

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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

# 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:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Vale Quem Tem

Teresina

PI

64057-135

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

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).

DADOS CADASTRAIS

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)

Nome do BANCO:

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2004

CONTA: 12927

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT à 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 permanente decorrente 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 (valnasos)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

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 áqueles 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Enismar claudio da Rocha

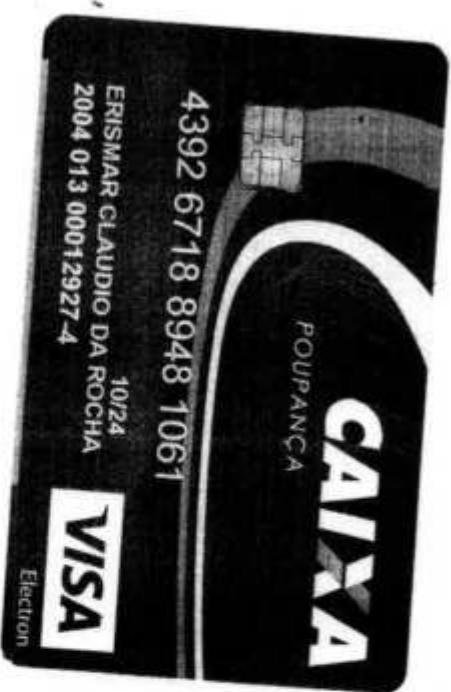
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



**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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**SEQUELA FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.**

Caso a resposta 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

- 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.  
VITIMA 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  
SaudeSEG  
CRM/PI - 3165

CPF - 791.120.723-20  
CRM/PI - 3165



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002782/2019-14

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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

551568

Data/Hora

13/07/2019 - 19:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. GIL MARTINS, Nº:

Complemento

Bairro

TRÊS ANDARES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

RG: 770722

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: CELSA MARIA DA ROCHA

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

Bairro: PLANALTO URUGUAI

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8134-8149

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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat.

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralice R. Lebre Carlos  
Agente de Polícia

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 Cláudio 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 Cláudio da Rocha

6 - CPF:

337.921.003-04

7 - Profissão:

Padeiro

8 - Endereço:

R. Tiern Julio lesas noedo bairro

9 - Número:

5809

10 - Complemento:

caso

11 - Bairro:

Vale Quem Tem

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64057-135

15 - E-mail:

brunaseguros20@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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2004

CONTA: 12927

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 (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 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.

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 01/10/2019

Enismar Cláudio da Rocha

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





ÁGUAS DE  
**CG TERESINA**

CNPJ 27152474000106 - IE 1968655374  
Av. Prof Camila Filho, 1960, Edoc os Sантos - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA

FATURA Nº

01 1. 19  
201902502551

13072790-3

151736750

6/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR ANTONIO L DE MARREIROS

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	UDO	FATURADO
05/2019	Liso	95	120
04/2019	Liso	103	120
03/2019	Liso	129	120
02/2019	Liso	127	120
01/2019	Liso	125	120
12/2018	Liso	122	120

ECONOMIAS - CATÓCORIAS / TIPO TARIFA

12 Residencial - Normal

DATA

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

LITRÍCIA

CONSUMO MÊS M3

120

LEI 12.400/2012

PI. PAFR 059,41+7,63= 5,93

COFINS 059,41\*7,00= 27,31

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)
0 - 10	2,9458 55
0 - 25	3,2499 63
25 - 50	4,1568 60

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

VALOR REFERENTE ÁGUA - 341,40	REF.	VALOR
> 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 R\$ /M3 E (%)

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.

NOTA DE REAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o débito incide sobre todos os serviços, incluindo a suspenção dos serviços  
conforme Lei Federal nº 11.445/2007 Art 140, Inciso V e art 551/95 Art. 6º, Inciso I.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO N° 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15
pH	1865	1538	327	6,27	6,00-9,50
FURANOIDES	2384	2273,	111	2,85	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAL					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO N° 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	660	656	4	Ausente	Ausente
	660	660	0	Ausente	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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Enismar Claudino Da Rocha inscrito (a) no CPF sob o N° 337.921.003-04 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Enismar Claudino Da Rocha inscrito (a) no CPF sob o N° 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	<u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Selva</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email			Telefone comercial(DDD) <u>(86) 99534-6565</u>	Telefone celular (DDD)

Teresina, 03 de Outubro de 2019  
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques  
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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup>Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup>Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Igo Fernando da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.151.163/66, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Igo Fernando da Silveira, 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	Complemento
Bairro	<u>Bento</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

Jelle Rose Soares Marques  
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <i>1847</i>	02 Data do chamado <i>13/07/19</i>	03 PRO (código) <i>6900</i>	04 Saída do PA <i>200601</i>	05 Chegada ao local
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>10:26</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>20:33</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço <i>Avenida Getúlio Vargas</i>	11 Bairro <i>Anísio Andrade</i>	12 Município-UF <i>PB</i>	Código IBGE <i>04</i>	
Local de Ocorrência	13 Ponto de referência <i>Terminal de ônibus</i>	14 Nome <i>Rúsmar Claudino da Rocha</i>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Dados do Paciente	16 Idade <i>54</i>	1-Dia <input checked="" type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 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-espacamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência pediátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quemadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros  17 - Já removido 18 - Falso chamado	<i>04</i>
Acidente de Transporte	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 Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = <i>15</i>	RESPOSTA VERBAL  4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA  5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais  Pulso Respiração PA TAX Sat02	25 Local da lesão  
Assistência	26 Pupilas 1- Iguals 2- Desiguais	27 Pulso Radial 1- Chelo 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10  0 Sem Dor      3 Leve      6 Moderada      9 Intensa      10	
Hospital de Destino	30 Fratura 1- Sim 2- Não	31 Procedimentos realizados  Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/curta Colar cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino <i>1101</i>	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	<input type="checkbox"/> Não Removido
<p><i>Cliente vítima de cefaleia com mal de humor, dor e apresentando edema e edema cerebral esquerdo.</i></p>					
DANIELA A. VIEIRA Responsável pela recepção		Bombeiros Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor	 Joana Luiza Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAMU - HUT CONFERE COM O ORIGINAL	



NOME DO PACIÉNTE: Oriane Cláudia de Souza

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".

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





## 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:	SUS	POSTO 2	ENFERMARIA 103 LEITO 018

### EXAMES:

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

E Clínicos/Recomendações/Justificativa:  
 pop

TERESINA - PI 15/07/2019



JOSE FERREIRA NETO  
Profissional Solicitante

### AUTORIZAÇÃO (Se Aplicável)

CRM:	Nome do Profissional Autorizador:	
Cod. Órgão Emissor		Ass. Carimbo SAME-HUT CONFIRMO ORIGINAL (Assinatura)

Joana Luisa Nardes de Mesquita  
Matrícula: 44220  
CONFIRMO ORIGINAL  
(Assinatura)



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Atendimento	Paciente:	Dr. Nasco, Clínico:	Enfermaria:	Louito:	Médico Assistente:																		
243055	151166 ENRIQUE CLAUDIO DA ROCHA	09/01/1965 POSTO 2	ENFERMARIA 409	LEITO 018	DAYSE CAROLINE MARTIRIOS LUZ																		
Evolução:	Horas:	Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades: FX CLAVICULA																				
<p>Seq.: Descrição-Apresentação Dose: Unid.: Via: Int.: Recorr.: Dil. Vol.: Horários: RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dieta</th> <th>ORAL Tipo: BRANDA,</th> <th>1,00</th> <th>Comprim Oral</th> <th>6/6h</th> <th>11:25 : P.A : 15x8P:62</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>DITRONA SÓDICA 500MG</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>FANFTIDINA 150MG</td> <td>1,00</td> <td>Comprim Oral</td> <td>12/12h</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL</i></p>						Dieta	ORAL Tipo: BRANDA,	1,00	Comprim Oral	6/6h	11:25 : P.A : 15x8P:62	1	DITRONA SÓDICA 500MG					2	FANFTIDINA 150MG	1,00	Comprim Oral	12/12h	
Dieta	ORAL Tipo: BRANDA,	1,00	Comprim Oral	6/6h	11:25 : P.A : 15x8P:62																		
1	DITRONA SÓDICA 500MG																						
2	FANFTIDINA 150MG	1,00	Comprim Oral	12/12h																			



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

223700

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

## 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 CIRÚRGICO

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

RX + EXAME FÍSICO

3-Diagnóstico Inicial: <b>Fratura da clavícula</b>	24-CID Prin: <b>S420</b>	25-CID Sec.: <b></b>	26-CID C.Ass.: <b></b>
---	--------------------------	----------------------	------------------------

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: <b>0408010150</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA</b>	Tempo 30
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b> 31-Docum.: <b>01</b> 32-Doc. Méd. Solic.: <b>877.154.063-68</b>	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA</b>	34-Data Solicitação: <b>13/07/2019</b>	
		<i>Dr. Raimundo Chagas B. Sousa Ortopedia e Traumatologia CRM/PI 3529 Ass. Carimbo Med.Sol.(CRM)</i>

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( <input type="checkbox"/> ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado    () Empregador    () Autônomo    () Desempregado    () Aposentado    () Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	<i>Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAMT - HUT CONFERE COM O ORIGINAL Ass. Carimbo (Rg. Conselho)</i>
48-Documento: ( <input type="checkbox"/> CNS    ( <input type="checkbox"/> CPF	49-Num. Documento:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Erismar Claudio da Rocha*

Usuário: (RAIMUNDO SOARES)

Consulta Local: 730993

Consulta SUS:

Impressão: 13/07/2019 21:32:34



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESÓPOLIS

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

PRESCRIÇÃO  
MÉDICA

**FMS**  
Fundação Municipal  
de Saúde

NOME DO PACIENTE <i>Eunice Deodora de Freitas</i>	DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT:	LEITO
		ALERGIAS	85/08/68	governo	MÉDICO ASSISTENTE /ESPECIALIDADE	
PREScrição MÉDICA <i>Nº 888888</i>	DATA: / / , HORA: : :	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
Visto Nutricionista Adriana Karla CRN/PI 63320						
1 - Dieta geral						
2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h						
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h						
4 - Ibenoxicam 20mg + ADEV 12/12h						
5 - Rábitidina 50mg + ADEV 8/8h						
6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h						
7 - CCGG + SSVV						

José Luís Mieras de Oliveira  
Maurício: 47390  
SAME / RJ  
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. FDR. das Chagas H. Souza  
Cirurgião e Traumatologista  
CRM-PI 3520



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA

17/07/19

NOME DO PACIENTE:	<i>Eugenio Claudio do Nascimento</i>	PRONTUÁRIO Nº:	<i>151168</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Fractura clavicular (B)</i>	CIRURGIA:	<i>ORTOPEDICA</i>
ANESTESIA:	<i>B.D.G.</i>	Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Celso Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3027</i>	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 7/1	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 5,0	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7 1/2	PAR	06	
AGULHA RAQUE	UNID.	00		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	40	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	40	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	10	
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	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				ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:			
VICRYL							
PROLENE							

Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47380  
SAMEL HUT  
CONFIRA COM O ORIGINAL



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

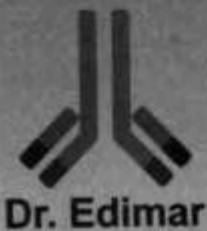
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Eduardo Cláudio do Nascimento	
Diagnóstico pré-operatório	Acute cellulite (B)	
Operação - Tipo	Osteomíse of Plano e Paupe	
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 19/07/19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório.  O mamas		
Relatório Imediato do Patologista	  ∅	
Acidente Durante a Operação  ∅		
<b>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<p>- Pavimento articular - Arrancado o artíncio acesso à neoclínula (B) levantando relevante friso do plano e plano 35°.</p> <p>- Revisão - limpeza - sutura pr1 plano cervical - Díodo</p>		

## FOLHA DE ANESTESIA

## UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO									
DATA:	10/11/91	P. ARTERIAL	145/80	PULSO	92	RESPIRAÇÃO	REGULAR	TEMPERATURA	37°C	PESO	70	ALTURA	170
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO		HEMATOMETRIA		HEMOGLOBINEMIA		HEMATOCRITOS		GLICEMIA		DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA													
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	Eufreco												
SISTEMA CIRCULATÓRIO	PFCR em 27										ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO											ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO											SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL											CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO	Fratura clavicular Esq.										FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)											APLICADO AS	EFEITOS	
	11.50 12.50										TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	AVP - Telco
LÍQUIDOS	SO-UTO	500	400	SANGUE	300	200	OUTROS	100	150	200	250	300	Mona fôrma
TEMPERATURA T	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	X i.vc 2% - 400
P. ARTERIAL V O PULSO	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	Entanf. 50 ml
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	O2 100% - 5 lit
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	SEQUÊNCIA
RESPIRAÇÃO O	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	1 Ceforulox 2
SÍMBOLOS	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	2 Propral 10 mg
TÉCNICAS	Bloqueio flexo braquial										DURAÇÃO		3 Ure Sif 91
OPERAÇÕES	Osteosíntese										INCIDENTE - ACIDENTE		7
CIRURGIÕES	Cais												8
ANESTESISTAS	Nilson												9
PARITICULARIDADES													10
													11
Dr. Nilson Ribeiro Soares Médico Anestesiologista CRM - PI 1899 / CRM - MA 3749													12
													13
													14
													15
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS													
Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL													



# CLÍNICA MACHADO

## RELATÓRIO MÉDICO

HISTÓRICO: que ENTROU  
Cláudio da Rocha foi visto no dia 13.07.2019  
às 19:20, paciente sofreu ferida na mão esq.  
que sumiu com fratura da porção metacarpal  
da clínica em que se encontra, tendo sido realizada  
cirurgicamente através de descolamento, com  
plateletarização com fibrinogênio, com alta  
definitiva, resta como sequelas:  
fóveas dolorosas limitadas ao movimento  
das articulações de dedos fraturados  
do Meio-dorso afugido, com compromisso  
funcional funcional de 70%

- 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

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

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva  
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

**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: **730993**  
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

31



## 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: SUS

### RELATÓRIO:

#### CLAVICULA ESQUERDA

Data Exame: 13/07/2019

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

Matrícula: 69304  
CRM-PI 2687  
GERSON LUIS MEDINA PRADO

**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

Pág. 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente:	<b>ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA</b> (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
Requisição:	976206	Solicitação: 13/07/2019	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 730993
Controle:	1260821	Convênio: SUS	Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ

Cod. SIA: 0204040035

**RELATÓRIO:**

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

Laudo Radiológico  
Exame nº 60004  
HUT - Hospital de Urgência de Teresina



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013938473460

PI Nº 013938473460 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DENATRAN

VIA	1	00319018569	DATA EXPIRAÇÃO	2019
PLACA ANT / UF	9U2JC4110ER/05525	CHASSI	NIN-6952	
ESPECIE / TIPO	PILOT / MOTOCICLETA	COMBUSTIVEL	GASOLINA	
MARCA / MODELO	HONDA / CG 125 FAN KS	ANO FAB	2011	ANO MOD.
CAP / POT / CIL	02P/0124CC	CATEGORIA	PARTICU	COR PREDOMINANTE
I P V A	— COTA ÚNICA —	VENC. COTA ÚNICA	1º VENCO / COTAS	PRETA
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	10K (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	000,00 (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
DELEGADO OBRIGATÓRIO	OBSERVAÇÕES	CUSTO DO BILHETE (R\$)	000,00 (R\$)	000,00 (R\$)
A / FIDUCIAL BANCO ITAU CARD S.A. MÉDIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA		PAGAMENTO	000,00 (R\$)	000,00 (R\$)
TERESINA	LOCAL	PARCELADO	084,50 (R\$)	DATA DE QUITAÇÃO
11/03/2019	DATA	26/02/2019		

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	1	9U2JC4110ER/05525	DATA EMISSÃO	2019
PLACA	NIN-6952	DATA EXPIRAÇÃO	11/03/2019	
MARCA / MODELO	HONDA / CG 125 FAN KS	ANO FAB	2011	ANO MOD.
CHASSI	9U2JC4110ER/05525	CULTURE	09	COTAS

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	10K (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	000,00 (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
DELEGADO OBRIGATÓRIO	OBSERVAÇÕES	CUSTO DO BILHETE (R\$)	000,00 (R\$)	000,00 (R\$)
A / FIDUCIAL BANCO ITAU CARD S.A. MÉDIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA		PAGAMENTO	000,00 (R\$)	000,00 (R\$)
TERESINA	LOCAL	PARCELADO	084,50 (R\$)	DATA DE QUITAÇÃO

**SEGURADORA LÍDER . DPVAT**

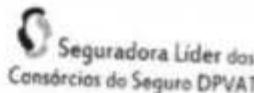
CNPJ 08.348.608/0001-04

Todos os direitos reservados.

Denatran - Departamento de Trânsito do Estado do Piauí - PI

JAN / 2019

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356981/19

**Vitima:** 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](http://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

# 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 tibia 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)**

Nome: Erismar Claudis da Rocha	RG: 770 722	ORG. EMISSOR: SSPPI	D. EXPEDIÇÃO: 22/06/09
CPF: 337.921.003-04	ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: Pedreiro	
ENDEREÇO: Rua Jorn. Júlio Cesar Macêdo Galvão	Nº: 5809		
COMPLEMENTO: Vila	BAIRRO: Vila quem tem		
CIDADE: Teresina	ESTADO: PI	CEP: 64.057-355	TELEFONE:

**OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)**

Nome: Nelle Rose Soares Marques	RG: U.119 262	ORG. EMISSOR: SSPPI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Reuso-me	
ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro		Nº: 500	
BAIRRO: Centro norte	CIDADE: Teresina	UF: PI	CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENZAÇÃO 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 IDENZAÇÃO 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 Claudis da Rocha

Data do acidente de trânsito: 13 / 07 /19

Cobertura da vítima: Invalidez



LOCAL / DATA: Teresina - Piauí 08/08/2019  
Erismar Claudis da Rocha

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

Certório  
Tereza  
Therizades  
Gonçalves  
Sampaio  
Teresina - PI  
Rua Lázaro Rego, 123 - Centro - CEP: 64000-300 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-4759 - E-mail: [terezadestherizades@gmail.com](mailto:terezadestherizades@gmail.com)  
Fórum: [www.terezadestherizades.com.br](http://www.terezadestherizades.com.br)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Fórum: [www.terezadestherizades.com.br](http://www.terezadestherizades.com.br)

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ERISMAR CLAUDIO DA  
ROCHA. DOU FÉ. EM TEST. Erismar Claudio da Rocha DA VERDADE.  
Teresina-PI, 08/08/2019. Selo:AAH10581-NS05

[www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra).

*(Assinatura de Leticia 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  
Áurea Letícia 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019

Nome: Danielle Nobre de Sousa

CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/07/2019

**Titular do CPF:** ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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