67,95

Unidade concessionária sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27/08/2015, em função das contas previstas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, além da inclusão do nome do consumidor na SCENSA, informações ainda existentes em outros órgãos, bem como a inclusão do nome do consumidor no valor de R\$ 1.000,00 (valor histórico). Caso tenha incluído o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

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 de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do 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 RICARDO DE PAIVA DAMASCENO SILVA, portador(a) do RG nº 000122097099-6, expedido por SSP/MA, em 22/07/03, CPF/CNPJ nº 008.887.043-05,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) SANTO BENTO DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima SANTO BENTO DA SILVA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: REUSOU-SE Renda Mensal: R\$ REUSOU-SE

Documentos comprobatórios: _____

ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015

RICARDO DE PAIVA DAMASCENO SILVA
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria de Jesus Ribeiro da Silva,RG nº 770 682, data de expedição 17/12/07.Órgão SSP, portador do CPF nº 079.044 763-09, comdomicílio na cidade de Teresina, no Estado dePiauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Portal da Alegria A.V.-C 19, nº ,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 Santa Benedita da Silva, cujo o condutor eraVeículo: MOTOModelo: HONDA/CG125 FANRSAno: 2014/2015Placa: PIA 7079Chassi: 9C75C4110FR805850Data do Acidente: 06/07/15Local e Data: 14/10/2015

ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015



Maria de Jesus Ribeiro da Silva
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (0xx86) 3221-3643 / 3221-6798 - E-MAIL: cartorio6@terezinacartorio.com.br

RECONHECO VERDADEIRA A FIRMA DE: MARIA DE JESUS RIBEIRO DA SILVA.
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 14/10/2015.

Estenia Beatriz de Sousa Rufino-Escrevente Compromissada
Emol.:3,18 TJ:0,32 Selo:0,10 Total:3,60 (14)
14/16360914102015/1246



Cartório do 6º Ofício de Notas
Estenia Beatriz de Sousa Rufino
Escrevente Compromissada
Teresina-PI



235

NOME DO PACIENTE: Santo Bento da SilvaNÚMERO DO PRONTUÁRIO: 365.230ARUANA SEGUROS
09 NOV 2015

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”.

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: SANTO BENTO DA SILVA	Prontuário: 365230	
Mãe: ROSA DAS DORES DA SILVA	Pai: MENELVINO DEITO BONCALVES	
End. Resid.: RUA CT, 48, LOT. CIDADE VERDE - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 05.01.1986	Idade: 27a:6m:1d	Sexo: Masculino
Responsável: ALEFE VENANCIO MORAIS DE SOUSA	CNS: 70000232828709	Fone: 86-3524-101
Profissão: CARPINTEIRO	Documento: CPF: 030.308.743-01	
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Casado	
End. Local: 		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 480792	Data: 06/07/2015 19:24:35	Condução: VEICULO FACILITADO DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRANSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeço: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: 7299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: EMERGENCIA EN EXTERIORES	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CONSULTA GERAL	Classificação: Amarelo
--	---------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

ARUANA SEGUROS
09 NOV 2015

Ass. Profissional Acolhimento:

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

*paciente acidente de moto a 6 m com dor
na região do joelho e tornozelo (E)
Exame em FALC. Ponto Articular com saída de sangue
de joelho (E) e
Trauma joelho + tornozelo (E)*

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

raio-x tomografia de joelho (E)

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Se Internado, Indique Procedimento

0408090551

582

Procedimento

Ass. Profissional Responsável

Ass. Profissional Médico

07 fe 2015

NOME DO PACIENTE	DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	QUANT.	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Bento do Lino	00:00A								Ortopedi
Tome									
01									
02		10. Talatol							
15		3. Depressora							
06:00h									
07		Fisioterapia							
07		tribal							
16		Dieta livre							
		1) SFC 9% 500ml							
		2) Difenidramina 50 + AD							
		3) TILBHL 20mg + AD							
		4) Ranitidina 30mg + AD							
		5) Ceftriaxona 1g + AD							
		6) Ppsil 10mg + AD							
		7) Liquepine 5000							
		8) Liquepine 5000							
		9) Liquepine 5000							

ARLANA SEGUROS
09 NOV 2015

HUT-SAME
ZONER DE COAS ORIGINAL
SERVIDOR

Dr. Zenon Rocha
CRM - 3140 P
CRM - 6101 M

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **SANTO BENTO DA SILVA** (Prontuário: 365230)
Endereço: RUA 07, 4820, LOT CIDADE VERDE - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/01/1988 Idade: 27a:6m:1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 480792
Requisição: 545208 Solicitação: 06/07/2015 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
Controle: 688247 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 06/07/2015

T.C. DE JOELHO - ESQUERDO

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO JOELHO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- FRATURA COMPLETA OBLÍQUA NA SUPERFÍCIE ARTICULAR DO PLATÔ TIBIAL LATERAL.
- AUMENTO DO VOLUME E DENSIFICAÇÃO DAS PARTES MOLES NA FACE ANTERIOR DO JOELHO, COM GÁS ASSOCIADO.
- SUBLUXAÇÃO LATERAL DA PATELA.
- PEQUENO DERRAME ARTICULAR COM BOLHAS DE GÁS DE PERMEIO.
- DISTENSÃO DA BURSA PATELAR INFRA-TENDÍNEA.

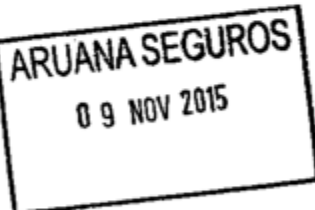
(ANTONIO

TERESINA - PI 06/07/2015

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 06/07/15
SERVIDOR: *[Handwritten Signature]*



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/07/15

NOME DO PACIENTE: <u>Santo Bento da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>Dr. Arthur</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Aldo</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Kátia</u>	CPF Nº: _____

HUT-SAM
CONF. DE INSTRUÇÕES
TERE. 11-11-15
SERVIDOR

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 15	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 8.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO ortopédico	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES 5.0	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		Escovas	und	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	Ocorrência Eletrodo	und	05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				luvas cirurgias 8.0 pares	02		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				- 11 - - 11 - n.º 8.5 pares	04		
CAT. GUT. CROMADO C/AG				repom und	03		
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 0	und	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0	und	02		CIRCULANTE: <u>Deimar</u>			
PROLENE							

ARIANA SEGUROS

09 NOV 2015



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Santo Bento do Sul

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de platô tibial E

Operação - Tipo

Fixação interna com placa

Cirurgião

Antun

1º Assinante

Papete Nunes

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura de platô tibial
E sem desvio

Relatório Imediato do Patologista

ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015

Acidente Durante a Operação

Nenhuma

HUT-SAME

CONFERE COPIA ORIGINAL
TERESINA, PI
SERVIDOR:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① DDH sob raquioscopia e guia de guia com smatch

② Anestesia e antineumonia

③ Colocação de corpos estranhos

④ Incisão medial e lateral ao nível do platô tibial

⑤ Implante de placa com L em platô lateral (foco)

⑥ Implante de placa com L em platô foc lateral

⑦ Enxertos com SFU, O, L

⑧ Sutura por planos

⑨ Curativos e Tala gesso

CRM-PI 5531
MÉDICO
Papete Nunes de Oliveira



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	<u>Santa Bento da Silva</u>	DATA	<u>14 / 07 / 15</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Pt. Hernão 711waf</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>365230</u>
ANESTESIA:		CIRURGIA:	
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Artur</u>	Nº DA SALA:	<u>02</u>
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Bacelar</u>	CPF Nº:	

ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 21	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7-0	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7-0	PAR	04	
AGULHA RAQUE Nº 26	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	100	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURÁ	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Infusão de soro	emb	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Exatidão p/ deger	emb	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Eletródos	emb	05	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 30	emb	04					
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:			



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Santo Bento da Silva

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

Dr. Arthur

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Raque

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

18:40

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

ARUANA SEGUROS
09 NOV 2015

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

- PNEUMO QUELHO DURANTE A REMOÇÃO

CONF. ORIGINAL
1507115
K

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ACESSO E CÂMER NO MLC.
- DESABRUM DO ACESSO MEDIAL
- INÍCIO DE REMOÇÃO DO PNEUMO QUELHO
- PNEUMO QUELHO DURANTE A REMOÇÃO
- VISUALIZAÇÃO NO INTERNO

Dr. Arthur Samiolo

Medicina e Traumatologia

CRM-PI 3200

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE <i>Santa Bento da Silva</i>						
DATA: <i>14/01/15</i>	P. ARTERIAL: <i>130/75</i>	PULSO: <i>92</i>	RESPIRAÇÃO: <i>24</i>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA: <i>Empneias</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO: <i>Ritmo RT.</i>					ASMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Osteomielite fletor tibial</i>				ATARAXICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				OUTROS		
APLICADO AS				EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS				TOTAL DE DOSES		
OXIGÊNIO				Necocor 54 - 15mg		
LIQUIDOS				Domnam 9mg		
TEMPERATURA				Epilub 100		
P. ARTERIAL				Clorizina 2mg		
V O				SEQUÊNCIA		
PULSO				1 Veniclice		
INÍCIO E FIM ANESTESIA				2 Monitorização		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO				3		
RESPIRAÇÃO				4		
SIMBOLOS				5		
TÉCNICAS				6		
OPERAÇÕES				7		
CIRURGIÕES				8		
ANESTESISTAS				9		
PARTICULARIDADES				10		
INCIDENTE - ACIDENTE				11		
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS				12		

Dr. Nilson Ribeiro Soares
Médico Anestesiologista
CRM-PI 1699 CRM-MA 3749

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TEREQUINA, PI
SERVIDOR: 150715



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 96 3229 4372
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **SANTO BENTO DA SILVA** (Frentuário: 385230)
 Endereço: RUA 07, 4820, LOT CIDADE VERDE - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 05/01/1988 Idade: 27a:6m:1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 480792
 Requisição: 545206 Solicitação: 06/07/2015 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
 Controle: 688247 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 06/07/2015

T.C. DE JOELHO - ESQUERDO

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO JOELHO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- FRATURA COMPLETA OBLÍQUA NA SUPERFÍCIE ARTICULAR DO PLATÔ TIBIAL LATERAL.
- AUMENTO DO VOLUME E DENSIFICAÇÃO DAS PARTES MOLES NA FACE ANTERIOR DO JOELHO, COM GÁS ASSOCIADO.
- SUBLUXAÇÃO LATERAL DA PATELA.
- PEQUENO DERRAME ARTICULAR COM BOLHAS DE GÁS DE PERMEIO.
- DISTENSÃO DA BURSA PATELAR INFRA-TENDÍNEA.

ANTONIO

TERESINA - PI 06/07/2015

ARUANA SEGUROS
 09 NOV 2015

MARCELO COELHO AVELINO
 CPF: 552.218.653-15 2443 CRM
 Profissional Responsável

ARUANA
 09 NOV 2015

HUT-SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 TERESINA, PI
 SERVIDOR: 10/07/15

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "CÃO DE DEUS MARTINS"

NON EMITIDO

Santo Bento da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.872.217 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/05/06

NOME SANTO BENTO DA SILVA

RELACÃO

MARIA DAS DORES DA SILVA

MENELVINO BENTO GONÇALVES

NATURALIDADE

SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI

DATA DE NASCIMENTO 05/01/1988

DOC ORIGEM

CERT. NASC. 3413 L A-5 F 160

EXP PRATA DO PIAUI-PI 05/10/88

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 20/02/05

ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015

DOCUMENTO 6

T60%

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
NOME
SANTO BENTO DA SILVA

SEXO
M

MARIA DAS DORES DA SILVA

MENEFEVINO BENTO GONCALVES

NATURALIDADE
SÃO MIGUEL DO LAPUÍO-PI

COD. ORDEM
CERT. NASC. 3413 L. A-5 P. 160

EXP. PRATA DO PI-PI-PI 05/10/88

DATA DE NASCIMENTO
05/01/1988

EXPEDIDO
25/05/06



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **040.308.743-04**

Nome da Pessoa Física: **SANTO BENTO DA SILVA**

Data de Nascimento: **05/01/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **01/02/2007**

Digito Verificador: **00**

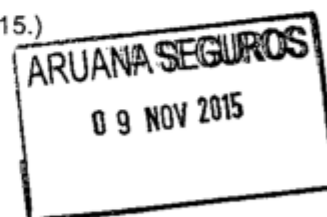
Comprovante emitido às: **18:15:30** do dia **26/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5B2C.727AC1FB.5305**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

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

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 084981 Série 00025-PI



Ricardo A. F. de Almeida
ASSINATURA DO PORTADOR

ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015

DOCUMENTO 3 T3%



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Francisca Paz Sales Rabelo
 Loc. Nasc. Fortaleza Est. CE Data 22/09/89
 Filiação Antônio José de Sá Sales
 Doc. Nº 8.066.196.99-1

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão / / DRT

Francisca Paz Sales Rabelo
 Assinatura do titular

RUANA SEGUROS

09 NOV 2015



PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**Nome: Santo Bento da SilvaNacionalidade: BRASILEIRO Est Civil: CasadoProfissão: CarpinteiroRG: 2.872.217 CPF: 040.308.743-04

Endereço:

Q. Residencial Dignidade Quadra 07 Casa 017
Angelim 64034-400 - TERESINA - PI**OUTORGADO:**Nome: Ricardo de Paula DamascenoNacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: solteiroRG: 000122097099 CPF: 008.887.043-05Endereço: Quadra 15 C13 Conj. Betinho
Baixo Angelim - TERESINA - PI

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante **Procurador/ Representante o outorgado** acima qualificado a quem confio poderes para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e as respectivas SEGURADORAS consorciadas que constituem o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Teresina, 15.10.2015

LOCAL E DATA

ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015

Santo Bento da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Marta do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelã
Rua Barroso, 91/Sul - CEP 64001-130 - Teresina - PI - Fone: (88) 3221-6665

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: SANTO BENTO DA SILVA. DOU
FE. EM TEST. 15/10/2015 DA VERDADE. TERESINA-PI, 15/10/2015.

ROSENIER DE MOURA LIMA - Escrevente Autorizada
Emol.: 3,18 TJ: 0,32 Selo: 0,10 Total: 3,60 (5)

ANTÔNIO DIALMA VELOSO

Rosenier de Moura Lima
Escrevente Comprometido
Teresina - PI

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Público
Estado do Piauí
Atos de Notar,
Registro e
Assinaturas
Nº ANG 091389
Série 090

ÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
do Amparo Portela Leal de Araújo
Tabelã pública
Teresina - Piauí



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

J PELA SEGURADORA

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

EU, SANTO BENTO DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.872.217 EXPEDIDO POR SSP/PJ EM 25/05/06 E
 CPF 040308493-09 /CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO CARPINTEIRO
 E RENDA MENSAL DE R\$ REUSSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SANTO BENTO DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1987 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 65534-3

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

TERESINA-PI, 14 de outubro de 2015 Santo Bento da Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

206-850762379-2

25/JUL/2015

HORA LT 11:14:00

LOT. 16.014799-9

TERM 017878

LOCALIDADE: TERESINA

AG. VINCULADA: 1987

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

1987,00065534-3

NOME: SANTO BENTO DA SILVA

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 07/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE
22/07

SALDO

RESUMO EM 24/07
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

0,00 C
0,00 C
0,00 C
0,00 C

206-850762379-2

ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.001702/2015-58

Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 29/07/2015 - 14:24

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

BR 316, Nº:

Complemento

Bairro

PORTO ALEGRE

Ponto de Referência

RANDON

Data/Hora

06/07/2015 - 19:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SANTO BENDO DA SILVA

RG: 2872217 SSP/PI

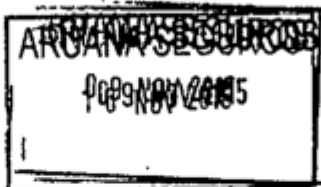
Mãe: MARIA DASDORES DA SILVA

Pai: MENELVINO BENTO GONÇALVES

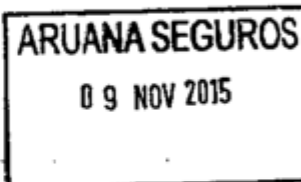
Endereço: RUA 07 Nº 4820 LOT CIDADE VERDE, Nº

Bairro: NOVO HORIZONTE

Cidade: TERESINA



Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA BR 316, SENTIDO SUL/NORTE, CONDUZINDO A MOTO HONDA CB 125 FAN, COR PRETA, ANO 2014/15, RENAVAM 01025566243 DE PROPRIEDADE DE MARIA DE JESUS PEREIRO DA SILVA, CPF 01904476309 E NAS PROXIMIDADES DA EMPRESA RANDON TEVE SUA PASSAGEM OBSTRUIDA POR UM CARRO SEM PLACA E PROPRIEDADE NÃO IDENTIFICADOS, QUE EVADIU-SE DO LOCAL, FICANDO O INFORMANTE COM LERDA NA PERNA ESQUERDA SEGUNDO PRONTUÁRIO MÉDICO. APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE ALEFY VENÂNCIO MORAIS DE SOUSA RG 3.021.895 SSP-PI CPF 042.112.543-83 E LEVADO PARA O HUI.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

SANTO BENDO DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



DOCUMENTO 1 *T1%*

