

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Antônio da Silva Barro

inscrito (a) no CPF/CNPJ

496.923.053

68

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Paulo Henrique Gomes Araújo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.397.031/11

do sinistro de DPVAT cobertura

IPA

da vítima

Paulo Henrique Gomes Araújo

inscrito (a) no CPF sob o Nº

017.397.031/11

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

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

Endereço:

RUA CANINDE

Número:

464

Complemento:

Bairro:

centro

Cidade:

UNIST

Estado:

PI

CEP:

64-120-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(86) 99485-1210

Local e Data:

UNIST-PI, 23 de julho de 2019

Antônio da Silva Barro

Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

08 AGO 2019

DPVAT



*Maquias
Sinha*

HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3263 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

Nilva

(86) 95336193

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: *51202* SERVIDOR: *Clória* DATA: *05/11/12* HORA: *18:40*

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: *Paulo Henrique Gomes Araújo* DN: *29/12/88* ID: *29* SEXO: *M*

NOME DA MÃE: *Marcos de Lourdes Gomes Araújo*

CNS: RG: CONTATO:

ENDEREÇO: *Vitorias* CEP: *64-123-223*

BAIRRO: *2. Euraf* CIDADE: *União* UF: *PI*

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

VITAIS/FC: PA: SAT. O2: T: DOR: ECG: GLICEMIA: PESO: ALTURA:

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA: *Nega alergia medicamentosa*

OBSERVAÇÕES:

Trauma no punho e após acidente automobilístico

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: ENFERMEIRO(A): CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

*Tratou trauma por acidente automobilístico
evolui com dor e dificuldade de movimentar
punho*

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US *08 AGO 2019*

05. CONFIRMAÇÃO COM O ORIGINAL

DATA: *02/10/11*

Antônia R. Viana da Silva

Cirurgia (Fratura punho e

DPVAT

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Solicito RX de punho e

(1) Dipirona 1amp (EV + AD)

(2) Dipirona 1amp (IM)

(3) Dexametasona 1amp (IM)

07. CONDUTA ☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM: ENFERMEIRO(A)/COREN: PACIENTE:

MÉDICO CRM: [assinatura]
Enfermeiro [assinatura]
COREN: [assinatura]

[assinatura]



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Paulo Henrique Gomes Araújo** deu entrada neste hospital no dia 05 de novembro de 2018, às 18h40min, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo chegou ao hospital por demanda espontânea.

União (PI), 02 de abril de 2019.



Antonia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva

Servidora do HMU.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original qu
foi apresentado(a) e dou fe.
Em, 28/03/19

Setor do Arquivo Técnico do HPMP

Lula Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMP
RG: 105198193-2 Matr. 14495-9

NOME DO PACIENTE:

Paulo Henrique Gomes Araújo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

624891/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 AGO 2019

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde" **OPVAT**

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPMCNES
2323451ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPMCNES
2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUARIO
70030173775272	PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO	29/12/1988	M	424891
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
2518102	86895326850	MARIA DE LOURDES GOMES ARAUJO	O MESMO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NÚMERO / LOTE		
64120000		0		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
LOCALIDADE ZONA RURAL		UNIAO	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO. EVOLUIU COM FRATURA INCOMPLETA DE EXTREMIDADE DISTAL DE ULNA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIOCID 10
SECUNDÁRIOCID 10 CAUSAS
ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO (Nº
DO CONSELHO))Luis Henrique Rocha e Silva
RGDP 147 108 113 4 14/11/2018
CRM: 3099 20 Antonio Tasso

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA
SOLICITAÇÃO
07/11/2018DANIEL ROCHA E SILVA MODOEN
CPF: 03794152328

CRM:

DATA ADMISSÃO
07/11/2018 17:44DATA ALTA
10/11/2018 11:09MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ
SEGURADORA

Nº DO BILHETE SÉRIE

CNPJ DA
EMPRESACNAE
EMPRESACORRETORA
DE SEGUROS

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº
DO CONSELHO))NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLÉ
AVALIAÇÃO / AUDITÓRIALUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA
CPF: 46251075315

CRM:

DATA ANÁLISE: 14/11/2018
11:10:55

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

08 AGO 2019

DPVAT



Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

147522

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	816859
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO	6 - Prontuário:	424891
7 - CNS:	706301737775272	8 - Nascimento:	29/12/1988
9 - Sexo:	M	10 - CPF:	017.397.031-11
11 - Mãe:	MARIA DE LOURDES GOMES ARAUJO	12 - Fone:	86-9.95326850
13 - Resp:	PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO	14 - Cor:	PARDA
15 - Ender:	LOCALIDADE AREIAS	16 - CEP:	64120-000
17 - Cod. IBGE:	221110	18 - UF:	PI
19 - RG:	25181-02		

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Acidente motorizado
Queda no punho G.D.

21 - Condições que justificam a internação:

fratura do rádio

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Exame físico e RX

23 - Diagnóstico Inicial: 24 - Cid Princ.: S525 25 - Cid Sec.: 26 - Cid C.Ass.:

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Procedimento Solicitado

0408020431

27 - Procedimento Solicitado:	Tempo SUS
0408020431 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	2
29 - Clínica:	30 - Caracter:
POSTO 1:	02
31 - Documento:	32 Doc. Med. Solic.
CPF	05750040100
33 - Nome Profissional / Assistente	34 - Data de Solicitação:
ANTONIO DA SILVA MACEDO	07/11/2018

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	40 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE, Empresa	44 - CBO
38 - () Acidente de Trabalho Trajetos.			
45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.			

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização:	50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)
48 - Documento	49 - Num. Documento	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável

Paulo Henrique Gomes Araujo

Usuário: JACQUELINE ALMEIDA
Consulta Local:
Consulta SUS: 20181106178225
Impressão: 17:42:55



Polícia Militar do Piauí HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	FICHA DE PRONTUÁRIO			07/11/2018
SIM ☐ NÃO ☐	Nome: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO			Plant: 424891
IDEM OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 29/12/1988 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO		
SIM ☐ NÃO ☐	Atendimento: 816859	Enfermaria: POSTO II	ENF 206 LEITO	Leito: 206
CLÍNICA	Pai: JOSE DE MARIA FERREIRA ARAUJO			
	Mãe: MARIA DE LOURDES GOMES ARAUJO			
Médico Assistente	RG: 2518102			
	Residência:			
Permanência				
CLÍNICA				

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Acidente automobilístico
na rua no ponto de*

DIAGNÓSTICO

Provisório:	<i>fratura do zênite distal</i>	CID S525
Principal:		CID
Procedimento:		

Sintomas e Sinais Principais

doe a deformidade

Causa Médica

Histo - Patológico:

*Les. Hemat. Vascular
RGPM 10578193-2
Chefe do Serviço de Patologia*

TRATAMENTO

Tipo:

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

Terapêutica Médica

*fratura do zênite
e fratura da tibia*

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☒ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

CORRETOR DE SEGUROS

Data/Hora de Internação
07/11/2018 17:41:46

DURAÇÃO

Data da Alta:

10/11/18

Data da Hospitalização

08-AGO-2018

ALTA

Saída

- ☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

Transferência

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

Óbito

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

DPV

THE

Assinatura

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Iligina Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-000 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.144.159/0002-25 - CMC. 036.372-8



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 09 / 11 / 08
Nº DO PRONTUÁRIO 424891 SALA 07
CÓD DA CIRURGIA: 6403020407

Descrição da Cirurgia:

- 1- Forante em DCH sob hongo do lado
- 2- Assupção, entressupção, colocação de couro
- 3- Acuso color, via de honra
- 4- Interac e fraco com placa color
- 5- Jovão de fraco do antio de
com fins te.
- 6- honra de FO, sutura por
damos, curativo

Lias Hadrup, Ribeirópolis, P. 1711 PM
 RGM: 105198793-2; Matr. 14495-0
 Cade. 2 Selo do Arquivo Federal

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

28 AGO 2019

Cirurgia: Trocamento cirurgico de valvula de aortica

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Kelson

Circulante: *Genia Erlene Dias*
Genia Erlene Dias
 REN-01 922.628



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 126854

PACIENTE: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO

NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES GOMES ARAUJO

DATA DO NASCIMENTO: 29/12/1988

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 09/11/2018

DATA DO LAUDO: 19/11/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-operatório.

Osteossíntese de fratura no rádio distal com placa e parafusos metálicos.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.

Los Henriches Valenciano Reis 11 TEN PM
RCPM 105 1987 02-2-1987 14495-0
Chefe do Setor de Análise Técnica

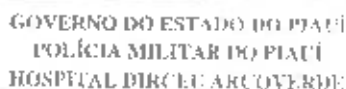
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 AGO 2019

DPVAT

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326



DATA: 09/11/89
N° DO FRONTIARI: 42891
C/L DA LUGAR: MOSCOSOY

DN: 29/12/88

NOME: Paulo Henrique Gomes Araújo Idade: _____ Sexo: _____
 PROCEDIMENTO: Tratamento do rabo enfiado Anest: 200/102
 CIRURGIÃO: Daniel AUX: _____ ANEST: Jonh ANESTESIA: bloquico
 INSTR: Kelson CIRC: contenc INCR: _____
 P.A. _____ RC. _____ PESO: _____ Hto: _____ Glicemia: _____
 Fim: _____
 Cirurgia: _____

[illegible]

Técnicas Anestésicas

Comentarios Adicionales

Biog. plane horizontal view ME / view arbor

☐ ECL	☐ Oxidant	☐
☐ PAB	☐ Capping agent	☐
☐ PANI	☐ PVC	☐

Source	Flow	Rate	Time	Temp.
Stage 1	1	1	1	1
Stage 2	1	1	1	1
Stage 3	1	1	1	1

Medicaid and Medicare: The 1990s

Adrenalina.....	Amp	Dolantina.....	Amp	Metaxalone.....	Fr	Propofol.....	Amp
Agua dest. 10ml.....	Amp	Droperidol.....	Amp	Mefenidol.....	Fr	Amidol.....	Amp
Atropina.....	Amp	Etoril.....	Amp	Neopaina Pen 0.5%.....	Amp	Quercin.....	Amp
Bacine.....	Amp	Etidim.....	Amp	Ristoc.....	Amp	Quinacrina.....	ml
Bromoprida.....	Amp	Fenflurano.....	ml	Neopaina 0.5%.....	Fr	Tricopentil.....	Fr
Cetazefina 1g.....	Fr	Fentanil.....	ml	Nefum.....	Amp	Siguanol.....	Fr
Cetastolina.....	Fr	Fentanil (S/G).....	Amp	Neopaina.....	Fr	S. Et. Iodol 0.9%.....	ml
Ciprofloxacina.....	Fr	Halotano.....	ml	Neopaina 0.5% (solu).....	Amp	S. Glucocario 6%.....	ml
Clonidin.....	Amp	Hidrocortisone.....	ml	Neostigmina.....	Amp	S. Iodol.....	Utd
Colóide (.....)	Fr	Isoflurano.....	ml	Omaprozol.....	Fr	Tricopentil.....	Amp
Dexametazone.....	Amp	Jelco n°.....	Utd	Ondasetrona.....	Amp	Utd.....	Fr
Diazepam.....	Amp	Lidocaina.....	Fr	Pellico Cel.....	Fr	Tricopentil.....	Fr
Diprion.....	Amp	Mefenidol.....	Amp	Pancuronio.....	Amp		
Depirona.....	Amp	Mantol.....	Fr	Propofol.....	Amp		

Abbildung 1: Die Struktur des Buchs

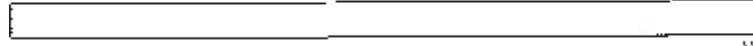
Joseph Patrick De Oliveira Rios
CNPJ 4306 *h*

ID: 128854
Paciente: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO
Idade: 029Y
Sexo: M

HPM



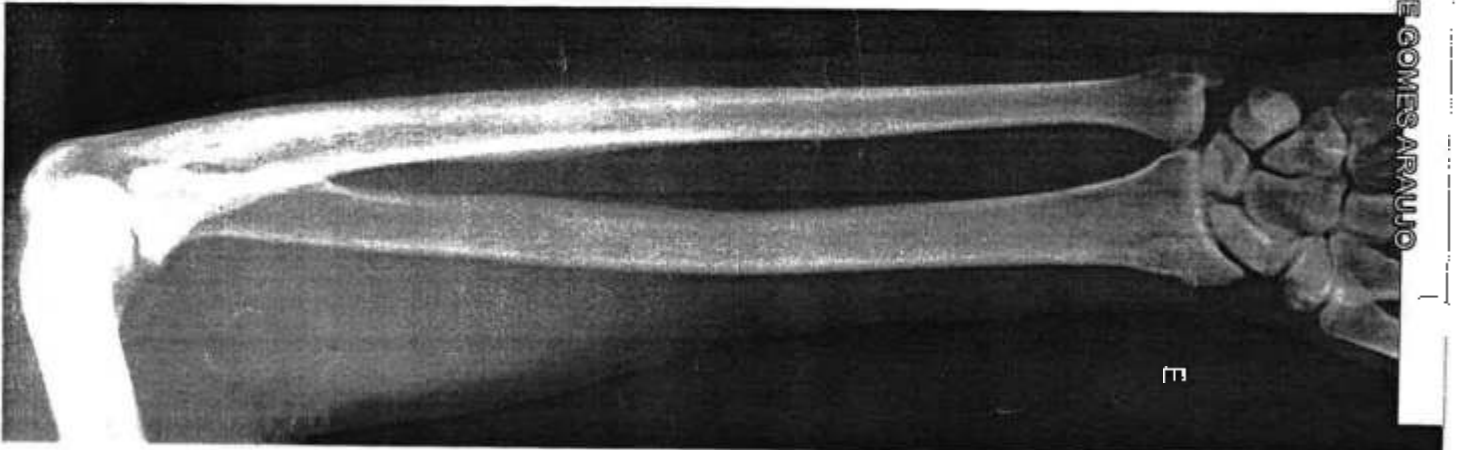
Horar: 09:38
Exame: 10/11/2013



Los Hornos - São Paulo - SP
R.G.P. 105.105.193.21 Mat. 14495-9
Cidade de São Antonio do Rio Preto

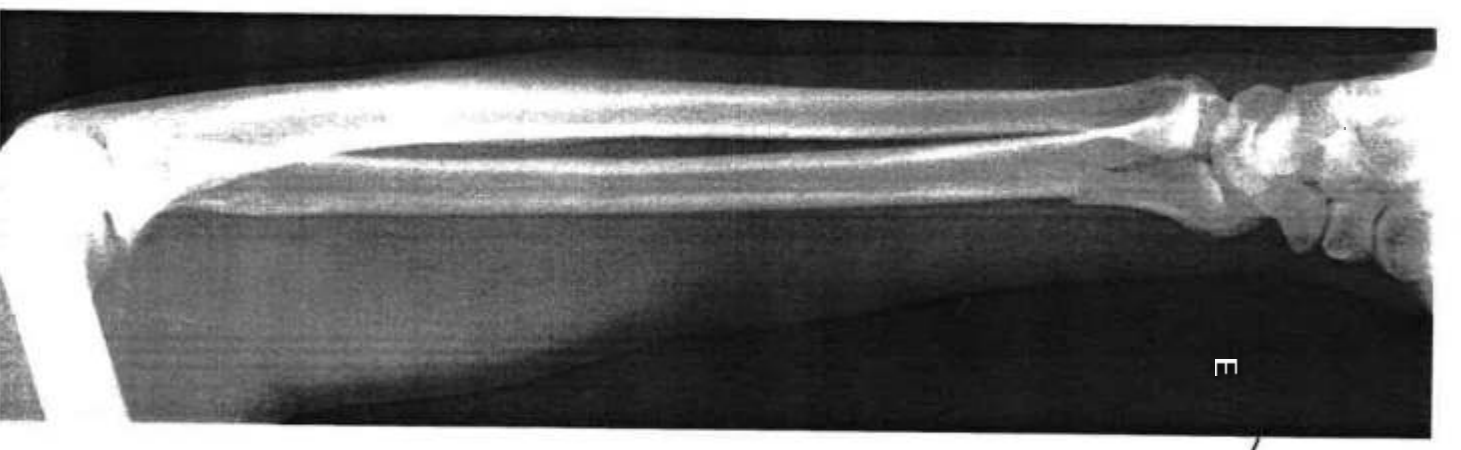


ID: 126499
Patient: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO
Gender: M
Sex: M



HIP

Los Angeles Times
RGPA 105198195-21 Mar 1435-9
RGPA 105198195-21 Mar 1435-9
RGPA 105198195-21 Mar 1435-9





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 126499

PACIENTE: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO

NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES GOMES ARAUJO

DATA DO NASCIMENTO: 29/12/1988

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 07/11/2018

DATA DO LAUDO: 22/11/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura cominutiva, oblíqua, com extensão articular, localizada na extremidade distal do rádio.

Avulsão do processo estilóide ulnar.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva, oblíqua, com extensão articular, localizada na extremidade distal do rádio.

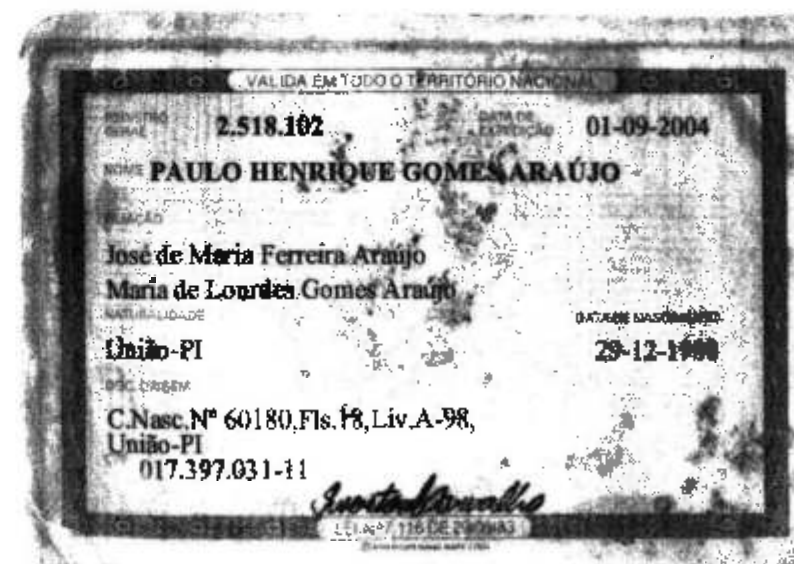
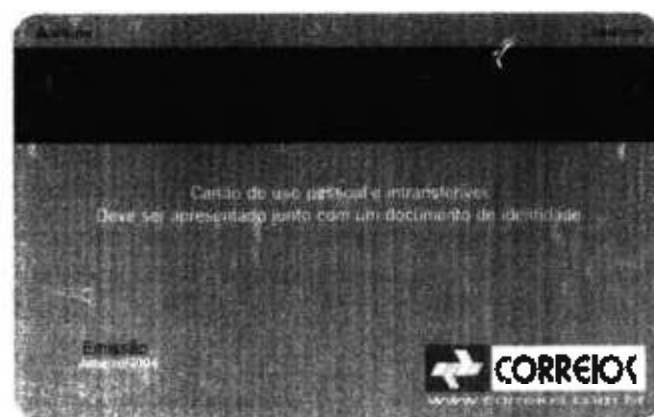
Avulsão do processo estilóide ulnar.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.


Luis Henrique Miconcelos Reis 1º TEN PM
RGPM 105498193-2 Al. 14495-Q
Chefe do Setor de Arquivo Técnico


Dra. Liege de Sampaio
Médica
CRM-Piauí 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.327.176	DATA DE EXPEDIÇÃO	11/09/13
NOME	ANTONIO DA SILVA BARROS		
FILIAÇÃO	MARIA COUTINHO DA SILVA BARROS		
NATURALIDADE	JOÃO MENEZES BARROS	DATA DE NASCIMENTO	
UDC. ORIGEM	UNIÃO-PI		27/07/1973
CERT. NASC.	1402 L 42 F 252.		
CPF	EXP UNIÃO-PI 208/08/05		
TERESINA - PI	496 923 053-68		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Antonio da Silva Barros
ASSINATURA DO TITULAR

6258825

CARTEIRA DE IDENTIDADE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469462 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.(P.8)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.7,10) - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469462 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.(P.8)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.7,10) - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469462 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.(P.8)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.7,10) - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469462 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.(P.8)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.7,10) - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 AGO 2019

DPVAT

ORTORGANTE:

Nome: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO
RG: 2.518.102 Órgão Emissor SSP-DF CPF 017.397.031-11
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil SETEIRO profissão LAURADOR
Endereço: LC. AREIAS Nº 5/11
Bairro: B. RURAL Cep: 64.120.000 Cidade/UF: UNIAO-PI
Telefone: (86) 99571-6487 (86) 99533-6191 ()

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
RG: 1.327.176 Órgão Emissor SSP-PI CPF: 496.923.053-68
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil SETEIRO profissão AUTÔNOMO
Endereço: RUA CANINDE Nº 2464
Bairro: CENTRO Cep: 64.120.000 Cidade/UF: UNIAO-PI
Telefone: (86) 99485-1210 () ()

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

Vítima: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO
CPF: 017.397.031-11 Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura Solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

UNIAO-PI, 23 julho de 2019
Local e Data

Paulo Henrique Gomes Araujo
Assinatura do outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

COMARCA DE UNIAO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE REGISTRO
CIVIL E DE NOTAS - UNIAO
Lucinete Oliveira Vieira
Escrivã Pública e Oficial do 1º
Civil e do 2º Criminal
Uniao - PI



CARTÓRIO DE UNIAO
Registro Civil e Notas

Rua Aufriedt nº 50, RTO - Centro - Uniao-PI - CEP: 64.120-000
Tel: Cel: (86) 99493-8633 - Cel: (86) 3127000-02
Tabelia: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO DO PE. EM TEST. DA VERDADE.
UNIAO-PI, 09/07/2019. Emol.: 3,85 13:0,77 FIMP: 0,10
Selos: 0,25 Total: 4,75 Selo: 988.12672 (F560P44)
LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA-Tabela Interina

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270612/19

Vítima: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO

CPF: 017.397.031-11

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 05/11/2018

Titular do CPF: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ANTONIO DA SILVA BARROS : 496.923.053-68

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

PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO : 017.397.031-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019
Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
CPF: 496.923.053-68

ANTONIO DA SILVA BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469462

Vítima: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469462

Vítima: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000000243-7**

Conta: **000010026036-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.397.031-11 4 - Nome completo da vítima: PAULO HENRIQUE GOMES ARAÚJO

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

5 - Nome completo: PAULO HENRIQUE GOMES ARAÚJO 6 - CPF: 017.397.031-11
7 - Profissão: LAVADOR 8 - Endereço: LC. AREIAS 9 - Número: 514 10 - Complemento:
11 - Bairro: B - RURAL 12 - Cidade: UNIÃO 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.120.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99533-6191

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0243 7 CONTA: 96.036 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: UNIÃO-PI, 23 de julho de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 AGO 2019

DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001375/2019-68

Unidade de Registro: 20ª DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Vicente Oliveira De Sousa

Data/Hora: 09/07/2019 - 11:04

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20ª DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

PI, 112 RODONEL SAIDA DE UNIÃO-PI PARA MIGUEL ALVES, Nº:

Complemento

DO LADO DO BAIRRO SÃO JOSÉ

Data/Hora

05/11/2018 - 18:20

Bairro

SÃO JOSÉ

Ponto de Referência

RODONEL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO

RG: 2.518.102 SSP/PI

Mãe: MARIA DE LOURDES GOMES DE ARAUJO

Pai: JOSÉ DE MARIA FERREIRA ARAUJO

Endereço: LOCALIDADE AREIAS, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9463-9160

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 AGO 2019

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADO VEIO NOTICIAR QUE NESTA DATA LOCAL E HORA JÁ MENCIONADO, PEDALAVA SUA BICICLETA, DO DESTINO CENTRO UNIÃO-PI, COM DESTINO À ZONA RURAL À SUA RESIDÊNCIA, E CHEGANDO NO LOCAL CITADO, UM MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO BATEU NO NOTICIANTE POR TRAZ, QUE O MESMO CHEGANDO A CAIR E QUEBRANDO O PUNHO DO BRAÇO ESQUERDO, E COM A FORTE PANCADA FICOU DESACORDADO, E QUANDO VOLTOU SEU CONSCIENTE, O REFERIDO MOTOCICLISTA ATROPELADOR JÁ HAVIA EVADIDO-SE DO LOCAL, E TENDO O MESMO IDO AO HOSPITAL JOSÉ DA ROCHA FURTADO DESTA CIDADE ESPONTANEAMENTE, E QUE AO SER ATENDIDO FEZ UM EXAME DE RAIO X E CONSTATOU QUE HAVIA QUEBRADO REALMENTE O PUNHO, E QUE RETORNOU PARA SUA RESIDÊNCIA, E DEPOIS FOI PARA O HOSPITAL HPM EM TERESINA-PI, POR CONTA PRÓPRIA, TENDO COMO TESTEMUNHA A SRA. NILZA MARIA DA SILVA, RG. Nº 2.131.127 -PI, CPF Nº 919.996.933-53, RESIDENTE NA MESMA LOCALIDADE, DO NOTICIANTE, E O SENHOR WASHINGTON LUIS MESQUITA SOARES, RG Nº 1.813.540-PI, CPF Nº 796.9132.403-30, RESIDENTE NESTA CIDADE. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Vicente Oliveira De Sousa - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

Paulo Henrique Gomes Araujo
PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO - Notificante
Responsável pela Informação

Francisco Lopes Queiroz

Delegado de Polícia

Delegado de Polícia

12.99.056-3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.397.031-11 4 - Nome completo da vítima: PAULO HENRIQUE GOMES ARAÚJO

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

5 - Nome completo: PAULO HENRIQUE GOMES ARAÚJO 6 - CPF: 017.397.031-11
7 - Profissão: LAVADOR 8 - Endereço: LC. AREIAS 9 - Número: 514 10 - Complemento:
11 - Bairro: B - RURAL 12 - Cidade: UNIÃO 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.120.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99533-6191

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0243 7 CONTA: 96.036 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: União - PI, 23 de julho de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 AGO 2019

DPVAT



unijus
Senhor

HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.483.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.uniu.pi@gmail.com

Nilva.
(86) 95336191

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: *Liliana* DATA: *21/12* HORA: *18:40*

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: *Raulo Henrique Gomes Araújo* DN: *29/12/88* ID: *29* SEXO: *M*
NOME DA MÃE: *Marcia de Lourdes Gomes Araújo*
CNS: _____ RG: _____ CONTATO: _____

ENDEREÇO: *Correias* CEP: *64.123.223*

BAIRRO: *2. Euraf* CIDADE: *União* UF: *PI*

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT. O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA: *Nega alergia medicamentosa*

OBSERVAÇÕES:

Trauma no punho e após acidente automobilístico

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ CONSELHO/REGISTRO: _____

03. HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO

Tratou trauma por acidente automobilístico evoluiu com dor e dificuldade de movimentar punho

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☒ RX ☐ US ☐ 08 AGO 2019

05. CONFIRMAÇÃO COM O ORIGINAL

DATA: *02/10/19*

Antônia R. Viana da Silva

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Solicito RX de punho E
(1) Diprospan 1amp (EV + AD)
(2) Diprospan 1amp (IM)
(3) Dexametasona 1amp (IM)

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM: _____ ENFERMEIRO(A)/COREN: _____ PACIENTE: _____

MÉDICO
CRM: _____

Lyane Menezes Proença
Enfermeira
COREN: _____

DPVAT



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA RÓCILA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265 1116,

CEP - 64.120.000 - União - Pínei

CNPJ: 18.488.308/0001 93

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Paulo Henrique Gomes Araújo** deu entrada neste hospital no dia 05 de novembro de 2018, às 18h40min, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo chegou ao hospital por demanda espontânea.

União (PI), 02 de abril de 2019.



Antônia Raimunda Viana da Silva

Antônia Raimunda Viana da Silva

Servidora do HMU.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00243-7

CONTA: 000010026036-5

Nr. da Autenticação B711A5E142D61B5E

Av. Maranhão 759 - Centro, II - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-85 (Insc. Estad. s/nº 9.301.311-0)
Inscrição: Centro de Energia Elétrica - Sítio 8-1
Regime especial de Imposto de Renda para SEFAZ 06/98

Para cadastro
consulte, informe
esse NÚMERO!!

SEU CONTADOR

1668748-5

Nº da Nota Fiscal 022118547

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAR/2019	29-05-2019	185	102,81

PAULO HENRIQUE GOMES ARAUJO
LC AREIAS S/N B-RURAL
CPF: 00001739703111
CEP: 64.170-000 - UNIAO

ROT: 115 000 15 00 000000

DADOS DA LEITURA	KWH	DATA
Atual:	3512	22/05/2019
Anterior:	3427	23-04-2019
Constante de Multiplificador:		Próxima Leitura: 21-06-2019
Consumo Medido:	185	Emissão: 21-05-2019
Consumo Faturado:	185	Apresentação: 22-05-2019
Forma de Pagamento:	NORMAL	Código de Regularização: 29
		Clas de Consumo:

Classe/Subclasse	Tipologia	Número Medidor	Pólo	Código Tar.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1693919		1-1.1.1	123

Descrição da Conta	Valor
--------------------	-------

Mês/ano consumo	Consumo	Valor
APR/19	115	91,04
MAR/19	100	11,77
FEV/19	110	
JAN/19	116	
DEZ/18	105	
NOV/18	139	
OUT/18	177	
SET/18	0	
AGO/18	0	
JUL/18	0	
TOTAL ANO 2018		
J A 185 - 0,02236		

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
08 AGO 2019
DPVAT

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Justificativa
04/2019	111,85	Justificativa: consumo fora do mês de vencimento, com fornecimento de energia elétrica a partir de 04-05-2019. O não pagamento por este período faz com que a inclusão do mês de consumo no mês de vencimento, com isso efetua-se o pagamento sobre o consumo deste mês.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12047/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Valor total a pagar: 111,85 (cento e onze reais e oitenta e cinco centavos)

RESERVAÇÃO AO FISCO 1661 1629 2216 F217 F414 3870 0291 DGED

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E DESCONTOS - R\$
Distribuição: 10,14	Base de Cálculo: 91,04
Energia: 16,97	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 6,25	Valor do ICMS: 20,02
Extensão: 3,06	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 25,52	Valor do COFINS: 6,49%

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DEC			FIC			OMC	OCOC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	12,76	25,53	51,05	8,43	16,29	32,18	6,39	
Realizado	7,91			2,60			4,39	
Condição	UNIAO						03/2019	34,38



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-29 | Insc. Estadual: 19.301.183-5
Nota Fiscal e Conta de Energia E-0160 - Seia B-1
Regime especial de imposto de renda instituído pela RFB nº 10.507/05/05

Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 023397397

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE, é concedida
pela Lei nº 13.128 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	26-06-2019	170	169,11

JOAO KENESES BARROS
R. CANINDE 464 860 CENTRO

CEP: 00000000	KWH	DATAS DA LEITURA
CEP: 64.120-000 - UNIAO		Atual:
Anterior:	38,75	Anterior: 19/06/2019
Constante de Multiplicação:	3705	Próxima Leitura: 21-05-2019
Consumo Média:	1,000	Emissão: 19-07-2019
Consumo Faturado:	170	Apresentação: 18-06-2019
Forma de Pagamento:	170	Dia de Consumo: 19-06-2019
	FCAN	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		
Classe/Subclasse	NORMA	Código Pat. 12 meses
	Número Medidor	Poste

MONO	A1925869	DESCRIÇÃO DA CONTA	1.1.1.1	172
		CONSUMO 170 A R\$ 0,861322 =		146,42
		CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		18,98
		CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		0,43
		MULTA POR ATRASO 05/19-00		2,86
		JUROS POR ATRASO 05/19-00		0,47
		ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,57		
MAI/19	165			
ABR/19	155			
MAR/19	151			
FEV/19	164			
JAN/19	145			
DEZ/18	165			
NOV/18	220			
OUT/18	210			
SET/18	205			
AGO/18	170			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 170 - 3.612,00

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 18-05-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelo vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, conforme o prazo permitido nos seus contratos de consumo.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	773D.D72F.6151.C9B1.348B.CF54.8A04.6955		
Energia:		Alíquota: CMS:	
Transmissão:	30,78	Valor de ICMS:	146,42
Encargos:	59,45	Valor de PIS:	22,00%
Tributos:	10,05	Valor de COFINS:	32,21
+ 92 INDICADORES DE CONTINUIDADE		1,40%	1,60

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 AGO 2019

DPVAT