
Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO LIMA**

Nº Sinistro: **3180341965**
Vitima: **MARCOS ANTONIO LIMA**
Data do Acidente: **13/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180341965**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO LIMA**
Nº Sinistro: **3180341965**
Vitima: **MARCOS ANTONIO LIMA**
Data do Acidente: **13/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341965**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO LIMA**
Nº Sinistro: **3180341965**
Vitima: **MARCOS ANTONIO LIMA**
Data do Acidente: **13/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341965**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

053.593.823-33

Nome completo da vítima

Marcos Antônio Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Marcos Antônio Lima	CPF titular da conta 053.593.823-33	Profissão Pintor
Endereço Rua Meus Almíndras	Número 1540	Complemento Casa
Bairro VL Firmino Filho	Cidade Teresina	Estado PI
Email	CEP 64060-370	Telefone (DDD) (86) 3303-4104

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 0855	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 326.718	D/V 4	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Teresina 23 de Julho de 2018
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

204-602681775-5

23/JUL/2018

HORA DE 10:18:57

LOT. 16.005418-4

TERM 011642

LOCALIDADE: TERESINA

AG. VINCULADA: 0855

CONTROLE: 204403863

COMPROVANTE DE ABERTURA DE PÓUP CAIXA FÁCIL

NOME: MARCOS ANTONIO LIMA

AGÊNCIA: 0855

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.126.718-4

DATA DA ABERTURA: 23/07/2018

LOTERIAS CAIXA

204-602681775-5

1^a VIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.002353/2018-41

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro
Data/Hora: 10/07/2018 - 09:45

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

459889

Data/Hora
13/03/2016 - 16:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

SATÉLITE

Endereço

RUA SANTA QUITÉRIA, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

ANTIGA COMPANHIA DA POLICIA MILITAR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCOS ANTONIO LIMA (49 ANOS)

RG: 1337357 SSP PI

Mãe: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA

Endereço: RUA MAURO ALMEIDA, Nº 1540

Bairro: VILA FIRMINO FILHO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA Noticiante
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO YAMAHA/T115 CRYPTON K, COR AZUL, PLACA PIM-3285-PI, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO NUNES DOS SANTOS, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO À UPA-RENASCENÇA (PRONTUÁRIO 31165), E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO AO HUT (PRONTUÁRIO 395934). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Marcos Antonio Lima
MARCOS ANTONIO LIMA (49 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Marcos Antônio Cima

CPF da Vítima

053.593.823-33

Data do Acidente

31/03/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

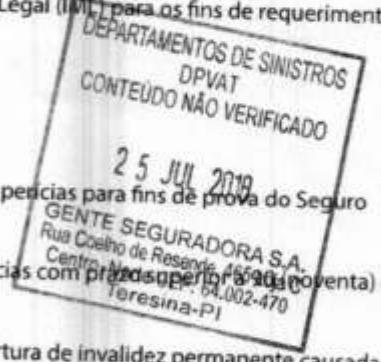
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 60 (sessenta) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Teresina, 23 de Julho de 2018

Local e Data

Marcos Antônio Cima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Dados do Chamado	01 N°. do chamado 05-SD-2269	02 Data do chamado 13/10/2014	03 PRO (código) 2899	04 Saída do PA J6 240'	05 Chegada ao local J6 245'		
Local da Ocorrência	06 Saída do local J6 248'	07 Chegada ao 1º hospital J6 245'	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Santa Quitéria, S/Nº (rua pública)	11 Bairro Satélite	12 Município-UF Te-PI	código IBGE			
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência ANTIGA COMPANHIA DE POLÍCIA						
Acidente de Transporte	14 Nome Antônio Marques Lino	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado					
	16 Idade 42	1 - Die 2 - Mais 3 - Ano 9 - Ignorado	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	18 Tipo de ocorrência UPAR	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	18	
	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança			
Exame Físico	23 Glasgow = 14	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-A voz 2-A dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais P脉 Respir. PA TAX. Saito	25 Local da lesão		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 4 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10			
Assistência	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados Aspiração Prancha longa/curta Oxigênio Cetor cervical Curativos Kred	32 Hospital de Destino UPA	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 JUL 2019	
Hospital de Destino							
Observações Interdisciplinar	# Embriaguez. Queda de moto suspeita de natureza de dano auto. Agitação #						
	CONFERE COM O ORIGINAL Mariá Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU						
	Socorristas Médico AE/TE	Lívia Araújo (296690-SE)		Enfermeiro Condutor	Edinaldo Silva		
	Responsável pela Recepção						

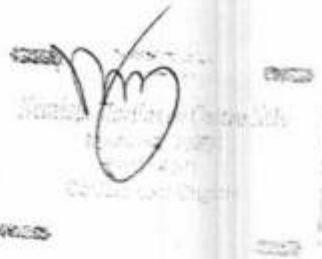
RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada o nome do paciente está como **ANTONIO MARQUES LIMA**, porém o nome do paciente em questão é **MARCOS ANTONIO LIMA**. A troca do nome se deu devido o paciente está sem os documentos na hora do atendimento sendo colocado o nome do seu irmão que o acompanhava.

Dados do Paciente:

RG: 1.337.357 SSP-PI

CNS: 898003704890059



Teresina, 13 de março de 2016

Gabriela
Gabriella de Almeida Lettâo
Assistente Social
CRESS 3202 - 22º Região PI

Assistente Social

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: 08/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 00000126718-4

Nr. da Autenticação B939BC1871F4AF0D



CNPJ 27157474000106 - LE 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Picané - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone 0800 222 2000 ou 223 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA 13302825-9 FATURA Nº 151602958
MÊS/ANO 6/2018

NOME / SOBRENOME NORBERTO NELLE ROZE SOARES MARQUES			
RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 544-CENTRO-TERESINA-PI-cep: 64018650			
LOCALIZAÇÃO 001-00008-000050		GRUPO	NÚMERO DO HODÔMETRO A10X133657
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS/ANO TIPO UDO FABURADO 05/2018 L.UM 02 19 04/2018 L.UD 01 10 03/2018 Hora 08 11 02/2018 L.UM 01 10 01/2018 Fazenda 00 10 12/2017 L.UD 03 10		ESOC-HAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Comercial - Normal	
DATA LITURA ANTERIOR 04/05/2018 168 ATUAL 06/06/2018 168		CONSUMO MÊS AGO 11 PIS/PASEP 15.244,165m³ x 1,90 CORRIS 115.2947,642m³ x 2,76	UBI 10.741/2010
TABELA DE TARIFAS RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%) 0 12 5,1429 60 12 25 6,1202 39 25 9999999 4,6008 60		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA DESCRICAO SER VALOR VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,52 11,0 m³ 62,52 > Comercial-Normal VALOR DE ESGOTO - 50,02 11,0 m³ 50,02 > Comercial-Normal JUROS POR ATRASO 04/2018 0,74 MULTA POR ATRASO 04/2018 2,01	
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%) 0 12 5,1429 60 12 25 6,1202 39 25 9999999 4,6008 60		VENCIMENTO 18/06/2018 TOTAL FATURA 115,29	
IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES			
MENSAGEM O CÓDIGO IDENTIFICADOR PARA CADASTRAR A CONTA DE ÁGUA NO DEBITO AUTOMÁTICO DEVE SER 00 + NÚMERO DA MATRÍCULA + DIGITO			
<small>Este documento é digitalizado e pode ser consultado e autenticado à distância, mediante o uso de tecnologia de autenticação digital. O documento é válido para todos os fins legais.</small>			

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	2.762	2.715	47	1,25	0,20-5,00 mg/l
COR APARENTE	2.570	1.787	783	10,14	Inferior a 15,0
pH	2.756	2.718	38	6,66	6,00-9,50
TURBOZÉZ	2.767	2.435	332	2,87	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTais	907	890	17	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	907	907	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 06/06/2018 HORA DA EMISSÃO: 10:50

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcos Antônio Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.593.823-33, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Marcos Antônio Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.593.823-33, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



Endereço	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email		Telefone comercial (DDD)	(86) 3303-4104	Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6565

Teresina, 24 de Julho de 2018

Local e Data

*Nelle Rose Soares Marques

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO NUNES DOS SANTOS

RG nº 856.722, data de expedição 15/08/08

Órgão SSP / PI, portador do CPF nº 341.632.983-04, com

domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUI Localidade santa lisa, nº 5172

complemento bessa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Marcos Antonio Lima, cujo o condutor era

Marcos Antonio Lima.

Veículo: NOVO

Modelo: YAMAHA / 115 CRYPTON

Ano: 2013/2014

Placa: PIM-3285

Chassi: 9C6KE1560E0029888

Data do Acidente: 13/03/2016

Local e Data:

B. SAZÉCITE, dia 73/03/2016
Brumado, 09/04/2018

Antonio nunes dos Santos

Assinatura do Declarante

Marcos Antonio Lima

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante do)



TERESINA CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANASTÁSIA GONÇALVES DE SÁMPIO PEREIRA
RUA LUIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-299 - TERESINA-PI
Fone: (86) 3221-7186 - E-mail: astanastasiacartorio@cartoriosampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO NUNES DOS SANTOS, D.O.U.
PE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 09/07/2018. Emol.: 3,71
TJ: 0,74 Selos 0,74 Total: 3,71 Selos: ABG-40720 (FB0574)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO Escrevente Autorizada



Tabelião

Escrevente autorizado

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Compromissada
Teresina - PI



Dados do Chamado	01 N°. do chamado 05-SD-2269	02 Data do chamado 13/10/2014	03 PRO (código) 2899	04 Saída do PA J6 20'	05 Chegada ao local J6 25)	
Local da Ocorrência	06 Saída do local J6 48	07 Chegada ao 1º hospital J6 15	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Santa Quitéria, S/Nº (rua pública)	11 Bairro Satélite	12 Município-UF Te-PI	Código IBGE		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência ANTIGA COMPANHIA DE POLÍCIA					
Acidente de Transporte	14 Nome Antônio Marques Júnior	15 Sexo M	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
Exame Físico	16 Idade 42	1 - De 2 - Mes 3 - Ano 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim	2 - Não 9 - Ignorado	
Assistência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte UPA	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	17 - Já removido 18 - Falso chamado	
Hospital de Destino	19 Vítima 1 - Pedestre	20 Meio de locomoção 1 - A pé	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel	22 Equipamentos de segurança Capacetes	Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-A voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso _____ Resp. _____ PA _____ TAX. _____ SatO2 _____	25 Local da lesão 	
	26 Pupilas 1 - Igualas	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim	29 Dor 10 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 Sem Dor <input type="checkbox"/>	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta 3 - Fechada 2 - Não 3 - Suspeita	
	31 Procedimentos realizados 1 - Sim 2 - Não	<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Franha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Celofar cervical <input type="checkbox"/> Corretivos <input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) b)	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 JUL 2018	
	32 Hospital de Destino UPA	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte		2 - Não	
	# Embriaguez. Queda de moto. Suspeita de fratura de clavícula. Agitação #					CONFERE COM O ORIGINAL Marilia Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU
	Fernando M. Lopes Responsável pela Recepção	Socorristas Médico AE/TE	Liliane Araújo (296690-46)	Enfermeiro Condutor	Edinaldo Silva	

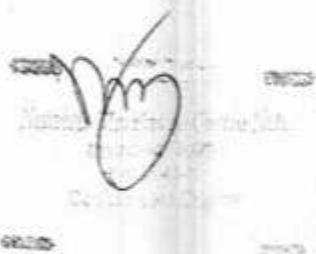
RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada o nome do paciente está como **ANTONIO MARQUES LIMA**, porém o nome do paciente em questão é **MARCOS ANTONIO LIMA**. A troca do nome se deu devido o paciente está sem os documentos na hora do atendimento sendo colocado o nome do seu irmão que o acompanhava.

Dados do Paciente:

RG: 1.337.357 SSP-PI

CNS: 898003704890059



Teresina, 13 de março de 2016

Gabriel
Gabriela de Almeida Leitão
Assistente Social
CREAS 3262 - 22ª Região PI

Assistente Social

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO MARQUES LIMA		Prontuário: 31165
Mãe: NAO INFROAMDO	Pai:	
End.Resid.: RUA SANTO ANTONIO QUITERIO, S/N, - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 13/03/2016	Idade: 0a:0m:0d	Sexo: Masculino Fone:
Responsável: O MESMO		CNS:
Profissão:		Documento: RG: 1337779 - SSP/PI
Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado

1526-20 ATTENDIMENTO:

Código: 48754 Entrada: 13/03/2016 16:48:23 Convênio: SUS

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	MNSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
<u>Brve História Clas. Risco:</u>			
Motorista de moto, piloto, alcoolizado, suspeita de fratura de clavícula.			FERNANDO MORAIS DE FREITAS COREN PI - 352014 Data: 13/03/2016 16:53:11

Ass. Professional Class. Biscott

BRANDÃO MORAES DE SOUZA
COREN PI - 350074
13/03/2016 16:23:10

SSVV: (Hora: :)

Peso: 6,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m² Pulso: 0 bpm Pressão: 0 mmHg

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HALITO ETILICO, VITIMA DE ACIDENTE
DE VELOCIDADE EM TOPOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

BOLETO
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

— 1 —

EXAMES COMPLEMENTAIRES

RE: ONBRO ESQUERDO fractura de clavícula esquerda

PREScriÇÃO MÉDICA:

Capítulo

MOTIVO DA ALTA ENCERRAMENTO:

ESTRATEGIA PARA SUSTITUTOS

DATA: *t* = 0

四百四十一

Dr. Antonio Nunes Martins Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 145.211



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Marcos Antônio Duma

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 395934



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".

MTC
160316 10:20h

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 13/03/2016 20:03:07

(User: LETICIA MARIA)

(Estação: EMERGENCIAS)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCOS ANTONIO LIMA		Frontuário: 395934
Mae: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA	Pai: VALDEMARIVANA LIMA	
End.Resid.: R. SAO FRANCISCO ,4165 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 17/04/1969	Idade: 46a:11m:25d	Sexo: Masculino Fone: 86-99479-0965
Responsável: ANTONIO MARQUES LIMA(IRMÃO)		CNS: 898003704890059
Profissão: PINTOR	Documento: CPF: - - -	
Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 530204	Data: 13/03/2016 19:58:13	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Não
		CID Secundario: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: Queda de moto com suspeita de fratura em clavícula e, nega lesão de consciência, encaminhado da UPA para avaliação com ortopedista.		Profissional Clas. Risco: LETICIA MARIA CARVALHO DE SOUSA CRM: 158837 Em: 13/03/2016 20:03:06	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

AVC Da UPA

HAAT. Cervicais

PA X mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID: _____	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

0408010150

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /		HORA: : :	Procedimento: 090809050	CID: 592.0
-----------	--	-----------	-------------------------	------------

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

0408010150

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /		HORA: : :	Procedimento: 090809050	CID: 592.0
-----------	--	-----------	-------------------------	------------

Sua Paula G. Bua
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Raul Ruben de Macedo Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
TEO/12594
Assinatura Profissional Médico



17.577.205/0015-321

UPA RENASCENÇA

Rua Rio Verde, nº 2810

Renascença III - CEP: 64.082-110,

Teresina - PI

Fundação Municipal de Saúde

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <i>UPA Renascença</i>	Para Unidade <i>HUT</i>
Paciente <i>Antônio Marques Lira</i>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <i>Parte interna da audição motociclistico c/ frature em ambos (E) Alcoolizado não colabora c/ exame fisiológico</i>	
HD. Fratura de clavícula (E) fechada Data <i>13/03/16</i>	Dr. Antonio Nunes Martins Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 35261 REGI: 11705
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para:
DIAGNÓSTICO	
Data <i>_____ / _____ / _____</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

[Signature]

25 JUL 2016

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Log. C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALARAIH : 221610024466-6
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

NASCIMENTO

17/04/1969

MARCOS ANTONIO LIMA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

0-LIBERA: 01/04/2016
PROCED.: 0308010019 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECÍFICA
SP.SIST: WELLINGTON
CID : T068

01-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

02-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

03-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

04-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

05-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

06-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

07-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

08-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

09-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

10-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

11-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

12-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

13-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

14-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

15-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

16-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

17-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

18-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

19-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

20-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

21-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

22-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

23-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

24-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

25-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

26-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

27-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

28-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

29-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

30-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

31-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

32-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

33-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

34-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

35-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

36-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

37-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

38-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

39-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

40-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

41-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

42-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

43-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

44-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

45-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

46-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

47-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

48-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

49-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

50-TRABALHO / 13/03/2016 / 15

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MARCOS ANTONIO LIMA

0-LIBERA: 01/04/2016

PROCED.: 0308010019

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICA / NAO ESPECIFICADA

CID : T068

ASSUNTO: TRAUMATISMO DE CLAVICULA

CNS: 698003704890059

8-Nascimento: 17/04/1969

9-Sexo: Masculino

11-Mae: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA

13-Resp: ANTONIO MARQUES LIMA (IRMAO)

15-Ender: R.SAO FRANCISCO ,4165 - SATELITE - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

20-Prontuario: 395934

21-Data: 25/07/2016

22-Hora: 10:00

23-Local: HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA

24-Profissional: DR. ZENON ROCHA

25-Atendente: DR. ZENON ROCHA

26-Responso: DR. ZENON ROCHA

27-Responso: DR. ZENON ROCHA

28-Responso: DR. ZENON ROCHA

29-Responso: DR. ZENON ROCHA

30-Responso: DR. ZENON ROCHA

31-Responso: DR. ZENON ROCHA

32-Responso: DR. ZENON ROCHA

33-Responso: DR. ZENON ROCHA

34-Responso: DR. ZENON ROCHA

35-Responso: DR. ZENON ROCHA

36-Responso: DR. ZENON ROCHA

37-Responso: DR. ZENON ROCHA

38-Responso: DR. ZENON ROCHA

39-Responso: DR. ZENON ROCHA

40-Responso: DR. ZENON ROCHA

41-Responso: DR. ZENON ROCHA

42-Responso: DR. ZENON ROCHA

43-Responso: DR. ZENON ROCHA

44-Responso: DR. ZENON ROCHA

45-Responso: DR. ZENON ROCHA

46-Responso: DR. ZENON ROCHA

47-Responso: DR. ZENON ROCHA

48-Responso: DR. ZENON ROCHA

49-Responso: DR. ZENON ROCHA

50-Responso: DR. ZENON ROCHA

51-Responso: DR. ZENON ROCHA

52-Responso: DR. ZENON ROCHA

53-Responso: DR. ZENON ROCHA

54-Responso: DR. ZENON ROCHA

55-Responso: DR. ZENON ROCHA

56-Responso: DR. ZENON ROCHA

57-Responso: DR. ZENON ROCHA

58-Responso: DR. ZENON ROCHA

59-Responso: DR. ZENON ROCHA

60-Responso: DR. ZENON ROCHA

61-Responso: DR. ZENON ROCHA

62-Responso: DR. ZENON ROCHA

63-Responso: DR. ZENON ROCHA

64-Responso: DR. ZENON ROCHA

65-Responso: DR. ZENON ROCHA

66-Responso: DR. ZENON ROCHA

67-Responso: DR. ZENON ROCHA

68-Responso: DR. ZENON ROCHA

69-Responso: DR. ZENON ROCHA

70-Responso: DR. ZENON ROCHA

71-Responso: DR. ZENON ROCHA

72-Responso: DR. ZENON ROCHA

73-Responso: DR. ZENON ROCHA

74-Responso: DR. ZENON ROCHA

75-Responso: DR. ZENON ROCHA

76-Responso: DR. ZENON ROCHA

77-Responso: DR. ZENON ROCHA

78-Responso: DR. ZENON ROCHA

79-Responso: DR. ZENON ROCHA

80-Responso: DR. ZENON ROCHA

81-Responso: DR. ZENON ROCHA

82-Responso: DR. ZENON ROCHA

83-Responso: DR. ZENON ROCHA

84-Responso: DR. ZENON ROCHA

85-Responso: DR. ZENON ROCHA

86-Responso: DR. ZENON ROCHA

87-Responso: DR. ZENON ROCHA

88-Responso: DR. ZENON ROCHA

89-Responso: DR. ZENON ROCHA

90-Responso: DR. ZENON ROCHA

91-Responso: DR. ZENON ROCHA

92-Responso: DR. ZENON ROCHA

93-Responso: DR. ZENON ROCHA

94-Responso: DR. ZENON ROCHA

95-Responso: DR. ZENON ROCHA

96-Responso: DR. ZENON ROCHA

97-Responso: DR. ZENON ROCHA

98-Responso: DR. ZENON ROCHA

99-Responso: DR. ZENON ROCHA

100-Responso: DR. ZENON ROCHA

101-Responso: DR. ZENON ROCHA

102-Responso: DR. ZENON ROCHA

103-Responso: DR. ZENON ROCHA

104-Responso: DR. ZENON ROCHA

105-Responso: DR. ZENON ROCHA

106-Responso: DR. ZENON ROCHA

107-Responso: DR. ZENON ROCHA

108-Responso: DR. ZENON ROCHA

109-Responso: DR. ZENON ROCHA

110-Responso: DR. ZENON ROCHA

111-Responso: DR. ZENON ROCHA

112-Responso: DR. ZENON ROCHA

113-Responso: DR. ZENON ROCHA

114-Responso: DR. ZENON ROCHA

115-Responso: DR. ZENON ROCHA

116-Responso: DR. ZENON ROCHA

117-Responso: DR. ZENON ROCHA

118-Responso: DR. ZENON ROCHA

119-Responso: DR. ZENON ROCHA

120-Responso: DR. ZENON ROCHA

121-Responso: DR. ZENON ROCHA

122-Responso: DR. ZENON ROCHA

123-Responso: DR. ZENON ROCHA

124-Responso: DR. ZENON ROCHA

125-Responso: DR. ZENON ROCHA

126-Responso: DR. ZENON ROCHA

127-Responso: DR. ZENON ROCHA

128-Responso: DR. ZENON ROCHA

129-Responso: DR. ZENON ROCHA

130-Responso: DR. ZENON ROCHA

131-Responso: DR. ZENON ROCHA

132-Responso: DR. ZENON ROCHA

133-Responso: DR. ZENON ROCHA

134-Responso: DR. ZENON ROCHA

135-Responso: DR. ZENON ROCHA

136-Responso: DR. ZENON ROCHA

137-Responso: DR. ZENON ROCHA

138-Responso: DR. ZENON ROCHA

139-Responso: DR. ZENON ROCHA

140-Responso: DR. ZENON ROCHA

141-Responso: DR. ZENON ROCHA

142-Responso: DR. ZENON ROCHA

143-Responso: DR. ZENON ROCHA

144-Responso: DR. ZENON ROCHA

145-Responso: DR. ZENON ROCHA

146-Responso: DR. ZENON ROCHA

147-Responso: DR. ZENON ROCHA

148-Responso: DR. ZENON ROCHA

149-Responso: DR. ZENON ROCHA

150-Responso: DR. ZENON ROCHA

151-Responso: DR. ZENON ROCHA

152-Responso: DR. ZENON ROCHA

153-Responso: DR. ZENON ROCHA

154-Responso: DR. ZENON ROCHA

155-Responso: DR. ZENON ROCHA

156-Responso: DR. ZENON ROCHA

157-Responso: DR. ZENON ROCHA

158-Responso: DR. ZENON ROCHA

159-Responso: DR. ZENON ROCHA

160-Responso: DR. ZENON ROCHA

161-Responso: DR. ZENON ROCHA

162-Responso: DR. ZENON ROCHA

163-Responso: DR. ZENON ROCHA

164-Responso: DR. ZENON ROCHA

165-Responso: DR. ZENON ROCHA

166-Responso: DR. ZENON ROCHA

167-Responso: DR. ZENON ROCHA

168-Responso: DR. ZENON ROCHA

169-Responso: DR. ZENON ROCHA

170-Responso: DR. ZENON ROCHA

171-Responso: DR. ZENON ROCHA

172-Responso: DR. ZENON ROCHA

173-Responso: DR. ZENON ROCHA

174-Responso: DR. ZENON ROCHA

175-Responso: DR. ZENON ROCHA

176-Responso: DR. ZENON ROCHA

177-Responso: DR. ZENON ROCHA

178-Responso: DR. ZENON ROCHA

179-Responso: DR. ZENON ROCHA

180-Responso: DR. ZENON ROCHA

181-Responso: DR. ZENON ROCHA

182-Responso: DR. ZENON ROCHA

183-Responso: DR. ZENON ROCHA

184-Responso: DR. ZENON ROCHA

185-Responso: DR. ZENON ROCHA

186-Responso: DR. ZENON ROCHA

187-Responso: DR. ZENON ROCHA

PRESCRICIÓN MÉDICA

XIX



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESÓPOLIS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Marcos Antonio Jiménez

101

ant

DICO ASSISTENTE

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

395934

Internação:

157174

Nome: MARCOS ANTONIO LIMA

End. Resid.: R. SAO FRANCISCO ,4165 - SATELITE
 Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 17/04/1969	Idade: 46a:lim:26d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: PINTOR
--------------------	---------------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------

Internação

Alta

Permanência

Data 13/03/2016	Hora 00:59	Data	Hora
--------------------	---------------	------	------

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Norte:

Cod.CID:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES:

PESO:

CIRURGIA: Data: ____/____/____ Tipo: _____

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

25 JUL 2018

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Couto de Magalhães, 450 Log C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Tipo de Alta: Curado Melhorado Pedido Evasão
 Óbito Transferência outro serviço
 Administrativa Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____

Transporte: _____

Nome: _____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente
 José Ferreira Neto
 CPF: 096.897.373-88
 CRM-1568

PRESCRIÇÃO MÉDICA

TRANSFERS



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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Laje C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Confira com o(a) original que
foi apresentado(a) e coloque
Em 29/07/16

Setor de Arquivo Técnico do HPMPI

Luis Henrique Vasconcelos Alves - 2º TEN PM
NPM 105198193-2 / Mat. 14436-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

NOME DO PACIENTE: Marcos Antônio Roma

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 94125

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

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

Saúde
Secretaria de Estado



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM NÃO

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM NÃO

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO		16/03/2016
Nome: MARCOS ANTONIO LIMA		Pront.: 94125
Nasc.: 17/04/1969 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
Atendimento: 90696	Enfermaria: POSTO I	ENF 118 L
Pai: VALDEMAR VIANA LIMA		Leito: 118
Mae: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA		
RG: 1337357		
Residência:		
MAURO ALMEIDA Nr.: 1540 Cep: 64060370		Bairro: PORTO DO CENTRO Cidade: TERESINA Telefone: 86 - 994716531

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

Doutor é nome do doente
O, apresento as seguintes informações:

DIAGNÓSTICO

Provisório:

Fractura clavicular

CID

CID 5420

Principal:

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Dor e edema

Causa Médica

Lesão direta
RGPM 105198193-2 / MAL 34455-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Histórico - Patológico:

Eficácia:

Tipo:

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

Terapêutica Médica

RCF e
flocos

Operação

Dr. Leandro Ponce Legil
CRM - 2608
Ortopedia e Traumatologia

CRM - 2608

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

TRATAMENTO

Data/Hora de Internação

16/03/2016 15:03:36

Data da Alta:

19/03/2016

Data da Hospitalização:

/ /

25 JUL

2018

ALTA

Saída

Transferência

Óbito

- Curado
- Melhorado
- Inalterado
- A Pedido
- Internação p/ Diagnóstico

- Divisão Médica
- Por Indisciplina
- Evasão
- P. Ambulatório

- Fisiologia
- Psiquiatria
- Outros

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

THE _____ / _____ / _____

Assinatura: _____

Dr. Leandro Ponce Legil
CRM - 2608

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 13/03/2016 18:24:51
 Usu: DR. ANTONIO NUNES JUNIOR
 Estação: UPA-SALADEGENES-01

Nome: ANTONIO MARQUES LIMA		Prontuário: 31165
Mãe: NAO INFORMADO	Pai:	
End. Resid.: RUA SANTO ANTONIO QUITERIO, S/N, - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 13/03/2016	Idade: 0a:0m:0d	Sexo: Masculino Fone:
Responsável: O MESMO		CNS:
Profissão:		Documento: RG: 1337779 - SSP/PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 48754	Entrada: 13/03/2016 16:48:23	Convênio: SUS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Mal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	MMSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco:		FERNANDO MORAIS DE SOUZA COREN PI - 352078 Em: 13/03/2016 16:52:52	
Paciente de moto, piloto, alcoolizado, suspeita de fratura de clavícula.		Ass. Profissional Clas. Risco:	

SSVV: (Hora: ____ : ____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉so: 0 bpm	Pressão: 0 mmHg

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HALITO ETILICO, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO AO EXAME DOR EM TOPOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

Initial:	10	CID:
----------	----	------

EXAMES COMPLEMENTARES:	Referência: 2-110
Ombro esquerdo fratura de clavícula esquerda	Tel: 0800-110-00-00 - PI

PRESCRIÇÃO MEDICA:	Confere Com o Original Xanomica M. Alves Jr. 200916
tipoia ao but	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPM/PI CONTEUDO NÃO VERIFICADO 25 JUL 2018

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	DATA: / / HORA: :
ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE	

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Antonio Nunes Martins Jr.
Ortopedista Traumatologista
CRM: 3520
ANTONIO NUNES MARTINS JUNIOR
CRM 3520 PI Em: 13/03/2016 18:24:49

17.577.205/0015-321

UPA RENASCENÇA

Rua Rio Verde, nº 2610

Renascença III - CEP: 64.082-110
Teresina - PI

Fundação Municipal de Saúde

SUS

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <i>UPA Renascença</i>	Para Unidade <i>17.577.205/0015-321</i>
Paciente <i>Antônio Nunes Martins Jr.</i>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <i>Fratura no braço esquerdo</i>	
HD. <i>10</i>	<i>Dr. Antônio Nunes Martins Jr.</i> Ortopedia e Traumatologia CRM PI 3520 TECOT 1156
Data <i>10/10/2016</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para: Renascença Rua Rio Verde, nº 2610 Teresina - PI
DIAGNÓSTICO	
<p style="text-align: right;"><i>Confere com o Original</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Fratura no braço esquerdo</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO <i>25 JUL 2019</i> GENTE SEGURADORA S.A. Rua Celso de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina - PI </div>	
Data <i>10 / 10 / 2016</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

**LAUDO PARA
BPA INDIVIDUALIZADO**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - PI**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ	2- CNES 2323451
---	---------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4- NOME DO PACIENTE <i>Leandro Ponce Leal</i>	5- DATA DE NASCIMENTO		
6- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	7- CPF DO PACIENTE		
8- NOME DA MÃE	9- TELEFONE DE CONTATO		
10- NOME DO RESPONSÁVEL	11- TELEFONE DE CONTATO		
12- ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)	13- SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	14- RACA / COR	
15- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16- COD. IBGE MUNICÍPIO	17- UF	18- CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19- CÓDIGO PROCEDIMENTO	20- NOME DO PROCEDIMENTO <i>A sustentação</i>	21- QTDE <i>10</i>
-------------------------	--	-----------------------

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22- DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Negro dg articular</i>	23- CID10 PRINCIPAL <i>M25.6</i>	24- CID 10 SECUNDÁRIO	25- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------------------------	-----------------------	------------------------------

26- OBSERVAÇÕES

Pode cl negar dg interno do
côlo e ,muito em frasturas
p! anelar + grande em movimento

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

SOLICITAÇÃO

27- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Leandro P. Leal</i>	28- DATA DA SOLICITAÇÃO	29- ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
30- DOCUMENTO () CNS () CPF <i>X</i>	31- Nº DOCUMENTO(CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>167 786 998-41</i>	Dr. Leandro Ponce Leal Ortopedia e Traumatologia CRM - 2608

RUA FATE GEORGADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Centro
Número 1, Piso 6
CEP 6400-000

AUTORIZAÇÃO

32- CRM	33- CNS DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	34- DATA DA AUTORIZAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
36- OCO ÓRGÃO EMISSOR	37- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL:

CONTATO FEITO COM:

CONFIRMADO A VAGA:

SIM NÃO

H.P.M

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:

IDADE:

ENDERECO:

RESPONSÁVEL:

ESTADO CIVIL:

Hélio Antônio Lima

I - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ()

CIRÚRGICO

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Inflamação na face,

mucosidade nasal.

RGPM 105138193-2 / Mat. 74655-9
Cleó do Setor do Arquivo Técnico

EXAMES REALIZADOS:

Rx sobre F

DIAGNÓSTICO:

F2-clorídeo / 542-0
0408010150

INFORMAÇÕES DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018

GENTE SEGURO S.A.
Av. Presidente de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

TRATAMENTO REALIZADO:

Dmp

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

H.M.H

José Ferreira Neto
CRM-1558
CPF: 096.897.373-68

Ass. e carimbo do médico

DATA: 16/03/2016

P/



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 7637

PACIENTE: MARCOS ANTONIO LIMA

NOME DA MÃE: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA

DATA DO NASCIMENTO: 17/04/1969

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 19/03/2016

DATA DO LAUDO: 23/03/2016

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA EM AP

Controle pós-operatório.

Fratura na clavícula com fixação ortopédica.

Densificação de partes moles.

Sinais de fratura no 3º, 5º e 6º arcos costais.

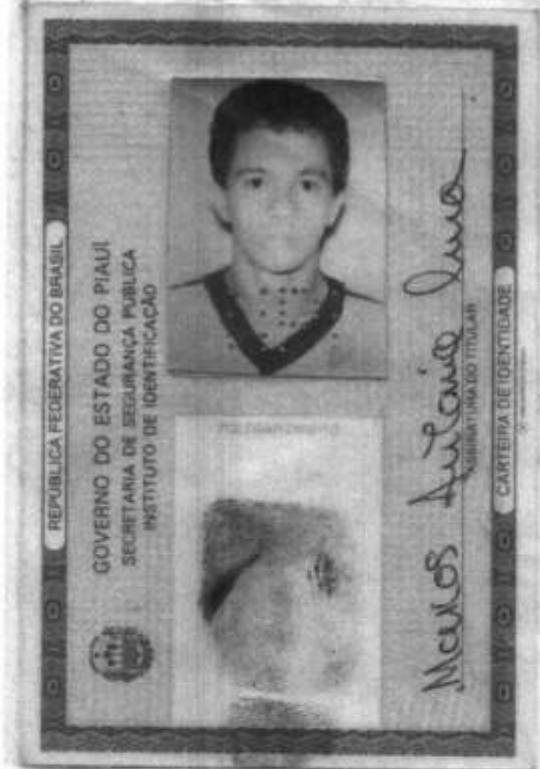
RGPM 105138193-2 / Mat. 14485 9
Classe do Setor do Arquivo Técnico

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rue Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

Dr.(a) NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180341965 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO LIMA **Data do acidente:** 13/03/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - CLAVÍCULA), CONSERVADOR (ARCOS COSTAIS) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada o nome do paciente está como **ANTONIO MARQUES LIMA**, porém o nome do paciente em questão é **MARCOS ANTONIO LIMA**. A troca do nome se deu devido o paciente está sem os documentos na hora do atendimento sendo colocado o nome do seu irmão que o acompanhava.

Dados do Paciente:

RG: 1.337.357 SSP-PI

CNS: 898003704890059

Teresina, 13 de março de 2016

Gabertão
Gabriela de Almeida Letão
Assistente Social
CRESS 3262 - 22º Região PI

Assistente Social



RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada 48754, onde se lê:

Nome: ANTONIO MARQUES LIMA

Mãe: NÃO INFORMADO

Pai:

End. Resid.: RUA SANTO ANTONIO QUITERIO, S/N – SATELITE – TERESINA-PI

Nascimento: 13/03/2016

Leia-se:

Nome: MARCOS ANTONIO LIMA

Mãe: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA Pai: VALDEMAR VIANA LIMA

**End. Resid.: RUA MAURO ALMEIDA, 1540 VILA FIRMINO FILHO BAIRRO
SATÉLITE - TERESINA-PI**

Nascimento: 17/04/1969



Teresina (PI), 21 de setembro de 2016

Paula de Araújo Moura
Aux. Administrativo
Mat: 74735
UPA24h
APARENCENCA

Auxiliar Administrativo



PROCURAÇÃO PARTICULAR

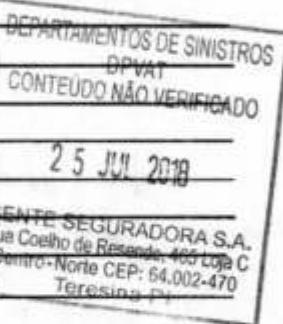
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Marcos Antonio Lima
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 1.337.357
CPF: 053.593.823-33
Profissão: Pintor
Endereço: R. Mauro Almeida nº 3540
CEP: 64060-370
Telefone: (66) 3303-4104 9534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recurso
Endereço: Rua 24 de Janeiro nº 544
CEP: 64000-235
Telefone: (66) 3303-4104 9534-6565



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

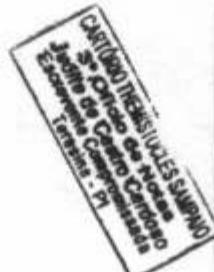
 Teresina - PI 23/07/2018

Local e data

Marcos Antonio Lima

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Cartório
Teresina
Sampaio
SANTO DOMINGO

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARCOS ANTONIO LIMA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 23/07/2018. Emol. 13.71
TJ: 0.74 Seção 0.85 Total 4.71 Selos ABG-83270 (F540FS)

JUDITE DE CASTRO CRUZ - Escrevente Autorizada

Tabelião Escrivão autorizado



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271601/18

Número do Sinistro: 3180341965

Vítima: MARCOS ANTONIO LIMA

CPF: 053.593.823-33

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/03/2016

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO LIMA

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/09/2018
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa