

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: 00000065534-3

Nr. da Autenticação 53DC6CC007CBF391

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150937873
Vítima: SANTO BENTO DA SILVA

Cidade: Teresina
Data do acidente: 06/07/2015

Natureza: Invalidez Permanente
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
Vítima: SANTO BENTO DA SILVA

Cidade: Teresina
Data do acidente: 06/07/2015

Natureza: Invalidez Permanente
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 suscetível 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
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):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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.

Mauro Ricardo Ramos Bilibio - CRM: 6373 - MA



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 SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 2.872.217EXPEDIDO POR 55P/PIEM 25/05/06CPF 040308743-04 /CNPJ 00000000000000000000PROFISSÃO Larçanteiro

E RENDA MENSAL DE R\$ Revisor 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 SEGURADO 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 Lotáticas 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 informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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, RECONHECO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina - PI 17 de Dezembro de 2015
LOCAL E DATA

Santo Bento da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

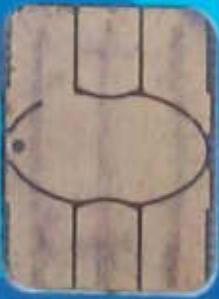


ATENÇÃO

- 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 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.

CAIXA

POUPANÇA



DÉBITO

6277 8011 2429 6736

SANTO BENTO DA SILVA

1987 013 00065534-3 03/21

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 inicio 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,



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 inicio 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



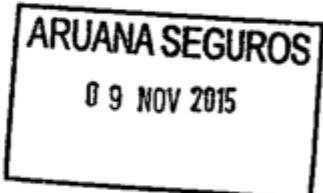
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

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

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

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

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



Santo Bentu da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

TERESINA - PI 14 DE outubro de 2015.

Local e data



HÓSPITAL 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

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: SANTO BENTO DA SILVA		Viajante Porteira	Prontuário: 365230
Mãe: MARIA DAS DORFRES DA SILVA	Pai: MENELOVINO 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: 700001028287109		
Profissão: CARPINTERO	Documento: CPF: 040.308.743-049 PTA/ADULTO		
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado/Div.		
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: SUS
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajetó: 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
--	--------------------------------	----------------------------	------------------------

Doença/ Sintoma:

RELAT. DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 30 MINUTOS. SEGUÍ COM DOR EM MIE.

ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015

Ase. Profissional Acolhimento:

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Relate acidente de moto há 6 hr com dor +
sensação em joelho e tornozelo (E).

Tenoralges em FASE. Puxo Articular com Saída de Sangue
de joelho (E) bpm Temp. _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

cid = tomografia de joelho (E)

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / .

HORA: _____

PROBLEMA COM OJOVIA
TOMOGRAFIA DE JOELHO
SERVIDOR:

Se Internado, indique o Procedimento e CID

0408090551

Procedimento

382-1

CID

X Mrs. Vanessa Nova De Souza
Assinatura Paciente ou Responsável

DOCUMENTO 3 * T3% *





Electrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Electrobras, informe
este NÚMERO:

61370

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 00.100.000/0001-01 | Inscrição Estadual: 10.001.310-5
CNAE: 4521 - Atividade de distribuição de energia elétrica - exceto no 1
Fone: (86) 3212-0000 | Fax: (86) 3212-0000 | E-mail: piu@electrobras.com.br

Nº da conta Electr 000320443

A Tarifa Social de Energia Elétrica é "VALOR FUNDAMENTAL"
para a Linha 10.426-0423 de Águas da Artic.

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 ROT: 7.001.19.38.175400

CNPJ: 64.034.060 - TERESINA

6595	Venc.	12/08/2015
6491	Anterior	14/07/2015
1.000	Próxima Leitura:	12/09/2015
104	Queda:	12/08/2015
104	Apresentação:	12/08/2015

NORMAL

29

RESIDENCIAL MONO A1246199 1.1.1.1 107

JUL/15	100	CONSUMO 104 A R\$ 0,635536 = 66,09
JUN/15	100	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 4,92
MAI/15	112	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,71
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\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de
energia elétrica a partir de 27/03/2015, em função das contas
revisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar tam-
bém a inclusão do nome do consumidor na SEMSA. Informações
ainda existentes (notas, vouchers, etc.) e já revisadas(s) no
sistema de R\$ 1.047,36 (valor histórico). Caso contrário, o
consumidor ficará ciente desse 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 PRIMA DAMASCENO SILVA, portador(a) do RG nº 000121097000-6, 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: RELACION - SE Renda Mensal: R\$ RELACION - SE

Documentos comprobatórios: _____

ARUANA SEGUROS
09 NOV 2015

Ricardo de Prima 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 019.044.763-09, com
 domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Portal da Alegria a AV. 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 Santo Bento da Sílvia, cujo o condutor era

Veiculo: MOTOModelo: HONDA CG 125 FAN RSAno: 2014 / 2015Placa: PIA 7079Chassi: 9CZSC4110FR805850Data do Acidente: 06/07/15Local e Data: 14/10/2015

ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015

6º OFÍCIO

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 ÁREAS LEAO
 RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
 FONE: (085) 321-3863 / 321-6756 - Email: cartorio6notas@teresina.pi.gov.br

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

Esteria Beatriz de Sousa Rufino - Escrevente Compromissada
 End.: 3,18 TJ:0,32 Selo:0,10 Total:3,60 (14)



14/16360914102015/1248

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



235



NOME DO PACIENTE: Santo Bento da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 365.230

ARUANA 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	
Mae: MÁRIA DAS DORFRES DA SILVA	Pai: MENELVINO BENTO BONCALVES		
End. Resid.: RUA CT. 45-L, LOT CIDADE VERDE - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64100-010			
Nascimento: 05.01.1988	Idade: 27a:6m:1d	Sexo: Masculino	Fone: 86-9514-4661
Responsável: ALEFE VENANCIO MORAIS DE SOUSA	CNS: 3000032928609		
Profissão: CARPinteiro	Documento: CPF: 040-308-757-047		
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado (47)		
End. Local.:	06/07/15		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 480792	Data: 06/07/2015 19:24:35	Condução: VEICULO PESSOAL OU DE TERCEIRO
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRANSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: 1299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: F1-2 EN EXPIRADIADAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTHOPEDIA SEPAI	Classificação: Amarelo
-------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	------------------------

DATA: 06/07/2015 HORA: 19:24:35
PACIENTE CONSIDERADO MÁ 10 MINUTOS. SEGUINTE COM DOR EM HIPS

ARUANA SEGUROS	
09 NOV 2015	

Ass. Profissional Acolhimento:

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

Alípio acidente de moto 06/07/2015 com dor
área em joelho e tornozelo (E)

Exames em FASE. Perna direita com saída de Sangue
mmHg Pulso: de joelho (E) ECG Temp. :

Trauma joelho + Tornozelo (E)

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

CT - tomografia de joelho (E)

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /

HORA: : :

Se. Internação Indique o Procedimento: 0408090551
Procedimento: 382.0

Alípio Ferreira De Souza
Assinatura do Profissional

Assinatura do Profissional Médico



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.

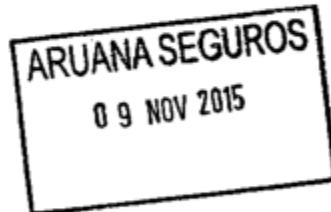
(ANTONIO

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
 SERVIDOR:
 09/07/15



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

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>Katia</u>	CPF Nº:	

HUT SAMA
CONFEDERAÇÃO NACIONAL
TERCEIRA MÃO
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 B.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	UND	05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				ervas cirúrgicas 8.0 pares	PAR	02	
CAT. GUT.SIMPLES S/AG.				-11-	nº 8.5 pares	04	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				crepon	UND	03	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				ARIANA SEGUROS			
ALCOFIL				09 NOV 2015			
MONONYLON 0	UND	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0	UND	02		CIRCULANTE:			
PROLENE				Wolffman			



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Santo Bentu do Sal

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de plato fibular t

Operação - Tipo

Fixação com placa

Cirurgião

Antônio

1º Assinante

Rafael Nogueira

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura de plato fibular
E rem curvo

ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015

Acidente Durante a Operação

Nenhum

HUT-SAME
CONFIRA COIA ORIGINAL
TERESINA, PI
100%
SERVIDOR.

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① DDH na raquisester e gavotagen com smach
- ② Anepsi e artimpri
- ③ Colocados de corpos estéril
- ④ Incisão medial e lateral os muiel de plato fibular
- ⑤ Implante de placa em L em plato lateral (femur)
- ⑥ Implante de placa em L em plato fibular
- ⑦ Fixação com SF, O&L
- ⑧ Sutura por planos
- ⑨ Curativos e Tela gelas

CRM-PI 5531
MEDICO
Rafael Alves de Oliveira

MOD. 76 - HUT



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14 / 07 / 15

NOME DO PACIENTE:	Santo Bento da Silva	PRONTUÁRIO N°:	365230
DIAGNÓSTICO:	R. Planalto 7166	CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dr. Arthur	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Bacelar	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 N° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA N° 7-0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 7-0	PAR	04	
AGULHA RAQUE N° 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 TINTURÀ	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 N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 20	UNID.	01		Afadura de crepon			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Edsorva pl degr			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Eletrodo			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Lend 04			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Lend 05			
ALCOFIL				HUT-SAME			
MONONYLON 3-0	Enu	04		15011			
FITA UMBILICAL				CIRULANTE:			
VICRYL							
PROLENE							

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Santo Bento Jota Silva

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião <i>Drc. Arthur</i>	1º Assinante
---------------------------------	--------------

2º Assinante	3º Assinante
--------------	--------------

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Raposo.

Anestésico(a)

Data da Operação

Início
18:40

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

ARUANA SEGUROS
09 NOV 2015

Relatório Imediato do Patologista

*LEIA - FOTO - ORIGINAL
CONFERENCIA
TEP
SEGURO*

Acidente Durante a Operação

- Puxar o fio de sutura quebrou durante a remoção

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Acesso e corte no M.G.
- Desferro no ANO no MEDIAL
- INTRO. DE NOMINA DO PMS-RO. QVR BURS
- INTRO. NOME
- Puxar o fio de sutura quebrou durante a remoção
- VISITAÇÃO NO INSTITUTO.

Dr. Arthur Sampaio
Ortopedia e Traumatologia

CRM-PI 3200

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO
DATA: 14/10/13	P. ARTERIAL 150/75	PULSO 92	RESPIRAÇÃO 14	TEMPERATURA 37	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGINEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	Esperada					
SISTEMA CIRCULATÓRIO	Regular				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Osteomielite flóte tibial				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
	12:15 - 19:05				TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	Sevoflurano				Neurosi 54 - 15mg Dornaf 9mg Epifit 50g Cetazin 2g A
LIQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	C° 38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	94°	98°	SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL V O PULSO					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	Venclise Montezawa
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS	Raqui-anestesia: PLM				INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES	Retirada Maternal sintese				Lgb amico, LGB amico	
CIRURGIÕES	Antônio				Pulm, agulha 25G	
ANESTESISTAS	Nilson					
				Dr. Nilson Ribeiro Soares Médico Anestesiologista CRM-PI 1699 CRM-MA 3745		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIOS IMEDIATAS
PARTICULARIDADES						

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1920 - Edançao - Fone: 96 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **SANTO BENTO DA SILVA** (Frontário: 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: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208030029

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.

TERESINA - PI 06/07/2015

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 CRM
 Profissional Responsável

ARUANA ~

09 NOV 2015



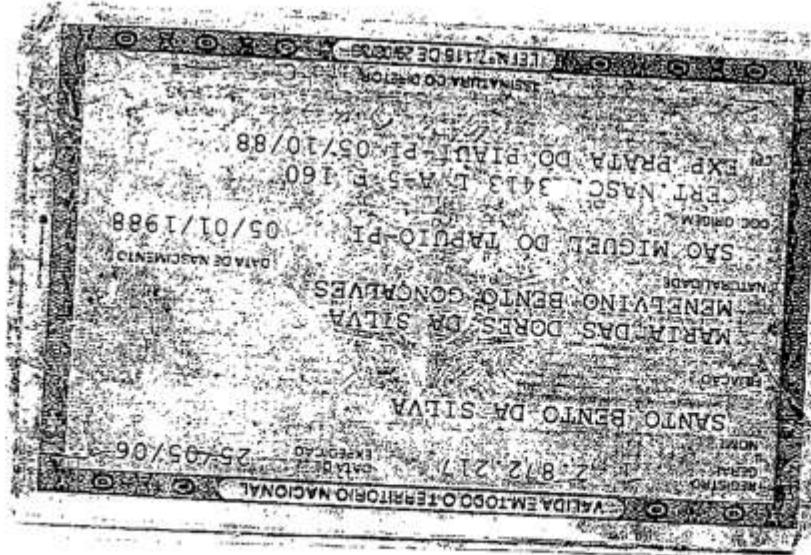
HUT-SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 TERESINA, PI
 SERVIDOR: *[Signature]*
 06/07/2015



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	Nº 2.872.217
DATA DE EXPEDIÇÃO	25/05/06
NOME	
SANTO, BENTO, DA SILVA	
FILIAÇÃO	
MARIANO DAS DORES DA SILVA	
MENELVINO BENTO GONÇALVES	
NATURALIDADE	
SÃO MIGUEL DO TAPUÍ - PI	
DATA DE NASCIMENTO	
05/01/1988	
DOC. ORIGEM	
CERT. NASC. 3413-L-A-5 F 160	
EXP. PRATA DO PIAUÍ - PI 05/10/88	
Assinatura do Diretor	
LEIAV 1118 DE 250205	

ARUANA SEGUROS
09 NOV 2015

DOCUMENTO 6 - T60%





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**

Dígito Verificador: **00**

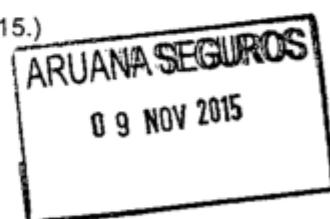
Comprovante emitido às: **18:15:30** do dia **26/10/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **5B2C.727A.C1FB.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 de Oliveira da Cunha
ASSINATURA DO PORTADOR

ARUANA SEGUROS
09 NOV 2015

DOCUMENTO 3 "T3%"



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Francisco de Souza Tomazini Silveira

Loc. Nasc. 22/05/1880 Est. SC Data 22/05/1880
Filiação Filho de Francisco de Souza Tomazini Silveira
Doc. Nº C.C. 13649 - EXR - 23/12/1880

ESTRANGEIROS

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

RUANA SEGUROS

09 NOV 2015



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

OUTORGANTE:
Nome: Santo Bento da Silva
Nacionalidade: BRASILEIRO Est Civil: Casado
Profissão: Carpinteiro
RG: 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 Damasceno
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: Solteiro
RG: 000122097099-05 - 008.887.043-05
Endereço: Quadra 15 C13 Conj. Betinho
Bairro 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**.

Tersina, 15.10.2015

LOCAL E DATA

ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015

Santo Bento da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE



CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabeliã
Rua Barroso, 91/3d - CEP 64001-130 - Teresina - PI - Fone: (86) 3221-6665

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: SANTO RENTO DA SILVA. DOU-
FE. EM TESTA, 15, DA VERDADE. TERESINA-PI, 15/10/2015.

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

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 SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 2.872.217 EXPEDIDO POR SSP/P1 EM 25/05/06 ECPF 04003082443-09 /CNPJ 00000000-0000-00, 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 Lotéricas 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 109 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1087 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.



200-850762379-2

25/11/2015

MURKIN

LOT. 16.014799-9
LOCALIDADE: TERESINA
AG. VINCULADA: 1987

ICRM 917378

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

1987.00065534-3

NOME: SANTO BENTO DA SILVA

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 01/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

: DIA LIMITE SALDO
22/07

- RESUMO EM 24/01

E-ECONOMICS 15-16

SAÍDO BLOQUEADO

SALDO DISPONÍVEL
SALDO TOTAL

SALDO TOTAL

206-850762379-2

6

三

三

८१

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 - 14:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

BR 316, Nº:

Complemento

Bairro

PORTO ALEGRE

Data/Hora

06/07/2015 - 19:00

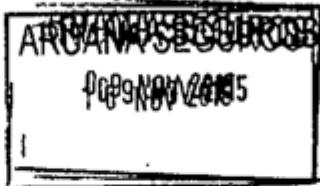
Ponto de Referência

RANDON

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SANTO BENDO DA SILVA
RG: 2872217 SSPPI 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



ARUANA SEGUROS

09 NOV 2015

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 CG 150 I AN. COR PRETA, ANO 2014/15, RENAVAM 01025566243 DE PROPRIEDADE DE MARIA DE JESUS PINHEIRO DA SILVA, CPF 01904476309 E NAS PROXIMIDADES DA EMPRESA RANDON TEVE SUA PASSAGEM OBSTRUÍDA POR UM CAVALHO, PLACA E PROPRIEDADE NÃO IDENTIFICADOS, QUE EVADIU-SE DO LOCAL, FICANDO O INFORMANTE COM LESÃO NA Perna Esquerda segundo PRONTUÁRIO MÉDICO. APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA UNIDADE MÉDICA ALEFY VENÂNCIO MORAIS DE SOUSA RG 3.021.895 SSP-PI CPF 042.112.543-83 E LEVADO PARA O HUT.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

Santo Bento da Silva
SANTO BENDO DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



DOCUMENTO 1 *T1%*

