



Número: **0800407-09.2017.8.18.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Parnaíba**

Última distribuição : **23/08/2017**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUSA (AUTOR)</b>	<b>FRANCISCO JOSE GOMES DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
312625	23/08/2017 09:44	<a href="#"><b>PROCURAÇÃO E DOCUMENTOS20150721 T1045816</b></a>	Procuração



## ADVOCACIA E CONSULTORIA

Causas Cíveis, Trabalhistas, Administrativas...

Dr. Francisco José Gomes da Silva

OAB/PI nº 5234/07

### PROCURAÇÃO AD-JUDICIA

**OUTORGANTE(S): GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, mototaxista, portador do RG. nº 3.277.011-SSP-PI e CPF nº 051.718.403-69, residente e domiciliado nesta cidade na Avenida Marquês de Paranaguá, 484, Bairro Nova Parnaíba, nesta cidade.

**OUTORGADO: Dr. FRANCISCO JOSÉ GOMES DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PI o nº 5234, com Escritório na cidade de Parnaíba, Estado do Piauí, na Avenida Governador Chagas Rodrigues nº 857-A, Centro, nesta cidade.

**PODERES:** Para o foro em geral, bem como os ínsitos nas cláusulas Ad-Judicia et Extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todo procedimento cível e criminal ou trabalhista, nos termos do art. 38, do CPC e art. 5º e seus parágrafos, da Lei nº 8.906/94-EAOAB, em que a outorgante for autora ou réu, podendo requerer e assinar, firmar compromissos, fazer acordos, desistir, interpor todos os recursos permitidos em direito em todas as instâncias, varias de ações, embargar, agravar, produzir e requerer provas e justificação, fazer as declarações da lei, representá-la em quaisquer repartições públicas federais, estaduais ou municipais, autarquias e instituições paraestatais, seguir e acompanhar processos nessas repartições, seja de que natureza forem, contratar e substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Parnaíba(PI), 25 de março de 2015.

*Gilson Carlos Rodrigues de Sousa*

Avenida Governador Chagas Rodrigues, 857-A, Centro - Cep.: 64.200-490 - Parnaíba-PI  
Fone/fax: 3322 4469 – Cel. 9926-8747 – E-mail: franciscogomes-advogado@hotmail.com





# ADVOCACIA E CONSULTORIA

Causas Cíveis, Trabalhistas, Administrativas...

Dr. Francisco José Gomes da Silva

OAB/PI nº 5234/07

## DECLARAÇÃO

**GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, mototaxista, portador do RG. nº 3.277.011-SSP-PI e CPF nº 051.718.403-69, residente e domiciliado nesta cidade na Avenida Marquês de Paranaguá, 484, Bairro Nova Parnaíba, nesta cidade, declara para os devidos fins e direitos que não tem condições financeiras de arcar com despesas processuais.

Parnaíba, 24 de março de 2015.

Gilson Carlos Rodrigues de Sousa

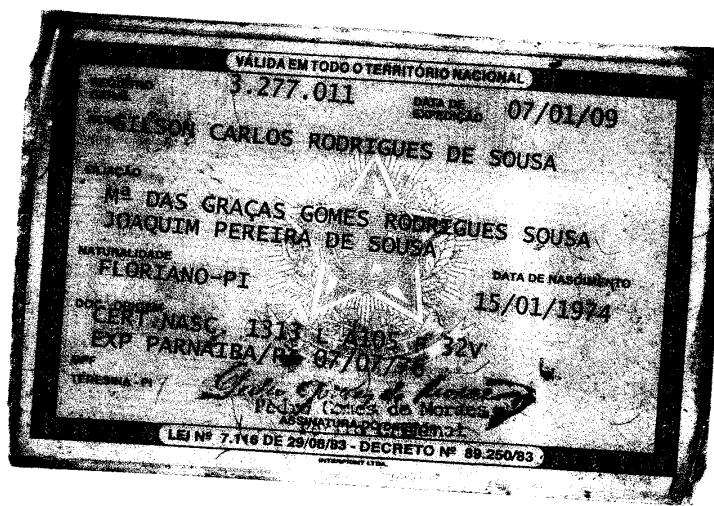
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avenida Governador Chagas Rodrigues, 857-A, Centro - Cep.: 64.200-490 - Parnaíba-PI  
Fone/fax: 3322 4469 - Cel. 9926-8747 - E-mail: franciscogomes-advogado@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE GOMES DA SILVA - 23/08/2017 09:43:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082309412416300000000300646>  
Número do documento: 17082309412416300000000300646

Num. 312625 - Pág. 2



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**051.718.403-69**

Nome  
**GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUSA**

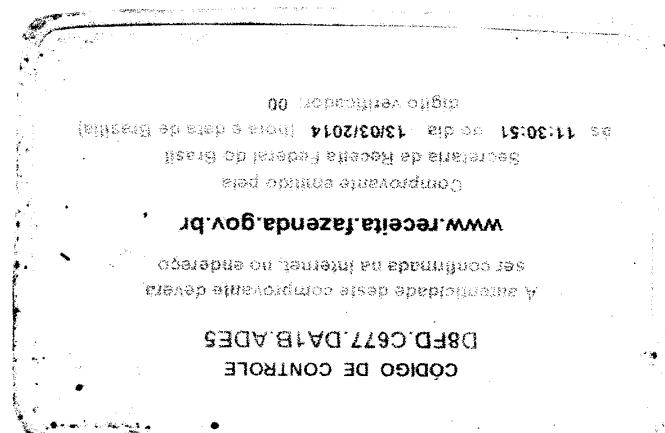
Nascimento  
**15/01/1974**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO JOSE GOMES DA SILVA - 23/08/2017 09:43:23  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082309412416300000000300646>  
Número do documento: 17082309412416300000000300646

Num. 312625 - Pág. 3



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUZA  
RG nº 3.277.011, data de expedição 07/01/09, Órgão SSP/PI,  
CPF nº 051.718.403-69, venho perante a este instrumento declarar que  
não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no  
endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua / Avenida / Praça)	<u>AV. MARQUES DE PARANAÍBA</u>
Número	<u>484</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>NOVA PARNAÍBA</u>
Cidade	<u>PARNAÍBA</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64218-470</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PARNAÍBA - PI 09/02/15

Assinatura do Declarante: Gilson Carlos Rodrigues de Souza.



000013594  
 13/08/2014 315 163,15  
 AGOSTO/2014

AMADEU ALVES CAVALCANTE AV MARQUES DE PARANAQUA 484 484 NOVA PARNABA

CEP: 64.218-470 PARNABA ROT: 147.002.03.10.107800

	12056	11741	1,000	315	315	FCAM	30
	06/03/2014	07/07/2014	06/09/2014	06/08/2014	06/08/2014		

NORMAL

RESIDENCIAL MONO 4556517 1.1.1.1 130

	CONSUMO	315 A R\$ 0,459356 =	144,69
	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		18,46

JUL/14	336	
JUN/14	275	
MAI/14	250	
ABR/14	188	
MAR/14	58	
FEV/14	45	
JAN/14	77	
DEZ/13	68	
NOV/13	63	
OUT/13	69	
TOTAL EM TRIÊNUO:		
	315 - 0,325730	

Mes/Ano	Valor R\$	
07/2014	172,22	despesa corrente interna e susseguente do fornecimento de
06/2014	148,82	água e/ou esgoto a partir de 01/09/2014, em função das contas
		que foram geradas entre 01/01/2014 e 01/08/2014, pagamento poderá ser feito tanto
		em débito direto quanto em débito comum, sempre que o pagamento
		de 01/01/2014 a 01/08/2014, e que não é realizada pelo
		usuário em seu endereço de origem e/ou destino. Caso forra elevado
		o débito comum, o mesmo não poderá exceder este 5,10%.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

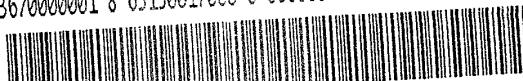
	144,69	25,00%
48,74		
43,33		36,17
3,33		1,05
7,21		4,86
42,08		
8,05	16,11 32,23	3,63 7,26 14,52 4,65
0,00		0,00
		06/2014 58,21

PARNABA  
 ROT: 147.002.03.10.107800

119351-1 163,15  
 08/2014 13/08/2014

000013594 FCAM

8367000001 8 63150017000 8 00000000119 8 35110814008 5





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

383 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 101302.005449/2014-80**

**Unidade Policial:** 2º DP DE PARNAÍBA

**Resp. pelo Registro:** Pedro Pereira Do Nascimento Neto

**Delegado:** ARTHUR BARROS LEAL

**Data/Hora:** 26/11/2014 - 16:46

**Unidade Policial Responsável**

2º DP DE PARNAÍBA

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

PARNAÍBA

**Endereço**

AV. DAS NORMALISTAS, Nº:

**Complemento**

Bairro

NOVA PARNAIBA

**Ponto de Referência**



**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

**Nome:** GILSON CARLOS RODRIGUES DOS SANTOS

**Tipo Envolv.:** VÍTIMA/Noticiante

RG: 3277011 SSP PI

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS GOMES RODRIGUES SOUSA

Pai: JOAQUIM PEREIRA DE SOUSA

Endereço: AV. MARQUES DE PARANAGUA, Nº 484

Bairro: NOVA PARNAIBA

Cidade: PARNAÍBA

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

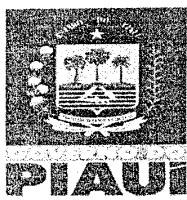
RELATOU QUE COMPARCEU NESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR QUE NA DATA, LOCAL E HORA MENCIONADOS ACIMA, SEGUIA PELA AV. DAS NORMALISTAS A CAMINHO DO TRABALHO, PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS, DE COR AZUL, ANO/MODELO 2005, DE PLACA LWC-9826-PI, DE CHASI: 9C2KC08105R865355,EMPLACADA EM NOME DE GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUSA. QUE SEGUIA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA, QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM CICLISTA QUE ENTROU EM SUA FRENTE VEIO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIR, SOFRENDO UM GRAVE ACIDENTE. QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA E EM SEGUIDA LEVADO PARA O HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE, ONDE FOI CONSTATADO FRATURA NO JOELHO ESQUERDO. É O RELATO.

*Pedro Pereira Do Nascimento Neto - Mat. 0389625*  
Pedro Pereira Do Nascimento Neto - Mat. 0389625  
AGENTE DE POLÍCIA

*Gilson Carlos Rodrigues de Sousa*  
GILSON CARLOS RODRIGUES DOS SANTOS - Noticiante  
Responsável pela Informação

*Bel. James Guerra Júnior*  
Bel. James Guerra Júnior  
Delegado Geral da Polícia  
Civil do Estado do Piauí  
Mat. 108.617-X





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA – SSP  
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
DELEGACIA DE POLÍCIA 2º DISTRITO POLICIAL

**CERTIDÃO DE ADITAMENTO**



**CERTIFICA**, a requerimento verbal de pessoa interessada e para fins de direito que: o Boletim de *Ocorrência Nº 101302.005449/2014-80*, *datado em 26.11.2014*, *expedido pela Delegacia 2º DP de Parnaíba-Pi*, como comunicante e vítima, **GILSON CARLOS RODRIGUES DOS SANTOS**, , Que na verdade o nome correto da vítima é **GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUSA**. é verdade dou Fé.

*Parnaíba-Pi, 15 /01/2015.*

*Pedro Pereira Do Nascimento Neto*  
Pedro Pereira Do Nascimento Neto  
Policia Civil – Mat. 0389625



## RELATÓRIO MÉDICO

GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUSA, sofreu acidente de trânsito no dia 09/09/2014, sendo socorrido e levado para o Hospital Dirceu Arcoverde, ao chegar foi submetido a exame de R/x, onde foi constatado pelo médico de plantão que a vítima estava com Fratura do Joelho Esquerdo, passando 30 dias fazendo uso de gesso. Em consequência do acidente a vítima teve como sequelas definitivas: dor, rigidez, incapacidade funcional dos movimentos, dificuldade de caminhar longa distância, dificuldade em permanecer em pé por muito tempo, não consegue apoiar seu peso e sua força sobre a perna, uma vez que não tem firmeza na perna lesionada.

Encontra-se de alta definitiva na data do dia 17/12/2014, tendo como grau de incapacidade funcional irreversível de 70% do Joelho Esquerdo, pós fratura.

Parnaíba-Pi, 17 de Dezembro de 2014.



*Dr. Leonardo Corrêa Sousa*  
Clínico Geral  
CRM-MA:7862 / CRM-PI:5251



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 3.277.011 SSP/PI e inscrito no CPF/MF sob o nº 051.718.403-69 residente e domiciliada na AV. MARQUES DE PARANAÍBA, nº 484, Bairro NOVA PARNAÍBA, Cidade de PARNAÍBA, Estado PI, 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
- (X) 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.

Gilson Carlos Rodrigues de Sousa

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

PARNAÍBA-PI, EM 09/02/15.



## AVISO DE SINISTRO DPVAT

Na forma do disposto, na resolução Nº. 01/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados e Capitalização - CNSP, leve ao conhecimento desta Companhia a ocorrência do acidente em questão:

Nome da Vítima: Gilson Carlos Rodrigues de Souza  
 A etia: O resultado do acidente foi:  
 Motorista  Passageiro  Pedestre  DAMS  Invalidiz  Morte

Em cumprimento ao item 10 da resolução nº. 01/75 do CNSP, segue junto ao presente aviso de sinistro os documentos listados abaixo:

Documentos necessários nos processos de:

DAMS	Invalidiz	Morte
Aviso de Sinistro	Aviso de Sinistro	Aviso de Sinistro
Ficha de Autorização de Pagamento	Ficha de Autorização de Pagamento	Ficha de Autorização de Pagamento
Relatório Médico de 1º. Atendimento Hospitalar	Original ou Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência	Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência
Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência	Cópia do RG/CPF da vítima	Cópia do RG/CPF da vítima
Cópia do RG/CPF da vítima	Comprovante de residência da vítima	Certidão de óbito (autenticada)
Comprovante de residência da vítima	Laudo do I.M.L. ou declaração de inexistência de I.M.L. ou declaração de ausência de Laudo do IML acompanhado de relatório médico qualificando as sequelas.	Laudo cadavérico ou prontuário médico completo, da internação ao óbito (somente para casos onde óbito não tenha ocorrido na mesma data do acidente).
Nota Fiscal emitida pelo Hospital	Relatório de 1º atendimento hospitalar	Documento comprobatório do(s) beneficiário(s) legal (ais)
Notura Hospitalar	Relatórios hospitalares de evolução ou internação (prontuário médico).	Cópia do RG e CPF do(s) beneficiário(s)
Recibos Médicos (caso existam)		Comprovante de residência do beneficiário(s) legal (ais)
Relatórios Médicos Complementares		Procuração (caso exista)
Requisições de Exames (caso existam)		Cópia do RG e CPF do procurador (caso exista)
Laudos de Exames (caso existam)		Comprovante de residência do procurador (caso exista)
		Declaração de únicos herdeiros
		Declaração de únicos herdeiros para menor beneficiário (caso exista)
OBS: Outros documentos poderão ser solicitados pela Cia. Líder.	OBS: Outros documentos poderão ser solicitados pela Cia. Líder.	Declaração de cônjuge e 2º via da certidão de casamento (pós óbito) caso exista cônjuge (autenticada).

Campo Preenchido pelo Beneficiário/Procurador

Cidade Parnaíba UF PI DATA EM 09/02/15.

Gilson Carlos Rodrigues de Souza

Assinatura do Beneficiário/Procurador

Campo Preenchido pela Seguradora/Reguladora

Cidade:	Data do aviso
UF:	/ /

Visto do Funcionário

Telefone para contato com a vítima/beneficiário





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, GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUZA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.277.011 EXPEDIDO POR SSP/PI EM 02/01/09 E  
 CPF 054.218.403-69 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO MOTORISTA  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 4000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUZA, 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

## 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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

24/01/04-PI, 09 de FEVEREIRO de 2015 \* Gilson Carlos Rodrigues de Souza  
 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 invalidade 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



S/DATESS

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

NO.: DO BE.: 225206 DATA: 09/09/2014 HORA: 08:15 USUARIO: ELIETE  
CNS.: SETOR: 01 - EMERGENCIA

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME : GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUSA DOC. :  
 IDADE : 40 ANOS NASC: 15/01/1974 SEXO : MASCULINO  
 ENDERECO : RAU DR. VIEIRA DA CUNHA NUMERO: 465  
 COMPLEMENTO : BAIRRO: NOVA PARNAIBA  
 MUNICIPIO : PARNAIBA UF: PI CEP. :  
 NOME PAI/MAE : JOAQUIM PEREIRA DE SOUSA /MA. DAS GRACAS RODRIGUES SOUSA  
 RESPONSAVEL : O PROPRIO TEL. : 86 3323-94  
 PROCEDENCIA : NOVA PARNAIBA 69  
 ATENDIMENTO : ACIDENTE TRANSITO MOTOCICLISTA/PASSAGEIR  
 CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO TRAUMA : NAO  
 ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

EXAMES COMPLEMENTARES:  RAIO-X  SANGUE  URINA  TC  
 LÍQUOR  ECG  ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: E I SIM E O NAO

DADOS CLÍNICOS:

11000# James em J.C. 1100 ②

Sauvignon Blanc (1810)

DIAGNOSTICO: ~~Presenta~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~paciente~~ ~~los~~ ~~sintomas~~ ~~de~~ ~~una~~ ~~infección~~ ~~urinaria~~

## PRESCRIÇÃO

#### HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAÍDA:

ALTA:  DECISAO MEDICA  A PEDIDO  EVASAO  DESISTENCIA  
 ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): \_\_\_\_\_

## TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAÚDE)

DEBITO: E 3 ATE 48HS E 3 APOS 48HS E 3 FAMILIA. E 3 IML E 3 ANAT. PATOL.

1. *Leucosia* *leucosia* *leucosia*

ASSINATURA F. S. B. 11/10/1984  
DR. F. S. B. C. M. 11/10/1984  
1110 2535843008 MEDICO



[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



ANOS

## Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Seguradora Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de Atendimento](#)
- [SAC 0800 0221204](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Autoatendimento](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

[Início do conteúdo](#)

### Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

#### SINISTRO 3150198605 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUSA

**COBERTURA** Invalidez

**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MBM SEGURADORA S/A

**ENDEREÇO** Rua dos Andradas, 772, Centro Histórico, Porto Alegre - 23, CEP: 90020-004

**BENEFICIÁRIO** GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUSA

**CPF/CNPJ:** 05171840369

**Posição em 21-07-2015 10:35:42**

Indenização creditada em 18/03/2015, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
18/03/2015	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



## Extrato últimos 5 dias

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS  
GILSON CARLOS RODRIGUES DE SOUSA 14:57 HRS  
AGENCIA 1522 CONTA 0002982-3 27/MAR/2015

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUP)  
-----DEZEMBRO/2014-----  
DIA HISTORICO N.DOCTO VALOR  
02 SALDO ANTERIOR 0,00  
-----FEVEREIRO/2015-----  
19 TRF CC AUTOAT 4409786 2,00  
Jaildo Souza Silva  
S A L D O ..... 2,00  
-----MARCO/2015-----  
18 RECEB PAGFOR 1801522 1.687,50  
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS  
TARIFA BANCARIA 0020115 15,00-  
CESTA CELULAR CORRESP PAIS  
TARIFA BANCARIA 0020215 15,00-  
CESTA CELULAR CORRESP PAIS  
TARIFA BANCARIA 0020315 15,00-  
CESTA CELULAR CORRESP PAIS  
S A L D O ..... 1.644,50  
19 RENDIMENTOS 1906067 0,01  
POUP FACIL-DEPOS A PARTIR 4/5/12  
S A L D O ..... 1.644,51  
20 RECIBO RETIRADA 1030788 1.500,00-  
ESPECIE  
S A L D O ..... 144,51  
24 RECIBO RETIRADA 1030173 144,51-  
ESPECIE  
SALDO TOTAL 0,00

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS  
POUPANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12  
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)  
ANIVERSARIO 27/03/2015  
18 0,00 0,00  
19 0,00 0,01  
TOTAL ..... 0,01

