
Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190579443

Vítima: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

Data do Acidente: 03/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190579443

Vítima: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

Data do Acidente: 03/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 00000113721-4

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





Autorização de pagamento de SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

057.354.613-46

Nome completo da vítima

Francisco Eduardo Gomes A. Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco Eduardo Gomes A. Alves		CPF titular da conta 057.354.613-46	Profissão Autônomo
Endereço Rua: Stalucia		Número 3674	Complemento
Bairro Bela vista	Cidade Viana	Estado PI	CEP 64000-000
Email		Telefone (DDD) (96) 99926 0249	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD.	D/V	CONTA NRD.	D/V
3606		21373	1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
AGÊNCIA NRD.	D/V
CONTA NRD.	D/V
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Viana, 24 de Junho de 2018
Local e Data

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

26 JAN 2018

DPVAT

Francisco Eduardo Gomes A. Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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 (assinalar 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) ☐ Divorçado ☐ 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 e provarem 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 - Imprescindível digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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, Timonium - MA 09 de Outubro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004122/2017-91

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 28/09/2017 - 12:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. AIRTON SENA, Nº:

Complemento

PORTAL DA ALEGRIA III

Data/Hora

03/08/2017 - 08:00

Bairro

PORTAL DA ALEGRIA

Ponto de Referência

CRECHE PEDRO ARRUPÉ

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 3432301 PI

Mãe: ELIANA GOMES DE ARAUJO ALVES

Endereço: QD-S, BL-08, APT. 11, RESID. WALL FERRAZ, Nº

Bairro: PORTO ALEGRE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP 110 I, PLACA PIM-5894-PI, COR BRANCA, RENAVAM 01088309116, PROP. DE OSMAR DA COSTA E SILVA NETO, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM CELTA DE COR VERMELHA, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, INVADIU A FAIXA DE TRÁFEGO DA MOTO, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 450468). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004122/2017-91

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Resp. pelo Registro:** Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 28/09/2017 - 12:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

55 2960

Data/Hora

03/08/2017 - 08:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PORTAL DA ALEGRIA

Endereço

AV. AIRTON SENA, Nº:

Complemento

PORTAL DA ALEGRIA III

Ponto de Referência

CRECHE PEDRO ARRUPÉ

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3432301 PI

Mãe: ELIANA GOMES DE ARAUJO ALVES

Endereço: QD-S, BL-08, APT. 11, RESID. WALL FERRAZ, Nº.

Bairro: PORTO ALEGRE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP 110 I, PLACA PIM-5894-PI, COR BRANCA, RENAVAM 01088309116, PROP. DE OSMAR DA COSTA E SILVA NETO, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM CELTA DE COR VERMELHA, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, INVADIU A FAIXA DE TRÁFEGO DA MOTO, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 450468). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Kátia Maria Evangelista - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Azeite Leal Parafina
Delegada Gerente da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

Declaração de Inexistência



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves

CPF da Vítima

057.354.613-46

Data do Acidente

03/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves

Email

CPF do Representante Legal

057.354.613-46

Telefone (DDD)

(86) 99926-0249

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 51º 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Turino 27 de novembro de 2017

Local e Data

Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

04 DEZ 2017

DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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 (assinalar 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) ☐ Divorçado ☐ 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 e provarem 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 - Imprescindível digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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

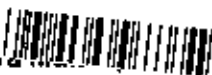
40 - Local e Data, Timonium - MA 09 de Outubro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Preteritua



na

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMUSAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	295	02 Data do chamado	03/08/17	03 PRO (código)	21903	04 Saída do PA	8:27	05 Chegada ao local	8:42
	06 Saída do local	8:49	07 Chegada ao 1º hospital	9:08	08 Saída do 1º hospital		09 Chegada ao 2º hospital			
Localidade Ocorrência	10 Endereço	Al. Ailton Senna								
	11 Bairro	Pântano da Alegria								
Dados do Paciente	12 Município-UF	TJE-PI								
	13 Ponto de referência	Creche Pedro Amante								
Tipo de Ocorrência	14 Nome	João Eduardo Gomes de Araújo Alves								
	15 Sexo	1 - Masculino ☒ 2 - Feminino ☐ 9 - Ignorado ☐								
Tipo de Ocorrência	16 Idade	21 ☒ 1 - Dia ☐ 2 - Mês ☐ 3 - Ano ☐ 9 - Ignorado ☐								
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim ☐ 2 - Não ☒ 9 - Ignorado ☐								
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	☒ 01 - Acidente de transporte ☐ 02 - Agressão física-espantamento ☐ 03 - Agressão física-FAF ☐ 04 - Agressão física-FAB ☐ 05 - Urgência psiquiátrica ☐ 06 - Tentativa de suicídio ☐ 07 - Envenenamento ☐ 08 - Afogamento ☐ 09 - Queimadura ☐ 10 - Choque elétrico ☐ 11 - Queda ☐ 12 - Urgência clínica ☐ 13 - Urgência obstétrica ☐ 14 - Transferência ☐ 15 - Exames complementares ☐ 16 - Outros ☐ 17 - Já removido ☐ 18 - Falso chamado								
	19 Vítima	☒ 1 - Pedestre ☐ 2 - Condutor ☐ 3 - Passageiro ☐ 9 - Ignorado								
Tipo de Ocorrência	20 Meio de locomoção	☒ 1 - A pé ☐ 2 - Automóvel ☐ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 9 - Ignorado								
	21 Outra parte envolvida	☐ 1 - Automóvel ☐ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado								
Tipo de Ocorrência	22 Equipamentos de segurança	☒ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança								
	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum								
Exame Físico	24 Sinais Vitais	Pulso 101 Resp. 16 PA TAX SatO2 98%								
	25 Local da lesão									
Exame Físico	26 Pupilas	☒ 1 - Iguais ☐ 2 - Desiguais								
	27 Pulso Radial	☐ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente								
Exame Físico	28 Sangramento	☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não								
	29 Dor	☐ 0 Sem Dor ☒ 1 Leve ☐ 3 Moderada ☐ 7 Intensa ☐ 10								
Exame Físico	30 Fratura	☐ 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito								
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	☐ Aspiração ☒ Prancha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso Venoso ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c)								
Assistência	32 Hospital de Destino	1407								
	33 Condições de entrada	☒ 1 - Melhorado ☐ 2 - Piorando ☐ 3 - Inalterado								
Assistência	34 Óbito	☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não								
	35 Observações Interdisciplinares	Vítima de acidente de transporte por colisão com um moto, com lesões orientadas, risco de vida iminente.								

Dr. João Gomes Sucupira
Médico
6421-1111

Socorristas
Médico
AE/TE

Amorim
Amorim

Enfermeiro
Conductor

Marcelo
Paulo Roberto



Dados do Chamado	01 N° do chamado	295	02 Data do chamado	03/08/17	03 PRO (código)	219103	04 Saída do PA	8:27	05 Chegada ao local	8:42
	06 Saída do local	8:49	07 Chegada ao 1º hospital	9:08	08 Saída do 1º hospital		09 Chegada ao 2º hospital			
Local da Ocorrência	10 Endereço	Av. Ailton Senna								
	11 Bairro	Pântano da Alegria II		12 Município-UF	THER-PI		Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	Creche Pedro Amante								
	14 Nome	Edoardo Gomes de Almeida Alves					15 Sexo	1 - Masculino ☒ 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	21	1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☒			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	☒ 01 - Acidente de transporte ☐ 02 - Agressão física-espantamento ☐ 03 - Agressão física-FAF ☐ 04 - Agressão física-FAB ☐ 05 - Urgência psiquiátrica ☐ 06 - Tentativa de suicídio ☐ 07 - Envenenamento ☐ 08 - Afogamento ☐ 09 - Queimadura ☐ 10 - Choque elétrico ☐ 11 - Queda ☐ 12 - Urgência clínica ☐ 13 - Urgência obstétrica ☐ 14 - Transferência ☐ 15 - Exames complementares ☐ 16 - Outros ☐ 17 - Já removido ☐ 18 - Falso chamado								
	19 Vítima	☒ 1 - Pedestre ☐ 2 - Condutor ☐ 3 - Passageiro ☐ 9 - Ignorado		☒ 20 Meio de locomoção ☐ 1 - A pé ☐ 2 - Automóvel ☐ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 9 - Ignorado		☒ 21 Outra parte envolvida ☐ 1 - Automóvel ☐ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado		☒ 22 Equipamentos de segurança ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança		
Exame Físico	23 Glasgow = 15	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		24 Sinais Vitais Pulso 101 Resp. 16 PA TAX SatO2 98%		25 Local da lesão
	26 Pupilas	☒ 1 - Iguais ☐ 2 - Desiguais		27 Pulso Radial ☐ Central ☐ 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente		28 Sangramento ☒ 1 - Sim 2 - Não		29 Dor ☐ ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☒
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☒ Prancha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso Venoso ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c)									
	32 Hospital de Destino <u>HOT</u> ☐ Não Removido 33 Condições de entrada ☒ 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito ☐ 1 - Sim 2 - Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte									
Observações Interdisciplinar	Vítima de acidente de transporte por este seu carro e moto, consciente orientado, referir dor no antebraço E.									
	Assinaturas: Socorristas: Médico <u>Amósio</u> Enfermeiro <u>Marta</u> AE/TE <u>João da Silva</u> Condutor <u>Paulo Roberto</u>									

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: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000113721-4

Nr. da Autenticação ACA87EF5129BE3FE

Este modo é individual e em caso de eventual prestação de serviços, o usuário deverá ser avisado com antecedência.
 S/A: C.A. 0800 / 220 0101 (Informações, reclamações, sugestões e elogios).
 S/A: C.A. 0800 / 220 0000 (Chamada Urgente).
 S/A: C.A. 0800 / 220 0000 (Chamada Urgente).

150485660
9/2019

NOMENCLATURA: MORADOR: ISABEL SABINA ROCHA ARAUJO

RUA 23,2444-VILA BANDEIRANTE-TIMON-MA-cep:65630000

LOCALIZAÇÃO	DATA APROV. PREC. EIT-MA	GRUPO	NÚMERO DO HIDRÔMETRO
014-00004-049130	21/10/2019	014	Y175153384

HISTÓRICO DO CONSUMO	DATA	VALOR	RECONTADE - CATEGORIA - TIPO TARIFA
01/08/2019 1.14	01	10	1 Residencial - Normal
02/08/2019 1.14	01	10	
03/08/2019 1.14	01	10	
04/08/2019 1.14	01	10	
05/08/2019 1.14	01	10	
06/08/2019 1.14	01	10	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	

DATA	VALOR	DATA	VALOR
21/08/2019 30		21/08/2019 30	
19/09/2019 31		19/09/2019 31	



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Tasmira de S. Vieira inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.430.513 / 64 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Eduardo D. de A. Almeida inscrito (a) no CPF sob o nº 057.354.613 / 96 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Fernando Eduardo Gomes de A. Almeida inscrito (a) no CPF sob o nº 057.354.613 / 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

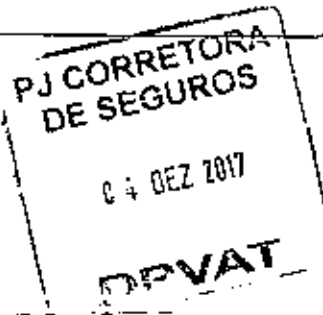
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. B. C. 10</u>	<u>GF RESIDENC</u>	Número	Complemento
Bairro <u>Andarae</u>	Cidade <u>Pinheiro</u>	Estado <u>PZ</u>	CEP
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	

Pinheiro 27 de Novembro de 2017
Local e Data

Maria Tasmira de Sousa Vieira
Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 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 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Andressa Laurinda da Costa Sousa inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.031.113 / 03
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES inscrito
(a) no CPF sob o Nº 057.354.613 / 46, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.354.613 / 46, 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 Maria Carlos da Silva		Número 2527	Complemento casa
Bairro São Benedito	Cidade Timon	Estado MA	CEP 65636-230
Email andressa-seguros@hotmail.com		Telefone comercial(DDD) (86) 99819 1714	Telefone celular (DDD) (86) 98836 3230

Timon-MA, 30 de Outubro de 2019
Local e Data

Andressa Laurinda da Costa Sousa
Assinatura do Declarante



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Fernando Eduardo Gomes de Aguiar Neto

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 450468

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".

MARTO ROCNAJ

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer:

NOME <u>Dr. Eduardo S. de Araujo Alves</u>		IDADE _____ ANOS		SEXO _____		
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>15</u> hs <u>00</u> min		TIPO DE ANESTESIA ☒ GERAL ☐ RAQUE ☐ BLOQUEIO ☐ PERIDURAL ☐ SEDAÇÃO				
CIRURGIA REALIZADA _____				CIRURGIÃO _____		
SINAIS VITAIS		HORÁRIO				
		ADMISSÃO		SAÍDA		
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		<u>168/82</u>		<u>160/94</u>		
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		<u>107</u>		<u>112</u>		
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)		<u>97%</u>		<u>97%</u>		
TEMPERATURA AXILAR (0° C)						
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)						
NOME/ MATRÍCULA		<u>geliore</u>				
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA		
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☒
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL				
ESCALA DE DOR ALTA						
() Sonda Vesical		() Dreno de Sucção		() Dreno Torácico		
() DVE		() Colostomia		Sonda () Nasog() Nasoe		
hs mL		hs mL		hs mL		
hs mL		hs mL		hs mL		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:						
<u>15h - Pac. admitido na SRPA em RDI de fratura de rádio C., sob efeito de bloqueio + sedação. Consciente, orientado, fãtico, cupnêico, 91 O₂. 4V em curv. 55m estáveis.</u>						
Cristiane Thaurgo de Mello Ferreira CORN-141441 ENFERMEIRA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
ALTA SRPA						
HORÁRIO						
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [x] IMAGENS E GRÁFICOS []						
POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [x] ORT [] NEU [] CIR [] MED						



FMS
Fundação Municipal de Saúde

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



WISCONSIN
DEPARTMENT
OF REVENUE

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT	LEITO
Jansen Eduardo Gomes de Araújo Alves						
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
Nome: Jansen Eduardo DATA: 03/08/12 HORA: 10:30 PRESCRIÇÃO MÉDICA Visto Nutricionista: Erieli Pimentel CRM/PI 4510		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
1 DIETA LIVRE 2 SG5% 500ML + SF0,9% 500ML EV EM 12h 3 DÍPIRONA 2ML + AD EV 6/6h 4 TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12h 5 TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12h (SOS) 6 CCGG		14:10 - Paciente vítima de acidente motorciclístico, segue consciente, orientado, fôlego, suplexo sem aporte de O₂. Divine parente e espontânea. Aceita dieta oral		14:10 - Paciente vítima de acidente motorciclístico, segue consciente, orientado, fôlego, suplexo sem aporte de O₂. Divine parente e espontânea. Aceita dieta oral		
Assinado: Rocio Rego Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem CRM-PI 18432-1		
Assinado: Cleyde Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 55744-44-5-1		Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRM/PI 7351		Assinado: Larissa de Almeida Enfermagem		



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	Ortopédica	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
04						
08						
17						
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO					
2	SF 0,9% 1000 ML EV 14 GTS/ MIN					
3	RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H					
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
6	TILATIL 20 - 1 AMP + AD EV 12/12H					
7	CURATIVO					
8	CCGG + SSV					
9	Tramadol 100mg > 60 a 800 Siga Siga 100mg					
10	Phenilalg 60 a 800 Siga					
Dr. Wilianildo L. Costa CRM: 11.111-1/11.111-2 TEO 11.111-1/11.111-2 COREN: P1366219						



IDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
HUT
SÉNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO AL		450468	21	Ortopédica	236	EXT. 1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DI : 03/08/2017	FRAT RADIO + ULNA						
05/08/17							
1	Dieta oral livre						
2	Dietico salinizado						
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 12/12hs						
4	Cefalotina 1g + AD EV 6/6h						
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
7	Tramadol 50mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
8	Plasil _ 10mg 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
9	Curativos diários						
10	Cuidados gerais e sinais vitais						
Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pereira Filho							
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia							
CRM 3415-TCO/10029 / CRM 12308 / CRM 3706-TCO/11005 / CRM 1387							

09:30 - Paciente de alta
hospitalar a critério
médico

Carla
CRM 121108

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 898002903401413	NOME DO PACIENTE FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES	NASCIMENTO 19/03/1996	SEXO M	PRONTUÁRIO 450468
DOCUMENTO	TELEFONE 8681552188	NOME DA MÃE ELIANA GOMES DE ARAUJO ALVES	RESPONSÁVEL ELIANA GOMES	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
BAIRRO WALL FERRAZ	COMPLEMENTO MUNICÍPIO 221100 TERESINA			UF PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

trauma em antebraço e apresenta dor e limitação funcional

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

necessita de tratamento cirúrgico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

fratura de rádio e

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S523 - FRATURA DA DIAFISE DO RADIO

CID 10 SECUNDÁRIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))			
CARATER	DATA SOLICITAÇÃO	ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO		
URGENCIA	03/08/2017	CPF: 83823077368	CRM:	
CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)				
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA		
FABIANNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJÁ CPF 2017 471334 CRM	DATA ANALISE 03/08/2017 11:14:50		
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	CPF	CRM	DATA ANALISE



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04, 08, 17

NOME DO PACIENTE:	<u>Fº Eduardo Gomes de Araújo</u>	IDENTIFICAÇÃO:	<u>450488</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>fratura de rádio + ulna</u>	CIRURGIÃO:	<u>Wilton L. Costa</u>
ANESTESIA:	<u>Bloqueio</u>	Nº DA SALA:	<u>02</u>
CIRURGIÃO:	<u>Wilton L. Costa</u>	CPF Nº:	<u>474.417.417-4</u>
AUXILIAR:	<u>Estudante</u>	CPF Nº:	<u>13063</u>
ANESTESIA:	<u>Hugo</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Jeracilene</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 710	PAR	0	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 715	PAR	0	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	70		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	500ml	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		escova	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				eletrodo	05		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepom	03		
CAT. GUT. CROMADO C/AG				cateter	01		
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	01						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2.0	01			CIRCULANTE: Jeracilene			
PROLENE							

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

H.O.T



NOME DO PACIENTE Fco Eduardo Gomes de Araujo				Nº DE REGISTRO 750468		
DATA 04/08/17	P. ARTERIAL 120/80	PULSO 70	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	EX. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA N/N						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL CCCS				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de braço					FÍSICOS N/A	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) N/A				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100				
TEMPERATURA T	Cº	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO	38					SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS			DURAÇÃO			
TÉCNICAS Blowby / Intubação			INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES Fratura de braço			S / Intubação			
CIRURGIÕES W. J. Araújo						
ANESTESISTAS Dr. Roberto A. Canabarro FH						
PARTICULARIDADES			CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS PC			



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES** (Prontuário:
Endereço: QUADRA S BL 08 APART 11 RESD WALL FERRAZ - CONJ. PORTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 61000-010
Nascimento: 19/03/1996 Idade: 21a:6m:5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 618834
Requisição: 763397 Solicitação: 03/08/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 948837 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 03/08/2017

ANTEBRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura metadiafisária distal do rádio.
- Partes moles sem particularidades.

CONCLUSÃO: Fratura metadiafisária distal do rádio.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/09/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

[Handwritten signature and stamp]

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES** (Prontuário:
Endereço: QUADRA S BL 08 APART 11 RESD WALL FERRAZ - CONJ. PORTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 61000-010
Nascimento: 19/03/1996 Idade: 21a:5m:4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 195502
Requisição: 763738 Solicitação: 04/08/2017 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle: 949242 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 015

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 04/08/2017

ANTEBRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura recente desalinhada na diáfise distal do rádio, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Fio metálico de sindemose rádio-ulnar distal.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 23/08/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

FRAZISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES



DTC CERTIFICADO EMPLAQUE 2422301 DNP RJ	DATA EMISSÃO 19/03/2016
CPF 057.334.513-45	

NOME
ROBERTO CARLOS ALVES

DE NACIDO
ELIANA GOMES DE

ARAÚJO ALVES

RENOVAÇÃO
VALIDADE
23/07/2019

ACE
EXPIRANTE
AM

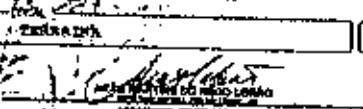
EMISSÃO
VALIDADE
22/04/2015

ASSINATURA



ASSINATURA DO DETENTOR

CELEBRAÇÃO



DATA EMISSÃO
22/04/2015

76045983405
9F317113636

DETALHAMENTO

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1921225910



NOME: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES
SOC. ESTAB. ORG. EMISSOR: 8412301 SUP. PI
CPF: 057.984.613-46 DATA NASCIMENTO: 19/03/1996
FUNÇÃO: ROBERTO CARLOS ALVES DE MACEDO
ELIANA GOMES DE ARAUJO ALVES
PERMISSÃO: 06349015302 ACC: 00000000 CAT. HAB: AB
Nº REGISTRO: 06349015302 VALIDADE: 28/08/2024 1ª HABILITAÇÃO: 22/04/2015

PROIBIDO PLASTIFICAR
1921225910

OBSERVAÇÕES:
RAR

Assinatura do Portador: *Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves*
LOCAL: TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO: 12/09/2019
CNH: *[assinatura]* 52367618999
ABRILHORA DO EMISSOR: 81320830937

PIAUI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354143/19

Vítima: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJ

CPF: 057.354.613-46

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/08/2017

Titular do CPF: FRANCISCO EDUARDO
GOMES DE ARAUJO ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA : 055.031.113-03

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

FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES : 057.354.613-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
CPF: 055.031.113-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190579443 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES **Data do acidente:** 03/08/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DISTAL DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2,4,5(BAM) P.10,11(EXAME)

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves
NASCIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
IDENTIDADE: 3.432.301
CPF: 057.354.613-46
PROFISSÃO: Autônomo
ENDEREÇO: Rua 23 nº 2444 - Vila Bandeirante
CEP: 65630-000 TELEFONE: (86) 8131 8860
COBERTURA: Invalidez DATA DO ACIDENTE: 03.08.2017

OUTORGADO:

NOME: **ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA**
NASCIONALIDADE: **BRASILEIRA**
ESTADO CIVIL: **SOLTEIRA**
IDENTIDADE: **2.956.420 SSP-PI**
CPF: **055.031.113-03**
PROFISSÃO: **AUTONOMA**
ENDEREÇO: **RUA MARIA CARLOS DA SILVA nº 2527 BAIRRO: SÃO BENEDITO**
CEP: **65636-230**
TELEFONE: **86-99819 1714 86-98836 3230**

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar, e/ou requerer quaisquer documento necessário junto à seguradora, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

VITIMA: Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves.

Timon - MA 09 de Outubro de 2019
(local e data)

Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves
reconhecer firma por autenticidade ou verdadeiro

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL
Comarca de
Dr. Raimundo Lucas
Tabelião



Cartório do 1º Ofício
TIMON - MA

Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Francisco Eduardo Gomes de Araujo Alves
Em Testemunho [assinatura] da verdade
Timon(MA), 09 / 10 / 2019
Ruth Maria de Oliveira
Escrevente Substituta

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354143/19

Vítima: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJ

CPF: 057.354.613-46

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2017

Titular do CPF: FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA : 055.031.113-03

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

FRANCISCO EDUARDO GOMES DE ARAUJO ALVES : 057.354.613-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
CPF: 055.031.113-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Paula Vargens Mendes da Costa