
Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582966

Vítima: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

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, 03 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582966

Vítima: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

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 ombros
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: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000012927-4

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



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582966

Vítima: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582966

Vítima: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 28/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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: 337.921.003-04 4 - Nome completo da vítima: Erismar Claudio Da Rocha

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

5 - Nome completo: Erismar Claudio da Rocha 6 - CPF: 337.921.003-04
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: R. Tiern Julio Cesar Macedo Gomes 9 - Número: 5809 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vale Quem Tem 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64057-135
15 - E-mail: erismarseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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)
AGÊNCIA: 2004 CONTA: 32927 4
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 (vairascor)? ☐ 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 Lider 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.

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:

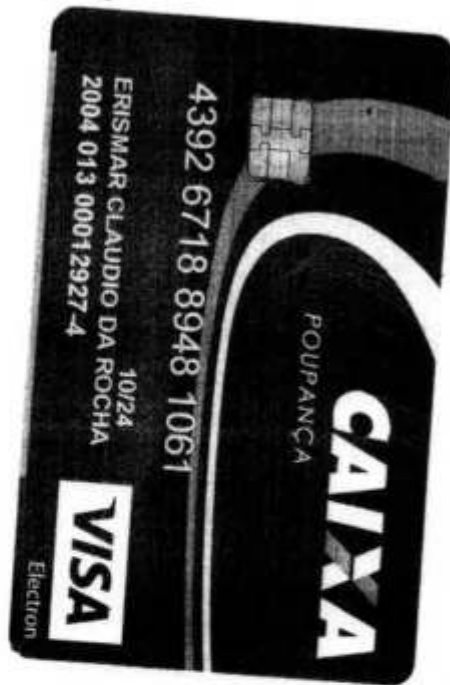
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina-PI 01/10/2019

Erismar Claudio da Rocha
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190582966
Nome do(a) Examinado(a): Erismar Claudio da Rocha
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jorn Julio Cesar Macedo Galvao, 5809
Vale Quem Tem Teresina PI CEP: 64057-135
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 770722
Data local do acidente: [13/07/2019]
Data local do exame: [28/11/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

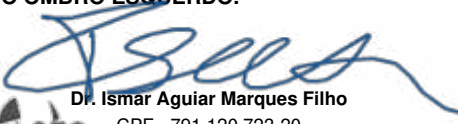
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 80), EXTENSÃO(ADM 30), ABDUÇÃO (ADM 80)E ADUÇÃO (ADM 30) DO OMBRO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

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

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

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
LOCAL DO ACIDENTE: AV GIL MARTINS BAIRRO TRÊS ANDARES , TERESINA PI.
VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Ismar Aguiar Marques Filho
CPF - 791.120.723-20
CRM/PI - 3165





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002782/2019-14

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resposta pelo Registro: Almirallice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 23/07/2019 - 14:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. GIL MARTINS, Nº:

Complemento

551568

Data/Hora

13/07/2019 - 19:20

Bairro

TRÊS ANDARES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

RG: 770722

Mãe: CELSA MARIA DA ROCHA

Endereço: RUA JORNALISTA JULIO CESAR, LOTEAM. JURUAR, Nº 5809

Bairro: PLANALTO URUGUAI

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8134-8149

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 126 FAN, ANO 2011, PLACA NIW-6952, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA FEZ UMA CONVERSÃO SEM SINALIZAR E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 151168. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

Almirallice R. Lebre Carlos
Bacivã do Policia

Erismar claudio da rocha

ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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: 337.921.003-04 4 - Nome completo da vítima: Enismar Claudio Da Rocha

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

5 - Nome completo: Enismar Claudio Da Rocha 6 - CPF: 337.921.003-04
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: R. Sern Julio Cesar Macedo 666 9 - Número: 5809 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vale Quem Tem 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64057-135
15 - E-mail: enismarseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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)

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 32927

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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) ☐ 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 nascturo (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

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, Teresina - PI 01/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 29/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000012927-4

Nr. da Autenticação CEDC4BFFFC3F5B67

A Tarifa Social de Energia Eléctrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

DATAS DA LITURA

CEA : 00300 INF. 0042409 A DT : 17DT AN : 2006-08-08 00:00:00 P :

CONSUMIDOR ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 027701998

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	368	395,64

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	21430	Atual:	24/09/2019
Anterior:	21062	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	368	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	368	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	FCAM
		Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Rec.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	204

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	368 A R\$ 0,974683 = 358,68
AGO/19	285	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	28,94
JUL/19	222	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,04
JUN/19	205	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00	0,53
MAI/19	204	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,44
ABR/19	178	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,11
MAR/19	243	MULTA POR ATRASO 08/19-00	5,52
FEV/19	297	JUROS POR ATRASO 08/19-00	1,38
JAN/19	365	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 14,71	
DEZ/18	57		
NOV/18	0		

PAGAR POR TRANSFERÊNCIA
C.C. 368 - 0.655318

CONFIRMAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 4301.D09F.B1CB.2C70.B985.A944.4458.D4F6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE - R\$	
Distribuição:	70,54	Base de Cálculo:	358,68
Energia:	136,30	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,05	Valor do ICMS:	96,84
Encargos:	11,28	Valor do PIS:	3,68
Taxas:	117,51	Valor do COFINS:	16,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Limite	DLC			FIC			DML
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00
Condição	TERESINA-MACAUBA						
	07/2019						
	78,61						

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

CONUTONIAL
CONSUMIDOR

0051869-7

395,64

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2019

01/10/2019

CONSUMIDOR ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-3)

Nº da Nota Fiscal:

027701998

FCAM

83660000003 5 95640017000 0 00000000051 3 86970919008 4



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 21430 NORMAL TOTAL: 395,64 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.517.474/000106 - LE 19685574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Ind. os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA

FATURA Nº

MÊS/ANO

13072790-3

151736750

6/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR ANTONIO L DE HARREIROS

RUA CAP WANDERLEY, 1790B-PICARREIRA-TERESINA-PI-cep: 64056640

LOCALIZAÇÃO

003-00045-006380

GRUPO

003

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y10N309605

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	Tipo	Lido	Faturado
05-2019	Lido	95	120
04-2019	Lido	92	120
03-2019	Lido	120	120
02-2019	Lido	97	120
01-2019	Lido	42	120
12-2018	Lido	182	120

ELONGUINAS - CATEGORIA / TIPO TÁBUA

12 Residencial - Normal

DATA	LEITURA
ANTERIOR 06/05/2019	8066
ATUAL 05/06/2019	8155

CONSUMO MÊS M3

120

LEI 12.743/2012

PS. PASSEI 0,41 * 1,50% = 5,73

COFINS 0,59 * 1,50% = 27,31

TABELA DE TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

RESIDENCIAL	Faixa de consumo m3/mês (N)
0	18 2.8450 55
0	25 5.2499 68
25	599999 4.1500 60

DESCRIÇÃO	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 341,40	
> Residencial-Normal	120,0 m3 341,40
JUROS POR ATRASO	04/2019 2,11
JUROS POR ATRASO	05/2019 1,87
MULTA POR ATRASO	04/2019 7,02
MULTA POR ATRASO	05/2019 7,01

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO M3/MÊS (N)

VENCIMENTO

17/06/2019

TOTAL A PAGAR

359,41

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

mensagem

ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO
OU SOLICITE EM UMA DE NOSSAS LOJAS O ENVIO DA SUA
FATURA EXCLUSIVAMENTE POR E-MAIL.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o faturamento é feito através de uma única fatura, com o valor devido, conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 140, inciso V e nº 5.987/05, Art. 6º, inciso I.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.448)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15
PH	1865	1538	327	6,27	6,00-9,50
TURBIDEZ	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.448)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESQUECHIDA COL	660	656	4	Ausência	Ausente
	660	660	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 05/06/2019

HORA DA EMISSÃO: 09:25

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 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 Nelle Raze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Erismar Claudio Da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 337.921.003 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Erismar Claudio Da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 337.921.003 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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		Número	Complemento
<u>Rua 24 De Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Solo</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 03 de Outubro de 2019
Local e Data

Nelle Raze Soares Marques
Assinatura do Declarante

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 Nelle Rize Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Igo Fernando Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.151.163/66 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Igo Fernando Da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.151.163/66, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Antônio</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 30 de Outubro de 2019
Local e Data

Nelle Rize Soares Marques
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indicador de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma		1 - Nenhum 2 - Extensão anormal 3 - Flexão anormal 4 - Movimento de retirada 5 - Localiza dor 6 - Obedece a comandos		Pulso Res PA TAX SatO2
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso Radial		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sem Dor 2 - Leve 3 - Moderada 4 - Intensa 5 - 10		1 - Sim 2 - Não
Hospital de Destino	29 Escala de Dor de 0 a 10		30 Fratura		31 Procedimentos realizados
	1 - Sim 2 - Não		1 - Sim 2 - Não		1 - Sim 2 - Não
Observações Interdisciplinares	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		1 - Sim 2 - Não		1 - Sim 2 - Não
Observações Interdisciplinares Paciente vítima de colisão com moto apresentando dor e hematoma no membro superior direito.					
DANIEL A. VIEIRA Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor	



NOME DO PACIENTE: Orismar Claudio de Lencas

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 151168

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".

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 13/07/2019 20:59:10
(User: ISMAEL MAURIZ)
(Estação: CONSULPA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA		Prontuário: 151168
Mãe: CELSA MARIA DA ROCHA		Pai: CLAUDIO JOAO DA ROCHA
End.Resid.: RUA JORNALISTA JULIO CESAR, 5809 - LOTEAM. JURUAR - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI - CEP:		
Nascimento: 09/01/1965	Idade: 54a6m4d	Sexo: Masculino Fone: 86-98134-8149
Responsável: O MESMO		CNS: 703006882041473
Profissão: PEDREIRO		Documento: CPF: 337.921.003-04
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 730993	Entrada: 13/07/2019 20:36:29	Convênio: S U S	Proced: C3019-0061
Motivo da Procura Informe Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: RELATO DE QUEDA DE MOTO APOS COLISÃO COM OUTRA MOTOCICLETA. EVOLUI COM ECG:15, DOR EM REGIÃO TORÁCICA DORSAL E EM OMBRO ESQUERDO. DOR:6		DANYELLE ALVES VIEIRA 267041 Em: 13/07/2019 20:48:20

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ CERCA DE 1 HORA, TRAZIDO PELO SAMU SEM USO DE COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RÍGIDA, COM USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO

A) VIAS AERIAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS
C) AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.
D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES.
E) ESCORIAÇÃO EM JOELHO ESQUERDO. IMOBILIZAÇÃO EM MSE
CD: RAIO X, ENCAMINHO A ORTOPEDIA.

Diagnóstico Inicial:	CID:
-----------------------------	-------------

Exames Complementares: (1260821) - OMBRO ESQUERDO (1260822) - CLAVICULA ESQUERDA (1260823) - ESCAPULA ESQUERDA	RAIO X - TÓRAX - LADO DATA: 13/07/19 HORA: 21:05 TÉCNICO: [assinatura]
--	--

Prescrição Médica: 04080.10150 5420	Dr. Fco. das Chagas B. Sousa CRM: 151168
--	--

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: / /	HORA: :
Observação (Adulto)		

Assinatura Paciente ou Responsável: [assinatura]

MÉDICO: [assinatura] **CRM:** 4712 **Em:** 13/07/2019 20:59:10

CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Req: 976731

Paciente: **ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA** (Prontuário: 151168) (CNS: 703006882041473)
Endereço: **RUA JORNALISTA JULIO CESAR, 5809 - LOTEAM. JURUAR - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: 09/01/1965 Idade: 54a6m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 243055
Solicitação: 15/07/2019 Solicitante: JOSE FERREIRA NETO
Convênio: S U S POSTO 2 ENFERMARIA 103 LEITO 018

EXAMES:

Código:	Descrição:	Cod. SIA:	Tp.Registro:
1261889	* ELETROCARDIOGRAMA	0211020036	01

Clínicos/Recomendações/Justificativa:

TERESINA - PI 15/07/2019

pop

José Ferreira Neto
CRM: 1555
Pediatra

JOSE FERREIRA NETO
Profissional Solicitante

AUTORIZAÇÃO (Se Aplicável)

CSO:	Nome do Profissional Autorizador:	Data: 15/07/2019 Assinatura: Joana Lúcia Mendes de Mesquita Márcia M. Araújo SANE - HUT CONFERE O ORIGINAL
Cod. Órgão Emissor		Ass. Carimbo (Assessoria)



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Revis

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 54079 - Em: (14/07/2019)

Atendimento	Prontuário	Paciente	Dt. Naso.	Clínica	Enfermaria	Leito	Médico Assistente				
243055	151168	ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA	09/01/1965	POSTO 2	ENFERMARIA 449	LEITO 018	DAYSE CAROLINE MARTINS LUIZ				
Evolução:		Alergias:									
Hora:		Diagnóstico/Comorbidades: FX CLAVICULA									
Seq.	Descrição-Apresentação		Dose	Unid.	Via	Int.	Recons	Dil.	Vol.	Horarios	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietas	ORAL Tipo BRANDA,										
1	DIPIRONA SÓDICA 500MG		1,00	Comprim	Oral	6/6h					11:25 = P.A.: 13x8P:62
2	BANIFIDINA 150MG		1,00	Comprim	Oral	12/12h					12:28 = 28-08-2019 12:28 = 35,6 e MICROBIOLÓGICO FECES DE ENFERMAGEM CORREN. DI

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

223700

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	243055

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA			6 - Prontuário:	151168		
7-CNS:	703006882041473	8-Nascimento:	09/01/1965	9-Sexo:	Masculino	CPF:	337.921.003-04
11-Mãe:	CELSA MARIA DA ROCHA			12-Fone:	86-98134-8149		
10-Resp:	(O MESMO)			14-Cor:	Sem Informação		
15-End:	RUA JORNALISTA JULIO CESAR, 5809 - LOTEAM. JURUAR - PLANALTO URUGUAI - CEP:					64000-010	
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA.

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

RX + EXAME FISICO

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da clavícula


24-CID Prin:

S420

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:		Tempo 30
0408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA		2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:	 Dr. Fco. das Chagas B. Sousa Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3820
	02 01 CPF 877.154.063-68	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	
FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA 13/07/2019		35-Ass. Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Mo. Bliquete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	Joana Luiza Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAJE - HUT 50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Erismar Claudio da Rocha</i>		
		Usuário: (RAIMUNDA SOARES) Consulta Local: 730993 Consulta SUS: Impressão: 13/07/2019 21:32:34



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

FMS

NOME DO PACIENTE

ENTE *Enver Dedić*

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

DATA: / / HORA: /

Adelander

Visto Nutricionista
Adriana Karla CRN/PI 6320

- 1 - Dieta geral
- 2 - 5F 0,9% 500ml EV de 12/12h
- 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h
- 4 - Ienoxicam 20mg + ADEV 12/12h
- 5 - Rantidina 50mg + ADEV 8/8h
- 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h
- 7 - CCGG + SSVV

Dr. Por. das Chagas B. Souza
Ortopedista e Traumatologista
CRM-P/ 3520

João Luiz Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME / HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

MÉDICO/CRM:

MOD: 007 - HUT

NOME DO PACIENTE <i>Emerson de Almeida</i>	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA <i>25/08</i>	ENF. ou APT. <i>000000000</i>	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE		
DATA: <i>25/08</i> / <i>2008</i> HORA: <i>10:00</i>	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
<p><i>Dieta geral</i></p> <p>1 - Dieta geral</p> <p>2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h</p> <p>4 - Ienoxicam 20mg + ADEV 12/12h</p> <p>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h</p> <p>6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h</p> <p>7 - CCGG + SSVV</p>		<p><i>Obs: 100 x 62 mmHg</i></p> <p><i>g: 62 bpm</i></p> <p><i>tem: 37°C</i></p> <p><i>25/08</i></p>			

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17.07.19

NOME DO PACIENTE: <u>Eufrasio Claudio do Carmo</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>151168</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura Clavícula (B)</u>	CIRURGIA: <u>DA ROMULTE</u>
ANESTESIA: <u>BPG</u>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>Dr. Celso Vaz de Oliveira Neto</u> <u>Médico Ortopedista</u> <u>CRM-PI: 3004</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: _____	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 74	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 5.0	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	06	
AGULHA RAQUE	UNID.	00		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	40	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	40	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	20	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matri. 47360
SAMEL HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Erismao Claudio do Rocio		
Diagnóstico pré-operatório	Hernia Umbilical (B)		
Operação - Tipo	Ortomiose e Plano e Pampas		
Cirurgião	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto	1º Assistente	
2º Assistente	Médico Ortopedista CRM-PI: 3054	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	17/07/19	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	O mesmo		

Relatório Imediato do Patologista

Φ

Acidente Durante a Operação

Φ

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Realizada sob anestesia - Anestesia o Artimipia
- Acesso por meio da hernia (B) - Herniotomia
- Redução e fechamento de Plano e Pampas 3.5"
- Pontos - Linhas - pontos por plano
- Curativo - Sinais

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matricula: 1.7500
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

FOLHA DE ANESTESIA


UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Edson Cláudio da Rocha</i>						Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>16/07/2019</i>	PA: <i>145</i>	AR: <i>80</i>	PULSO: <i>92</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Eupneico</i>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>RCR em 29</i>						ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>fratura clavícula Esq.</i>						FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS	
		<i>11.50 12.50</i>				TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3	<i>50% 50%</i>				<i>1) AVP - Telco 2</i>	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100	<i>50% 50%</i>				<i>2) Morfina 10mg</i>	
TEMPERATURA T	<i>38</i>	<i>94.9 98.9 99.9</i>				<i>3) Xiluc 2% - 400</i>	
P. ARTERIAL V O PULSO	38	<i>94.9 98.9 99.9</i>				<i>Antont. 50mg</i>	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						<i>02 100% - 5lit</i>	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						SEQUÊNCIA	
RESPIRAÇÃO O						<i>1) Cefazolin 2</i>	
						<i>2) Propofol 10mg</i>	
						<i>3) Sufentanil 50µg</i>	
						<i>4) Sufentanil 50µg</i>	
						<i>5) Sufentanil 50µg</i>	
						<i>6) Sufentanil 50µg</i>	
						<i>7) Sufentanil 50µg</i>	
						<i>8) Sufentanil 50µg</i>	
						<i>9) Sufentanil 50µg</i>	
						<i>10) Sufentanil 50µg</i>	
						<i>11) Sufentanil 50µg</i>	
						<i>12) Sufentanil 50µg</i>	
						<i>13) Sufentanil 50µg</i>	
						<i>14) Sufentanil 50µg</i>	
						<i>15) Sufentanil 50µg</i>	
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS <i>Bloqueio flexo bronquial</i>						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <i>Osteosintese</i>							
CIRURGIÕES <i>Caio</i>							
ANESTESISTAS <i>Nilson</i>							
PARITICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

RELATÓRIO MÉDICO

Atestamos que Edimar
Cláudio da Rocha foi vítima de acidente
de trânsito, fato ocorrido em 13.07.2019
às 19:20, tendo sofrido forte trauma em M.E.
cursumo com fratura da porção distal
da clavícula esquerda, tendo sido tratado
cirurgicamente através de osteossíntese, com
placaotomia com fio tenar, com sítio
definitivo, resta com sequelas:
fortes dores, limitação de movimentos
com redução de amplitude
do membro atingido, com comprometimento
funcional de 70%

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI


08.11.2019

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA** (Prontuário: 151168)
Endereço: RUA JORNALISTA JULIO CESAR, 5809 - LOTEAM. JURUAR - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 09/01/1965 Idade: 54a7m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 73099
Requisição: 976206 Solicitação: 13/07/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1260823 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 13/07/2019

ESCAPULA ESQUERDA

O estudo radiológico da escápula direita realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO:

- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA.

RENAN

TERESINA - PI 29/08/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA** (Prontuário: 151168)
Endereço: RUA JORNALISTA JULIO CESAR, 5809 - LOTEAM, JURUAR - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 09/01/1965 Idade: 54a7m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 730993
Requisição: 976206 Solicitação: 13/07/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1260822 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 13/07/2019

CLAVICULA ESQUERDA

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

- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO:

- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA.

(RENAN

TERESINA - PI 29/08/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Assinatura: Gerson Luis Medina Prado
Matrícula: 69004
SABE - HUT
Código: 00000000000000000000000000000000



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA** (Prontuário: 151168)
Endereço: RUA JORNALISTA JULIO CESAR, 5809 - LOTEAM. JURUAR - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 09/01/1965 Idade: 54a7m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 730993
Requisição: 976206 Solicitação: 13/07/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1260821 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 13/07/2019

OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO:

- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA.

(RENAN

TERESINA - PI 29/08/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Imagem Original
Protocolo: 87004
SAVE - HUT
Cópia em Original

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
C.O. DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0475253

Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 529 L 111 F 141
EXP CRATEUS-CE 25/08/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR *Pedro Gomes de Moraes*
Pedro Gomes de Moraes
Pedro Gomes de Moraes

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DENATRON

DETRAN - PI Nº 013938473460
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENDIAM	R.N.T.R.C.	ESECUCIO
1	00319018369		2019

ERISMA CLAUDIO DA ROCHA

1185
00265
51744
50842
51185
00533
32044

NAME

ERISMA CLAUDIO DA ROCHI

Idad	CPF - CNPJ	PLACA
7803	33792100104	NIM-6952
5219		
PLACA ANT / UF		DIASSI

9012012411068705522

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
500/1000	GASOLINA
MARCA/MODELO	— E—
—	—

HONDA/CG 125 FAN KS	2011	201
---------------------	------	-----

02P/0124CC	CAP/ROT/CIL	CATEGORIA	CON PREDOMINANTE	PRETTO

COTA ÚNICA	VENC.	COTA ÚNICA	VENC./COTAS
------------	-------	------------	-------------

	1°	2°
IPVA		
PALFA - PVA		
Estatuto Municipal		

3^o Pago

REÍMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (M\$)	PREÇO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
100,00	10,00	110,00	10/10/2010
200,00	20,00	220,00	10/10/2010
300,00	30,00	330,00	10/10/2010
400,00	40,00	440,00	10/10/2010
500,00	50,00	550,00	10/10/2010
600,00	60,00	660,00	10/10/2010
700,00	70,00	770,00	10/10/2010
800,00	80,00	880,00	10/10/2010
900,00	90,00	990,00	10/10/2010
1000,00	100,00	1100,00	10/10/2010

OBSERVATIONS

A/FLD, CUM BANCO ITAUGARD S.P.A. TORINO

NÃO VALDO PARA TRANSFERÊNCIA

PROPERTY	LOCAL	DATA
PROPERTY		

11/03/2011

✓ Refer to the following
Library of Congress to visit of

PI Nº 013938473460 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO	DATA EMISSAO
2019	11/03/2019

WM	Chf / Capt	PLACA
1	33712100304	NIN-6952

00319018369	HONDA/CG 125 FAN NO
AND FAN 1 PLANT	NO CLASS

2011	09	9C2JC4110BR705525
------	----	-------------------

[illegible]

CUSTO DO BALANÇO (R\$)	10% (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$)
000,00	000,00	084,58

PAGAMENTO -	DATA DE QUITACÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	26/02/2019

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.340.608/0001-04

200

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356981/19

Vítima: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

CPF: 337.921.003-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: ERISMAR CLAUDIO DA
ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA : 337.921.003-04

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: 14/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190649452

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IGO FERNANDO DA SILVA

Data do acidente: 01/08/2019

Seguradora: MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise da tíbia e fíbula à esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta atrofia muscular e limitação moderada dos movimentos do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com placa e parafusos. A fratura está consolidada. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/12/2019

Conduta mantida:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <u>Erismar Chaudio da Rocha</u>		
RG: <u>770 722</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PJ</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>22/06/09</u>
CPF: <u>337.921.003.04</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>	PROFISSÃO: <u>Pedreiro</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Jornalista Leonir Macedo Galvão</u>		Nº: <u>5809</u>
COMPLEMENTO: <u>casa</u>	BAIRRO: <u>Vale quem tem</u>	
CIDADE: <u>Terezina</u>	ESTADO: <u>PJ</u>	CEP: <u>64.057.135</u> TELEFONE: _____

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: <u>Nelle Roze Soares Marques</u>		
RG: <u>4.149 262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PJ</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>
CPF: <u>840173173 91</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Reuso-me</u>
ENDEREÇO: <u>Rua 24 de janeiro</u>		Nº: <u>544</u>
BAIRRO: <u>Centro norte</u>	CIDADE: <u>Terezina</u>	UF: <u>PJ</u> CEP: <u>64000235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Erismar Chaudio da Rocha

Data do acidente de trânsito: 13/07/19

Cobertura da vítima: Invalidez



LOCAL / DATA: Terezina Piaui 08/08/2019

Erismar Chaudio da Rocha

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

Certido
Distribuição
Comprova

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Lázaro Rodrigues, 1221 - Centro - CEP: 64005-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0119 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Titular: *Aurelia Gonçalves de Sampaio Pereira*

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ERISMAR CLAUDIO DA
ROCHA. DOU FE. EM TEST. *ER* DA VERDADE.
Teresina-PI, 08/08/2019. Selo: AAH10581-NS05
www.tjpi.jus.br/portalextra

Aurelia Santos
AUREA LETICIA SANTOS SILVA-ESCREVENTE

Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 466
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Aurea Leticia Santos Silva
Escrevente Autorizada

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
**CONSULTE O SELO
DIGITAL**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356981/19

Número do Sinistro: 3190582966

Vítima: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

CPF: 337.921.003-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 20/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356981/19

Vítima: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

CPF: 337.921.003-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

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
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA : 337.921.003-04

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: 14/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa