
Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190330326

Vítima: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

Data do Acidente: 20/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190499159

Vítima: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

Data do Acidente: 20/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190499159

Vítima: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

Data do Acidente: 20/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000055573-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190499159

Vítima: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

Data do Acidente: 20/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/11/2019, 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190499159 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO **Data do acidente:** 20/10/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula esquerda

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta limitação leve dos movimentos da elevação do ombro esquerdo.

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

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/09/2019

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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: 051.962.463-71 4 - Nome completo da vítima: Antonio Rafael Gomes Araujo

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

5 - Nome completo: Antonio Rafael Gomes Araujo 6 - CPF: 051.962.463-71
7 - Profissão: Sushiman 8 - Endereço: RS Park Brasil I Q-13 e os 9 - Número: 08 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: urbano 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-095
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 555738

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(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 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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (vai nasoturo)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina, Piauí 09/08/19
Antonio Rafael Gomes Araujo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AREOLIND DE ABREU

DATA: 09/08/2019

HORA: 11:11:19

TERMINAL: 20041025

CONTROLE: 200410250200

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0029 013.00055573-8

NOME: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: **00**

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 4018514246

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Duvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

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

158 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001021/2019-29

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 19/03/2019 - 12:38

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

540380

Data/Hora

20/10/2018 - 03:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. CONQUISTA FRANCISCO NOGUEIRA, Nº:

Complemento

Bairro

SANTA ROSA

Ponto de Referência

HOSPITAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

RG: 263408420030 SSPMA MA

Mãe: MARIA RAIMUNDA GOMES ARAUJO

Endereço: QD-13, CAS- 08, Nº

Complemento: PARQUE BRASIL I

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9498-7971

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP 110I, PLACA PIL-9776-PI, COR PRETA, RENAVAL 01126226243. PROP. DE SANDRINE LIARA ATAIDE BEZERRA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO EM SEGUIDA. FOI LEVADO POR UM CUNHADO PARA O HOSP. DO BUENOS AIRES. DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HUT. (PRONT. 302506). DEPOIS PARA O HPM. (PRONT. 4209610). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Antonio Rafael Gomes Araujo -
ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO - 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 00 29 00 CONTA: 555 73 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 00 00 00 CONTA: 00 00 00

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das despesas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente; ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 AGO 2019
CENTRO DE ATENDIMENTO DO SEGURO DPVAT
SEÇÃO DE RECEBIMENTO DE PEDIDOS
CNPJ nº 06.400.247/01

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 395221803	Nº REGULAÇÃO: 45973	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO	NASCIMENTO: 05/01/1991	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA ECG: NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, EUPNEICO, ORIENTADO EM TEMPO ESPAÇO

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

RAIO X DE OMBRO ESQUERDO - FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA CLAVICULA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x70(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 76bpm **SATURAÇÃO:** 99% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 18rpm

GLICEMIA: **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 20/10/2018 04:48:41

Dr. David Wesley

Médico

CRM-10047

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Patricia Viana Sales Leão
Matricula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000055573-8

Nr. da Autenticação D12A2970B6FC0B5A

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Rafael Gomes Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.962.463/71 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Antonio Rafael Gomes Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.962.463/71 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, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</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, 09 de Agosto de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

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

Eu, Sandrine Liara Ataíde Bezerra
portador do RG: 3.523.719, data de expedição 28/09/10
órgão expedidor SSP, PI, CPF: 05141.12811.41131-7191
com domicílio na cidade de Teresina, no estado de Piauí
onde resido na Rua Zubambi
número 3652, complemento Matadouro Resid Lagoa Azul

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima, Antonio Rafael Gomes Araujo
cujo condutor era Antonio Rafael Gomes Araujo
VEÍCULO: Honda POP 110i

ANO: 2017MODELO: 2017PLACAS: PII-9776CHASSI: 9C2JB0100HR2771211DATA DO ACIDENTE: 19/10/2018

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO

Registro de Imóveis • Nave • Títulos e Documentos • Pessoa Jurídica

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE
ARAUJO e SANDRINE LIARA ATAÍDE BEZERRA
VERDADE. DOU FE. TERESINA, 19/03/2019
SELO AAB29761 - 5R62, AAB29762 - BHO6
www.tpi.jus.br/portalextraANNE KELMAN VIEIRA SALDANHA SERVIO -
Emol. R\$ 7,70 TJ; R\$ 1,64 MP; R\$ 0,20 Selo; R\$ 0,52 TTeresina Piauí 19/03/2019

Local e Data

Sandrine Liara Ataíde BezerraAssinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRAAntonio Rafael Gomes AraujoAssinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

ANTONIO RAFAEL GOMES
EM TEST DA
LITE A AUTENTICIDADE EM

Cartório João Crispóstomo
1ª Of. de Reg. e Reg. de Imóveis
Anno Kelson Vieira Silvestre Seno
Escritório
Teresina-PI

ENTE
DE

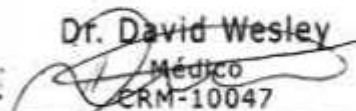


CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 395221803	Nº REGULAÇÃO: 45973	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO	NASCIMENTO: 05/01/1991	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA ECG: NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, EUPNEICO, ORIENTADO EM TEMPO ESPAÇO			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS: RAIO X DE OMBRO ESQUERDO - FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA CLAVICULA			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 120x70(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 76bpm	SATURAÇÃO: 99%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 18rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			
DATA: 20/10/2018 04:48:41			
 Dr. David Wesley Médico CRM-10047 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO			



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 395221803	Nº REGULAÇÃO: 45973	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828850 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE:	ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO	
	NASCIMENTO: 05/01/1991	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:			
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA ECG: NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANOTICO, ANICTERICO, EUPNEICO, ORIENTADO EM TEMPO ESPACO			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
RAIO X DE OMBRO ESQUERDO - FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA CLAVICULA			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 120x70(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 76bpm	SATURAÇÃO: 99%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 16cpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			



DATA: 20/10/2018 04:48:41

Dr. David Wesley

Médico

CRM-10047

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 395221803		Nº REGULAÇÃO: 45973	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE:	ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO		

NASCIMENTO: 05/01/1991

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA ECG: NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, EUPNEICO, ORIENTADO EM TEMPO ESPAÇO

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

RAIO X DE OMBRO ESQUERDO - FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA CLAVICULA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x70(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 76bpm	SATURAÇÃO: 99%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 18rpm
---------------------------------------	------------------------------	-----------------------	----------------------------------

GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:
------------------	------------------------------	-------------------

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

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

DATA: 20/10/2018 04:48:41

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

OBS: O paciente continua com vaga reservada no estabelecimento de origem até a data 20/10/2018 e horário 07:00h. Caso seja necessário internar o paciente no estabelecimento de destino, o mesmo deve contactar o estabelecimento de origem para registro da alta.



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 302 506

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".

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 20/10/2018 08:06:31

DADOS DO PACIENTE:

(User): VALDINEICE MENDES
(Estação): RECEPCAO

Nome:	ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO		Prontuário:	302506
Mãe:	MARIA RAIMUNDA GOMES ARAUJO	Pai:	FRANCISCO MACHADO ARAUJO NETO	
End. Resid.:	QD 13 CS 08 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento:	05/01/1991	Idade:	27a9m13d	Sexo: Masculino
Responsável:	MARIA RAIMUNDA	CNS:	702406037830220	Fone: R6- -
Profissão:	SUSHIMEN	CPF:	* RG: 263408420030 - SSP MA	
G. Instrução:	Médio Completo	E. Civil:	Solteiro(a)	
End. Local.:				

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	689977	Data:	20/10/2018 08:04:46	Condução:	AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio: S U S
Acid. Trab.:	SIM	Trajetos?:	SIM	Tipico:	NÃO
				CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:						

francisco machado
Antonio Rafael

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 AGO 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

AJITA:		Administrativa		Retornar à Unid. Origem:	
Curado		Por Indisciplina		Transferência:	
Inalterado		Por Evasão			
A Pedido					
		DESTINO:		DATA SAÍDA: / /	
				HORA: : :	
				() Internação na Unidade	
				Proced. Solicitado:	
				CID Compatível:	
				Prof. Solicitante	
				Internação:	

francisco machado
RAIC-X REALIZADO
DATA 20/10/2018
Téc. E. machado
0408010150
Valença
Ricardo Valença
a - Traumatologia
TEOT: 11306

Maria Raimunda
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 3445

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

085V

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 20/10/2018 08:06:37

DADOS DO PACIENTE:

(User: VALDENICE MENEZES)

(Estação: RECEPCAO1)

Nome: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO		Prontuário: 302506	
Mãe: MARIA RAIMUNDA GOMES ARAUJO	Pai: FRANCISCO MACHADO ARAUJO NETO		
End. Resid.: QD 13 CS 08 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 05/01/1991	Idade: 27a9m13d	Sexo: Masculino	Fone: 86- -
Responsável: MARIA RAIMUNDA	CNS: 702406037830220		
Profissão: SUSHIMEN	CPF: * RG: 263408420030 - SSP WA		
G. Instrução: Médico Completo	E. Civil: Solteiro(a)		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 689977	Data: 20/10/2018 08:04:46	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim	Trajetos?: Sim	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

PA ☒ mmHg				Pulso: ☒	FC: ☒ bpm	Temp.: ☒	CID: ☒
Diagnóstico Inicial: <i>John Carlos B</i>							

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RAIO-X REALIZADO	
DATA: 20/10/2018	
Téc: <i>John Carlos B</i>	

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar à Unid. Origem:
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência:
DESTINO:	☐ Inalterado	☐ Por Evasão	DATA SAÍDA: / /
	☐ À Pedido		HORA: :
ÓBITO:	☐ Até 24 Hs	☐ Família	☐ Internação na Unidade
	☐ De 24 a 48 Hs	☐ IML	Proced. Solicitado:
	☐ Após 48 Hs	☐ Anat. Patol.	CID Compatível:
			Prof. Solicitante
			Internação:

Valença
Ricardo Valença
a - Traumatologia
TEOT: 11305

Maria Raimunda
Assinatura Paciente ou Responsável

Patrícia Viana
Matrícula: 027459
SAM - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 142022
	AIH: 2218101762789

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO	05/01/1991	302506	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA RAIMUNDA GOMES DE ARAUJO	MARIA RAIMUNDA	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
		Q 13 C 08		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
PARQUE BRASIL		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	0308010019

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA	0408010150		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	0308010019		
DIAGNOSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR NIVEL NAO ESPECIFICADO	T111		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA DE CLAVÍCULA E, FOI AVALIADO, MEDICADO E TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270004	24/10/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
170600533260002		24/10/2018 18:28:38

CONTÊÚDO NÃO VERIFICADO
09 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Figueiredo, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Patricia Viana Sales Leão
Matrícula: 927494
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE Autauic Rafael Gomes Araújo	PRONTUÁRIO 20 2506	D. NASCIMENTO	CLÍNICA COPREX	ENÉ ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 21/10/18 HORA: 18h	HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
<i>Visto Nutricional</i> <i>Análise de sangue (Hemograma)</i> 1 - Clotado 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h - fecho 3 - Dipirona 500mg + ADEV 6/8h 4 - Tetraciclina 500mg + ADEV 12/12h - sus. amarelo 5 - Bacitracina 300mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 100mg + ADEV 8/8h - en 7 - CCGG + S.M.V.	18h 24 06 22 06	17:45 - parentes não localizados no ponto ramais chamados thru 21/10 21/10 11:00 - não localizados 21/10 14L Tratamento para o HPV por...			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Laje C
Caxias - Norte CEP: 64.002-470
Tefefax: (011) 2412-470

Patricia Maria Sales Leão
Matrícula: 027459
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ASSIST. OR. APT.	LEITO
NOME DO PACIENTE: <u>Walter Rafael Silva</u>				
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES: <u>Doença de Alzheimer</u>				
ALERGIAS				
HORÁRIO				
OBSERVAÇÕES				
DATA: <u>09/08/2019</u> HORA: <u>09:00</u> PRESCRIÇÃO MÉDICA 1 - Dieta geral ^{Visto} 12/12h 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tetroxica 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV				

7/24

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

[Assinatura]
Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11305

[Assinatura]
Patrícia Viana Soares Leite
Matrícula: 021499
SAMB - ILLP
CONFERE COM O ORIGINAL

MÉDICO/CRM:

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CSES	3 - CSES
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	Código da Internação:
4 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CSES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	225448

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome:	ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO		6 - Prontuário:	302506	
7 - CSES:	702406037830220	8 - Nascimento:	05/01/1991	9 - Sexo:	Masculino
11 - Mãe:	MARIA RAIMUNDA GOMES ARAUJO		RG:	263408420030- SSP	
13 - Resp:	MARIA RAIMUNDA		12 - Fone:	86- -	
15 - Endere:	QD 13 CS 08 - PARQUE BRASIL - CEP: 64000-010		14 - Fone:	86- -	
16 - Munícip:	TERESINA		17 - Cod. IBGE:	221100	
		18 - UF:	PI	19 - CEP:	64000-010

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

10 - Cód. Fincod. Anterior:	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição
0408010150	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA
11 - Cód. Fincod. Proced.	20 - Mudança de Procedimento / Descrição
0308010019	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA
12 - Diagnóstico:	
T111 Ferimento do membro superior, nível não especificado	

38 - Profissional Responsável:	40 - Tp. Documento:
RICARDO SOARES VALENÇA	CPF
39 - Data Solicitação:	41 - No. Loc. Méd. Solicit.
20/10/2018	787.098.575-91

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA DE CLAVÍCULA E, FOI AVALIADO, MEDICADO E TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE.

AUTORIZAÇÃO

42 - Nome do Profissional Autorizador:	43 - Data Autorização:	44 - CSES:
	/ /	
45 - Justificativa da "NÃO" autorização:		
46 - Nome do Profissional/parecer controle de A. Especial/Autoriza:	47 - Data Autorização:	48 - CSES/CPF:
49 - Ass. Carimbo (Rp. Conselho)		

Patricia Viana Lima Leite
Matrícula: 027499
SAMS - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rosende, 465 Lapa C
Centro-Norte CEP: 64.002-420
Teresina - PI



225448

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

14 2022

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	225448

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO			6 - Prontuário: 302506
7-CNS: 702406037830220	8-Nascimento: 05/01/1991	9-Sexo: Masculino	RG: 263408420030 - SSP
11-Mãe: MARIA RAIMUNDA GOMES ARAUJO			12-Fone: 86- -
13-Resp: MARIA RAIMUNDA			14-Cor: Sem Informação
15-End: QD 13 CS 08 - PARQUE BRASIL - CEP: 64000-010			
17-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	<i>John Vanil B</i>		
21 - Condições que justificam a internação:	<i>a</i>		
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):	<i>13</i>		
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da clavícula	24-CID Prim: S420	25-CID Sec: 	26-CID C.Ass:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408010150		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA		Tempo GDI: 2
29-Clinica:		30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:		
02		01	CPF	787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:		34-Data Solicitação:		
RICARDO SOARES VALENÇA		20/10/2018		

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3786 - TEOT: 17805
Associação Carimbo Méd.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOM:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (CAMILA ROBERTA) Consulta Local: 689977 Consulta SUS:	

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 142022
AIH: 2218101762789

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO	05/01/1991	M	302506
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA RAIMUNDA GOMES DE ARAUJO	MARIA RAIMUNDA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
		Q 13 C 08		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
PARQUE BRASIL		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
TRAUMA EM OMBRO ECONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS CIMAPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S420 - FRATURA DA CLAVICULA		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULALEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIAPROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO
CONSELHO))CARATER
URGENCIADATA SOLICITAÇÃO
20/10/2018RICARDO SOARES VALENCIA
CPF: 78709837391

CRM

DATA ADMISSÃO
20/10/2018 08:04DATA ALTA
21/10/2018 14:00MOTIVO ALTA
TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO
CONSELHO))NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO /
AUDITORIAAARAO CRUZ MENDES
CPF: 13178547354

CRM:

DATA ANALISE: 20/10/2018 09:02:02

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Patricia Farias Soares Leão
Município: 07499
SABE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO** (Prontuário: 302506)
Endereço: QD 13 CS 08 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/01/1991 Idade: 27a11m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 689977
Requisição: 884814 Solicitação: 20/10/2018 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1096488 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 20/10/2018

OMBRO ESQUERDO

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

- Fratura fragmentada recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 13/12/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

COMPANHIA SEGURADORA S.A.
Rua Manoel de Resende, 465 Lapa C
Teresina - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Conferência com o(a) original
foi apresentada(a) e dou fe
Em, 22/01/19

Setor de Arquivo Técnico do HPM
Luiz Henrique Vasconcelos Filho 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE:

Antonio Roberto Soares Junior

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

42096118

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220

Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 142256
ZIH: 2218101780543

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT

CNES
5928856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES
2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO

05/01/1991 M 420961

DOCUMENTO CPF

TELEFONE NOME DA MÃE

MARIA RAIMUNDA GOMES DE ARAUJO

RESPONSÁVEL

CATARINA MARIA DA COSTA BATISTA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

Q 13 C 08

BAIRRO

PARQUE BRASIL

COMPLEMENTO

CIDADE

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE DE 27 ANOS VITIMA DE ACIDENTE DE TRAFEGO COM TRAUMA EM OMBRO. NO MOMENTO BOM ESTADO GERAL.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRANSFERENCIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNOSTICAS (R)
RAIO X DO OMBRO: ACUSA FRATURA DE CLAVICULA.

EXAMES REALIZADOS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

040801109 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

LOCALIZADO

LEITO/CLINICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

**PRO-
DO**

CARACTERÍSTICAS

URGÊNCIA

DATA ADMISSÃO

21/10/2019

DATA ALTA

21/10/2019 18:58

CLASSE

CLASSE D

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE)

TIPO ACIDENTE CNPJ

SEGURADORA

Nº DO REGISTRO SÉRIE CNPJ

EM

CAUSAS VIOLENCIA)

CNAE
PRESA

CBOR NATUREZA DA
LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADO

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA PARIAS

CPF: 000000000

CBO: 3120

DATA DE REGISTRO: 01/01/2019

PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE

ORIA

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2 - CNES 2323451	Atendimento 803569
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	4 - CNES 2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO	6 - Prontuário: 420961		
7 - CNS: 898003720090975	8 - Nascimento: 05/01/1991	9 - Sexo: M	CPF: 86-9.94919527
11 - Mãe: RAIMUNDA GOMES ARAUJO	12 - Fone: 86-9.94919527	14 - Cor: PARDA	
13 - Resp: CATARINA DE MARIA DA COSTA BATISTA	15 - Ender.: Q 13 CASA08 PARQUE BRASIL I 0 SANTA MARIA 19 - CEP: 64013-464	17 - Cod. IBGE: 221100	18 - UF: PI RG: 26340-8420030
16 - Munic: TERESINA			

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos: <i>Acidente automobilístico com fratura da clavícula</i>	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 09 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 405 Lapa Centro - Norte CEP: 64.062-400 Teresina - PI
21 - Condições que justifiquem a internação: <i>Fratura da clavícula</i>	

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados) <i>Exame físico e radiológico</i>	Lois Henrique Vazquez Reis P. TEN PM RG: 10.811.222-2 - Matr. 14.952-9 Chefe do Setor de Análise Técnica
---	---

23 - Diagnóstico Inicial: FRATURA DA CLAVICULA	24 - Cid Princ.: S420	25 - Cid Sec.: _____	26 - Cid C.Ass.: _____
--	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Procedimento Solicitado

Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado: 010185 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	Tempo SUS 2			
29 - Clínica: POSTO II	30 - Carater.: 02	Ident.: 1	31 - Documento: CPF 16776599841	32 Doc. Med. Solic. 16776599841
33 - Nome Profissional / Assistente LEANDRO PONCE LEAL	34 - Data de Solicitação: 21/10/2018	Dr. Daniel Wiedeski Neurologia e Geriatria CRM-PI 91.042.000-1570 35 - Ass. Carimé Med. Solicitante		

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bônus:	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CHAE Empresa	44 - CBOR
38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.			

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização: 31/10/18	Luiz Edson dos Santos RG: 10.811.222-2 - Matr. 14.952-9 Chefe do Setor de Análise Técnica
48 - Documento	49 - Num. Documento	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Catarina de Maria da Costa Batista</i>		52 - Assinatura: LUZIA SILVA Consultor Local: Consultor SUS: Imprimido: 18:26:18



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 21/08/18
Nº DO PRONTUÁRIO: 420961
CÓD DA CIRURGIA: 1408010156

Descrição da Cirurgia:

1. Incisão em forma de T no abdome superior
2. Incisão em forma de T no abdome inferior
3. Incisão em forma de T no abdome inferior
4. Incisão em forma de T no abdome inferior
5. Incisão em forma de T no abdome inferior
6. Incisão em forma de T no abdome inferior
7. Incisão em forma de T no abdome inferior
8. Incisão em forma de T no abdome inferior
9. Incisão em forma de T no abdome inferior
10. Incisão em forma de T no abdome inferior

DEPARTAMENTO DE SINIS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Luiz Henrique de Sousa Reis PM 1279 PM
RPM 105198193-01 Nome 14495/9
Chefe do Setor de Análise Técnica

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 125336

PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

NOME DA MÃE: RAIMUNDA GOMES ARAUJO

DATA DO NASCIMENTO: 05/01/1991

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 26/10/2018

DATA DO LAUDO: 05/11/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA / AP

Controle pós-operatório.

Osteossíntese de fratura na clavícula com placa e parafusos metálicos.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.



*Correlacionar com dados clínicos.

Luis Henrique V. de Sousa Reis 11/2018 PM
RGPM 105150442-2/Mor. 14395-9
Cidade São José do Angico Teresina


Naira Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

ID: 135336
Paciente: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO
Idade: 027Y
Sexo: M

DEPARTAMENTOS DE
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 AGO 2019

SE SEGURADORA S.A.
Rua de Resende, 465 Lda C
Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Luiz HENRIQUE M. S. FILHO
RGPM 05118193-214
Cidade: São José do Bonito



E



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

OME DO HOSPITAL: _____
ONTATO FEITO COM: _____
ONFIRMADO A VAGA: SIM () NÃO ()

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

OME: _____
DADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
NDEREÇO: _____
RESPONSÁVEL: _____

II - TRANFERÊNCIA

INICO () CIRÚRGICO ()

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

EXAMES REALIZADOS:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMENTO REALIZADO:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA:

Ass. e carimbo do médico



ID: 126460

Paciente: ANTONIO GOMES ARAUJO

Módulo: 027Y

Grupo: M

HPM



E

Luis Henrique V. Conceição Reis 11/11/2018 PM
RGPM 116.512.493-24/Mar-16435-9
Cidade : Foz de Iguaçu, Paraná

Imagem: 01/06
Data: 22/10/2018



E
AXIAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.062-470
Teresina-PI



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 118622
ATENDIMENTO: 803569
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO
DATA DO NASCIMENTO: 05/01/1991
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO
POSTO: POSTO II ENF: 214 LEITO: 03

DATA: 21/10/2018

SEXO: M
IDADE: 27a 9m 17d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

Hemácias.....: 4,90 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 14,00g/dl
Hematócrito.....: 44,0%

Valores de Referências
Homem Mulher
4,5 - 6,5 3,9 - 5,8
13,5 - 18,0 11,5 - 16
40,0 - 54,0 36,0 - 47

LEUCOGRAMA:

Leucócitos.....: 3.700mil/mm³

Valores Referências
4.000 - 10.000

Bastões.....
Segmentados.....: 62
Eosinófilos.....: 2
Basófilos.....
Linfócitos.....: 35
Monócitos.....: 1
Metamielócitos.....
Mielómatos.....

3 - 5 %
50 - 66 %
2 - 4 %
0 - 1 %
20 - 30 %
4 - 8 %
0 - 0 %
0 - 0 %

OBS:

Plaquetas.....: 149.000mm³

100.000 mm³ a 400.000
mm³

OBS:

Método: Impedância/Difrações

Luis Henrique Pinheiro dos Reis, 17/10/2018
RGPM 105.040.3-2/ MM: 14195-8
Cidade: Teresina - Piauí

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 118622
ATENDIMENTO: 803569
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO
DATA DO NASCIMENTO: 05/01/1991
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO
POSTO: POSTO II ENF: 214 LEITO:

DATA: 21/10/2018

SEXO: M
IDADE: 27a 9m 17d

COAGULOGRAMA

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 1,00 min.
Método: Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação.....: 8,00 min.
Método: Lee-Write Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....: NEGATIVA
Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: TOTAL



Luis Hernandes Gonçalves Reis 11/10/2018 PM
RGPM 1041193-2; Matr. 14495-9
Chefe do Setor de Análises Toxicológicas

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 118622
ATENDIMENTO: 803569
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO
DATA DO NASCIMENTO: 05/01/1991
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO
POSTO: POSTO II ENF: 214 LEITO:

DATA: 21/10/2018

SEXO: M

IDADE: 27a 9m 17d

GLICEMIA

RESULTADO.....: 79,00 MG/DL

VALOR DE REFERÊNCIA: NEGATIVO
MÉTODO: COLORIMÉTRICO ENZIMÁTICO
MATERIAL: SORO/PLASMA



Luz Henrique V. de Sá
RGPM 105190-93-2/ Mar. 14/85-9
Chefe do Setor de Análises Clínicas

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUÍMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 118622
ATENDIMENTO: 803569
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO
DATA DO NASCIMENTO: 05/01/1991
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO
POSTO: POSTO II ENF: 214 LEITO:

DATA: 21/10/2018

SEXO: M

IDADE: 27a 9m 17d

UREIA: 28 mg/dl

Material: Soro Método: Enzimático

Valor de Referência:
15 a 40 mg/dl



Luiz Henrique dos Santos Res. 1º TEN PM
RGPI 38193-2/ Mai-14495-9
Classe J Setor do Arquivo Técnico

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 118622
ATENDIMENTO: 803569
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO
DATA DO NASCIMENTO: 05/01/1991
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO
POSTO: POSTO II ENF: 214 LEITO:

DATA: 21/10/2018

SEXO: M
IDADE: 27a 9m 17d

CREATININA..... 0,9 mg/dl

Material: Soro

Método: Enzimático

Valores de Referência:
De 0,4 a 1,4 mg/dl



Luiz Henrique Vitorino Reis - TERN
RGPM 106198193-2 Matr. 14405-9
(Cidade - São João del-Rei)

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
RECEITUÁRIO



DADOS DO PACIENTE

NOME: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO
DATA NASC: 05/01/1991 IDADE: 28 Anos 2 Meses 15 Dias SEXO: Masculino ESTADO CIVIL:
ENDEREÇO: Q 13 CASABR PARQUE BRASIL Nº 0 COMPL:
BAIRRO: SANTA MARIA DA COQUEL CIDADE: TERESINA CEP: 64013464

VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM OUTUBRO DE 2018, SOFRENDO FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA. TRATADO CIRURGICAMENTE, EVOLUI SEM QUEIXAS, SEM DOR NO FOCO E COM CONSOLIDAÇÃO CLÍNICA DA FRATURA. ENCONTRA-SE SEM RETRIÇÃO PARA O RETORNO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, APTO PARA A FUNÇÃO.



Data: 30/10/2019

Ass. Profissional

DANIEL ROCHA E SILVA MODESTO

Conselho: 5166

"Humanizando e Cuidado Bem da Sua Saúde"

Av. Rômulo Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1528 - Fax: (86) 3216 - 1520
CEP 64 014-220 - Teresina - Piauí - CNPJ 07.444.159/0002-25 - CMC 035.372-8



PEDIDO: 132008

PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

NOME DA MÃE: RAIMUNDA GOMES ARAUJO

DATA DO NASCIMENTO: 05/01/1991

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 20/12/2018

DATA DO LAUDO: 15/01/2019

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fratura cominutiva localizada na diáfise média da clavícula, fixada com placa e parafusos metálicos, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Superfícies articulares preservadas.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva localizada na diáfise média da clavícula, fixada com placa e parafusos metálicos, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Dr. Liege de Sampaio
MÉDICO
CRM-PI: 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

ID: 133008

Padrão: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

Idade: 027Y

Sexo: M

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

03 AGO 2019

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

Filme: 15-13
Exame: 20/12/2018

HPM

E



E





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
RECEITUÁRIO



DADOS DO PACIENTE

NOME: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

DATA NASC.: 05/01/1991 IDADE: 28 Anos 2 Meses 15 Dias

SEXO: Masculino

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO: Q 13 CASA08 PARQUE BRASIL I

Nº 0 COMPL.:

BAIRRO: SANTA MARIA DA CODIPE

CIDADE: TERESINA

CEP: 64013464

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM OUTUBRO DE 2018, SOFRENDO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. TRATADO CIRURGICAMENTE, EVOLUI SEM QUEIXAS, SEM DOR NO FOCO E COM CONSOLIDAÇÃO CLÍNICA DA FRATURA. ENCONTRA-SE SEM RETRIÇÃO PARA O RETORNO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, APTO PARA A FUNÇÃO.



Data: 20/03/19

Ass. Profissional

DANIEL ROCHA E SILVA MODESTO

Conselho: 5166

"Humanizando e Cuidado Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1528 - Fax: (86) 3216 - 1520
CEP: 64.014-220 - Teresina - Piauí - CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

RELATÓRIO MÉDICO

DECLARAMOS QUE ANTONIO
ROSAEL GOMES ARAUJO, foi vítima
de acidente de trânsito, fato ocorri-
do em 20.10.18 às 03:00hs, tendo
sofrido forte trauma em MSE com
surto com fratura em porção
alceol da clavícula esquerda
sendo tratado cirurgicamente
por via de osteotomia, com pla-
queamento com fixação por
com alça definitiva, além
com sequelas: fortes dores
com limitação no movimento,
com comprometimento funcional
80%.

Edimar

FE: 18/10/19

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

- 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

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1361264200

PROIBIDO PLASTIFICAR
1361264200

ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

DOL. IDENTIDADE / CNIL. EMISSOR: 263408420030 SEMA PI

CNPJ: 051.962.463-71 DATA NÚCLEO: 05/01/1991

FUNÇÃO: FRANCISCO MACHADO ARAUJO NETO MARIA RAIMUNDA GOMES ARAUJO

FORMAÇÃO: 05/01/2022 AC: 05/01/2022 CAT: 05/01/2022

REGISTRO: 05559431010 VALIDADE: 26/01/2022 PUBLICAÇÃO: 07/08/2012

ASSINATURA DO PORTADOR: Antonio Rafael Gomes Araujo

LOCAL: TERESINA DATA DE EMISSÃO: 27/01/2013

97644924907
PI338363829

PIAUI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: Antonio Rafael Gomes Araújo	RG: 263408420030	ORG. EMISSOR: 558/PI	D. EXPEDIÇÃO: 27/01/17
CPF: 05196246371	ESTADO CIVIL: União estável	PROFISSÃO: Sushimam	
ENDEREÇO: RS Park Brasil I Q 13 C 08		Nº: 51n	
COMPLEMENTO: casa	BAIRRO: urbano		
CIDADE: Teresina ESTADO: PI	CEP: 64012095	TELEFONE: 9.95346565	



OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: Nelly Roze Soares Marques	RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: 558/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840173173-91	ESTADO CIVIL: solteira	PROFISSÃO: Receita-me	
ENDEREÇO: Rua 24 de janeiro		Nº: 544	
BAIRRO: Centro norte	CIDADE: Teresina	UF: PI	CEP:

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

Antonio Rafael Gomes Araújo

Data do acidente de trânsito: 20/06/18

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina Piaui 09/08/19
Antonio Rafael Gomes Araújo 

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria Elvira Cardoso Sousa
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lacerda Rego, 1031 Centro - CEP: 64011-200, Teresina PI. Fone: (86) 3211-0150 - E-mail: atendimento@teresiananotas.com.br
Tribuna: Cláudia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO. DOU FE EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 09/08/2019. Selo: AAR11130-MMIL
www.tjpi.jus.br/portalexta.

Maria Elvira Cardoso Sousa-Escrevente Autorizada
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 165
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273146/19

Vítima: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

CPF: 051.962.463-71

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/10/2018

Titular do CPF: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO : 051.962.463-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 09/08/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/08/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa