
Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190166542

Vítima: JOAO BOSCO DE ANDRADE

Data do Acidente: 06/05/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO BOSCO DE ANDRADE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190166542

Vítima: JOAO BOSCO DE ANDRADE

Data do Acidente: 06/05/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO BOSCO DE ANDRADE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Autorização de pagamento



BANCO DO BRASIL S.A.

0255-0/2017 - ALTO-ATENDIMENTO - 10.13.05
10255.73268

EXTRATO DIÁRIA CORRENTE PARA SIMPLES CONFIRMAÇÃO

AGÊNCIA: 0255-0 CONTAS: 10.149-X

CLIENTE: JOAO BOSCO DE ANDRADE

HISTÓRICO DOCUMENTO Nº 9602

--- 17/05/2017 ---

Saldo Anterior 1.913

--- V A O H A L A N C A N T O S ---

Juros * 1.00

Data de Debito de Juros 01/09/2017

IOF * 1.00

Data de Debito de IOF 01/09/2017

* Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.

Local onde efetuar saques e pagar suas contas nos Correlatos, onde você conta com atendimento em horário ampliado para serviços bancários.

OBSERVAÇÕES:

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informações.

RECEBIDO
17 OUT 2017
GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

EXTRATO BANCO DO BRASIL S.A.
15/08/2017 - ALTO-ATENDIMENTO
0025513268
EXTRATO CONTA CORRENTE-PARA SIMPLES CONFERENCIA
AGENCIA: 0255-0
CONTANTE: JOAO BOSCO DE ANDRADE
HISTORICO: 17/05/2017
Saldo Anterior
VIA O - HPA L A N C A M E N T O S

Juros *
Data de Debito de Juros
TOF
Data de Debito de TOF

***) Apurados de acordo com o somatório dos saldos**
devedores cta no mes anterior ao debito.
Você pode efetuar saques e pagar suas contas
nos Correios, onde você conta com atendimento
em horário ampliado para serviços bancários.

OBSERVAÇÕES:

Leia no verso como conservar este documento
entre outras informações


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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOAO BOSCO DE ANDRADE		CPF titular da conta 138.861.853-20	Profissão PESCADOR
Endereço CONJUNTO SÃO DOMINGOS		Número 06	Complemento QUADRA - Q
Bairro SÃO DOMINGOS	Cidade LUZILÂNDIA	Estado PIAUÍ	CEP 64.160-000
Email ASP-ANDRADE@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. DIV. (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. JOAO BOSCO ANDRADE	
AGÊNCIA NRO. DIV. (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. DIV. 0255-0 04.18	
CONTA NRO. DIV. (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. DIV. 13.449-K	

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.

LUZILÂNDIA 06 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

João Bosco de Andrade
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

22 MAR 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA CIDADE DE LUZILÂNDIA-PI

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO Nº 210/2015

CERTIFICO, como me faculta a Lei, e atendendo Registro de Ocorrência da parte interessada, que revendo os livros de registros e arquivos desta Delegacia de Polícia Civil encontrei no Livro de Registro de Ocorrência de Trânsito nº 01/2015/DPL, na folha de nº 097 a ocorrência de nº. 210/2015, com o seguinte teor:

1. **NATUREZA:** ACIDENTE DE TRÂNSITO (QUEDA DE MOTO).
2. **LOCAL:** Conj. 87 DNOCS zona rural de Luzilândia/PI.
3. **DATA DO FATO:** 06/05/2015. Horário: 05h30min.
4. **DATA DO REGISTRO:** 13/10/2015. Horário: 11h13min.
5. **VÍTIMA:** JOÃO BOSCO DE ANDRADE RG 237.476 SSP/PI, CPF 138.861.853-20, brasileiro, cearense, natural Bela Cruz/CE, pescador, solteiro, maior, nascido em 01/09/1956, filho de Maria Leocádia do Carmo e de José Francisco de Andrade. Residente no conj. José Martins Filho Q-F, C-32, Luzilândia/PI.

HISTÓRICO

A vítima compareceu nesta DP para informar que no local, data e horário acima mencionado, quando trafegava na motocicleta YAMAHA/FACTOR, ANO E MODELO 2008/2009, COR AZUL, PLACA NIM-2220, RENAVAM 00990388239, CHASSI 9C6KE122090020195, licenciada em nome de SUYANE PONTES DE ANDRADE. Quando vinha do Bico do Patú, com destino ao cidade de Luzilândia/PI, que ao chegar no Conj. 87 DNOCS zona rural de Luzilândia/PI, bateu em um animal (jumento), desequilibrou e caiu, foi socorrido por terceiros e levado para Hospital Estadual Gerson Castelo Branco em Luzilândia/PI, Tendo sofrido TCE COM FRATURA E FRATURAS NO PUNHO DEDO. Transferido para MUT em Teresina/PI. Conforme extrato em anexos.

O referido é verdade e dou fé.

Delegacia de Polícia, em Luzilândia/PI, 13 Outubro de 2015.

Bel. **MAIKON KAESTNER**
Delegado de Polícia Civil

Certório João Melo de Carvalho
JOSÉ DE ARIMATEA SILVA E SOUSA - TABELIÃO
CAR: 68.725 (PSS/00011) - CNE - 07.000
RUA RAIMUNDO GALENO, CENTRO - A. 281, LUZILÂNDIA - PIAUÍ TEL: (06) 3200.1207

CERTIFICO QUE A PRESENTE COPIA CONFERE COMO ORIGINAL EXIBIDA - NENHAS NOTAS EM TESTE - DA VERDADE. DOU FE LUZILÂNDIA, 24/05/2017 15:05:18

JOSÉ DE ARIMATEA SILVA SOUSA - TABELIÃO
Emp. 2.32 - 10.046 Selo: 0.28 Total: 3.33

RECEBIDO

17 OUT 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE



AUTENTICAÇÃO
488 75786



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE LUZILÂNDIA/PI



DECLARAÇÃO

O **BEL MAIKON KAESTNER** - Delegado de Polícia Civil, no uso de suas atribuições legais etc.;

RESOLVE:

JOÃO BOSCO DE ANDRADE RG 237.476 SSP/PI, CPF 138.861.853-20, brasileiro, cearense, natural Bela Cruz/CE, pescador, solteiro, maior, nascido em 01/09/1956, filho de Maria Leocádia do Carmo e de José Francisco de Andrade. Residente no conj. José Martins Filho Q-F, C-32, Luzilândia/PI.

Certifico para os devidos fins necessários, que a vítima acima qualificada, que após ter sofrido acidente de trânsito em 06/05/2015, e ter atendimento no **Hospital Estadual Gerson Castelo Branco em Luzilândia/PI**, levados por terceiros que o socorreram.

Não teve atendimento pré-hospitalar na ocasião da ocorrência (acidente de trânsito) em virtude de nesta cidade e municípios circunvizinhos, como Joca Marques, Morro do Chapéu, Joaquim Pires, Madeiro, Matias Olímpio e Esperantina - PI, não existir serviço de atendimento do tipo **SAMU, CORPO DE BOMBEIRO e ANJOS DO ASFALTO**.

CERTIFICAR, como lhe faculta a lei e atendendo a requerimento verbal da parte interessada, que após averiguações, ficou constatado que nesta cidade de Luzilândia-PI e municípios circunvizinhos (supracitados), não existe **INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML**, órgão existente apenas nas cidades de Teresina e Parnaíba.

O referido é verdade e dou fé.

Delegacia de Polícia, em Luzilândia - PI, 13 de Outubro de 2015.

Bel Maikon Kaestner
Delegado de Polícia Civil



128 75787



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA CIDADE DE LUZILÂNDIA-PI

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO Nº 210/2015

CERTIFICO, como me faculta a Lei, e atendendo Registro de Ocorrência da parte interessada, que revendo os livros de registros e arquivos desta Delegacia de Polícia Civil encontrei no Livro de Registro de Ocorrência de Trânsito nº 01/2015/DPL, na folha de nº 097 a ocorrência de nº. 210/2015, com o seguinte teor:

1. **NATUREZA:** ACIDENTE DE TRÂNSITO (QUEDA DE MOTO).
2. **LOCAL:** Conj. 87 DNOCS zona rural de Luzilândia/PI.
3. **DATA DO FATO:** 06/05/2015. Horário: 05h30min.
4. **DATA DO REGISTRO:** 13/10/2015. Horário: 11h13min.
5. **VÍTIMA:** JOÃO BOSCO DE ANDRADE RG 237.476 SSP/PI, CPF 138.861.853-20, brasileiro, cearense, natural Bela Cruz/CE, pescador, solteiro, maior, nascido em 01/09/1956, filho de Maria Leocádia do Carmo e de José Francisco de Andrade. Residente no conj. José Martins Filho Q-F, C-32, Luzilândia/PI.

HISTÓRICO

A vítima compareceu nesta DP para informar que no local, data e horário acima mencionado, quando trafegava na motocicleta YAMAHA/FACTOR, ANO E MODELO 2008/2009, COR AZUL, PLACA NIM-2220, RENAVAM 00990388239, CHASSI 9C6KE122090020195, licenciada em nome de SUYANE PONTES DE ANDRADE. Quando vinha do Bico do Patú, com destino ao cidade de Luzilândia/PI, que ao chegar no Conj. 87 DNOCS zona rural de Luzilândia/PI, bateu em um animal (jumento), desequilibrou e caiu, foi socorrido por terceiros e levado para Hospital Estadual Gerson Castelo Branco em Luzilândia/PI, Tendo sofrido TCE COM FRATURA E FRATURAS NO PUNHO DEDO. Transferido para HUT em Teresina/PI. Conforme extrato em anexos.

O referido é verdade e dou fé.

Delegacia de Polícia, em Luzilândia/PI, 13 Outubro de 2015.

Bel. **MAIKON KAESTNER**
Delegado de Polícia Civil

Certório João Melo de Carvalho
JOSÉ DE ARIMATEA SILVA E SOUSA - TABELIÃO
CAR: 68.725 (PSS/00011) - CNE - 07.000
RUA RAIMUNDO GALENG, CENTRO - A. 281, LUZILÂNDIA - PIAUÍ TEL: (86) 3203.1257

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOLHA COPIA CONFERE COMO ORIGINAL EXIBIDA - NENHAS NOTAS EM TESTE - DA VERDADE. DOU FE LUZILÂNDIA, 24/05/2017 15:05:18

JOSÉ DE ARIMATEA SILVA E SOUSA - TABELIÃO
Emp. 2.32 - 10.046 Selo: 0.28 Total: 3.33





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE LUZILÂNDIA/PI



DECLARAÇÃO

O **BEL MAIKON KAESTNER** - Delegado de Polícia Civil, no uso de suas atribuições legais etc.;

RESOLVE:

JOÃO BOSCO DE ANDRADE RG 237.476 SSP/PI, CPF 138.861.853-20, brasileiro, cearense, natural Bela Cruz/CE, pescador, solteiro, maior, nascido em 01/09/1956, filho de Maria Leocádia do Carmo e de José Francisco de Andrade. Residente no conj. José Martins Filho Q-F, C-32, Luzilândia/PI.

Certifico para os devidos fins necessários, que a vítima acima qualificada, que após ter sofrido acidente de trânsito em 06/05/2015, e ter atendimento no **Hospital Estadual Gerson Castelo Branco em Luzilândia/PI**, levados por terceiros que o socorreram.

Não teve atendimento pré-hospitalar na ocasião da ocorrência (acidente de trânsito) em virtude de nesta cidade e municípios circunvizinhos, como Joca Marques, Morro do Chapéu, Joaquim Pires, Madeiro, Matias Olímpio e Esperantina - PI, não existir serviço de atendimento do tipo **SAMU, CORPO DE BOMBEIRO e ANJOS DO ASFALTO**.

CERTIFICAR, como lhe faculta a lei e atendendo a requerimento verbal da parte interessada, que após averiguações, ficou constatado que nesta cidade de Luzilândia-PI e municípios circunvizinhos (supracitados), não existe **INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML**, órgão existente apenas nas cidades de Teresina e Parnaíba.

O referido é verdade e dou fé.

Delegacia de Polícia, em Luzilândia - PI, 13 de Outubro de 2015.

Bel Maikon Kaestner
Delegado de Polícia Civil



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, JOÃO BOSCO DE ANDRADE, portador da carteira de identidade nº 237.476 SSPB e inscrito no CPF/MF sob o nº 138.861-853-20, residente e domiciliado na CONJATO SÃO DOMINGOS C-06 A-02, Cidade LUZILÂNDIA, Estado PIAUÍ, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

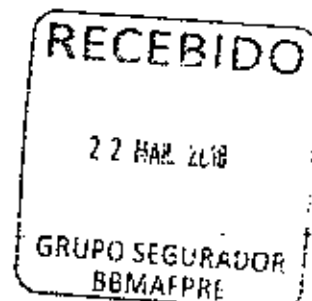
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

LUZILÂNDIA-06- DE DEZEMBRO 2017

Local e data





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

Comprovação de ato declaratório



SUS

Imp: 20/07/2015 09:29:56

(ZASSIA)

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOAO BOSCO DE ANDRADE		Prontuário: 77490	
Mãe: MARIA LEONARDA DO CARO		Pai: JOSE FRANCISCO DE ANDRADE	
End.Resid.: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI - CEP: 64160-970			
Nascimento: 01/09/1956	Idade: 58a:8m:5d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 8101-7292
Responsável: SUIANE ANDRADE		CNS: 898002391388871	
Profissão: PESCADOR		Documento: RG: 237466 - SSPPI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	
End.Local: - - -			

DADOS DO ACOLHIMENTO:

Código: 469664	Data: 06/05/2015 21:24:54	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO POR TRACÇÃO ANIMAL		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl.Saúde: Não	Trauma: Não
		Mau Trato: Não	

BREVE HISTÓRIA:

PACIENTE REGULADO. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM COLISÃO COM ANIMAL. SEM USO DE CAPACETE. EVOLUI COM TRAUMA E LESÃO NA CAPEÇA, NO TORAX E EM MSD.HÁ +- 19H.ECG:15.

HUT-SAMU
COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO
TERESINA-PI
SERVIÇO
20.07.15
GO

A - VAS:		B - RESPIRAÇÃO:		C - CIRCULAÇÃO:	
Sinais de Obstrução:	Estado Atual:	Cianose:	SaPO2:	Pul.Carotídeo	Perf.Sangui... ECG:

E - NEUROLÓGICO:					
ECG - AO:	RV:	RN:	Soma:	Pupilas:	Plegias/Parastesia:
			0		Membro:

F - SINAIS VITAIS:					
PA:	TAX:	FR:	Pulso:	Glíc.Capilar:	Escala de Dor:

D - ALERGIAS:	
(Descreva se informado):	

G - MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO:	I - CLASSIFICAÇÃO:
(Descreva se informado):	17 OUT 2017

H - DESTINO:	GRUPO SEGUADOR
CONSULTORTO GERAL	BBM&PRE
(Descreva se necessário):	

Carimbo/Assinatura Profissional



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 06 8888

Fatura Mensal

Matrícula 2687297-8		Hidrometro A11L263397		Referência AGO/2017																																	
Nome/Razão Social/Endereço ALLAN JONES P DE ANDRADE CON SAO DOMINGOS, Q---Q CASA-0006 SAO DOMINGOS LUZILANDIA 64160000 AG= 155																																					
Situação 3/1	Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição 58 2 06 0869 0035-000																																		
Período de Consumo 26/07/2017		Período de Consumo 24/08/2017		Quantidade Consumida 29																																	
Histórico de Consumo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Letras</th> <th>Consumo</th> <th>Outr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>02/17</td><td>161</td><td>9</td><td>0</td></tr> <tr><td>03/17</td><td>161</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>04/17</td><td>174</td><td>13</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/17</td><td>180</td><td>6</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/17</td><td>188</td><td>8</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/17</td><td>193</td><td>5</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/17</td><td>203</td><td>10</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>						Mês/Ano	Letras	Consumo	Outr.	02/17	161	9	0	03/17	161	0	0	04/17	174	13	0	05/17	180	6	0	06/17	188	8	0	07/17	193	5	0	08/17	203	10	0
Mês/Ano	Letras	Consumo	Outr.																																		
02/17	161	9	0																																		
03/17	161	0	0																																		
04/17	174	13	0																																		
05/17	180	6	0																																		
06/17	188	8	0																																		
07/17	193	5	0																																		
08/17	203	10	0																																		
Forma de Pagamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO <table border="1"> <tr> <td>Cód. Responsável 000000000</td> <td>Código de Tarifa 01</td> </tr> <tr> <td>Consumo Médio 6</td> <td>Consumo Fio Água</td> </tr> <tr> <td>Consumo 10</td> <td>Consumo Estimado 10</td> </tr> </table>						Cód. Responsável 000000000	Código de Tarifa 01	Consumo Médio 6	Consumo Fio Água	Consumo 10	Consumo Estimado 10																										
Cód. Responsável 000000000	Código de Tarifa 01																																				
Consumo Médio 6	Consumo Fio Água																																				
Consumo 10	Consumo Estimado 10																																				
Descrição da Fatura Cód. Nome do Serviço Valor (R\$) AGUA 26,91 MANUTENCAO HIDROMETRO 1,60																																					

VENCIMENTO 04/09/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 28,51
AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 4 VALOR: R\$132,54
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME: PORT 2314-2011-MS							
Parâmetro	Turbidez	Cor	Oxigênio	PH	Ferro	Sulfato	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,0	0,3	Amarelo	Azul
NI Máximo de Amostras Exigidas							
NI Amostras Realizadas							
NI Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	11.73	24.13	1.03	6.85	0.23	0.00	0.00
Conclusão	PRESERVA A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEESTRUTURALMENTE.						
Observação	EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL						

AGESPISA Águas e Esgotos do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor: 0800 06 8888		Inscrição 58 2 06 0869 0035-000	AG= 155
Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Matrícula 2687297-8	Referência AGO/2017
VENCIMENTO 04/09/2017		TOTAL A PAGAR (R\$) 28,51	

R761000000-7 78510001R77-2 R77070007000-17000000001-9

**RECEBIDO**

17 OUT 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Declaração do Proprietário do Veículo

Declaração do proprietário do veículo

Eu, SUYANE PONTES DE ANDRADE,
RG nº 29.946.971-2 data de expedição 23/03/2014
Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 708.243.553-34, com
domicílio na cidade de LUZILÂNDIA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA OLEGÁRIO PINHEIRO nº 588
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOÃO BOSCO DE ANDRADE cujo o condutor era
JOÃO BOSCO DE ANDRADE.

Veículo: MOTO
Modelo: YAMAHA FACTOR YBR125K
Ano: 2008
Placa: NIM-2220
Chassi: 9CGKE122090020195
Data do Acidente: 06/05/2015
Local e Data: LUZILÂNDIA 06 DE DEZEMBRO 2017

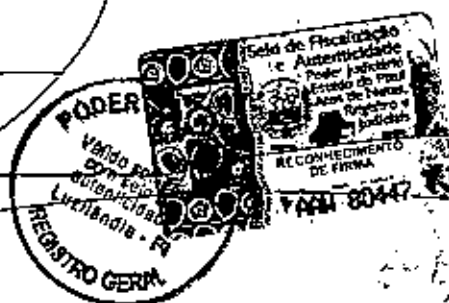


Suyane Pontes de Andrade
Assinatura do Declarante
(com reconhecimento de assinatura por verdadeira ou autenticidade)

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

Cartório João Melo de Carvalho
JOSE DE ARIMATEA SILVA SOUSA - TABELIÃO
EMP. 10.123.456.789 - CNJ 01.001
RUA SAUVINHO GALDINO, CENTRO - Nº 27, LUZILÂNDIA - PI (01.001.001)
RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SUYANE PONTES DE ANDRADE,
EIA TEST. _____ DA VERDADE DOUFE LUZILÂNDIA, 05/12/2017 15:40:05

JOSE DE ARIMATEA SILVA SOUSA - TABELIÃO
EMP. 10.123.456.789 - CNJ 01.001
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
e Notas e Registros Gerais
José de Arimatea Silva e Sousa
Tabelião
Luzilândia - PI



RECEBIDO
22 MAR 2018
GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS TRANSPORTES

DETRAN - PI Nº 011121465964
0120150081558 16596866707

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO
162200003haha657655641002367d120na7382032015

VIA 1 COU RETENÇÃO 00990358239 ENTRC

NOME/ENDEREÇO
SUYANE FONTES DE ANDRADE
CONJ RES JACINTA ANDRADE 300018
STA MARIA DA CODIPE QD 139 PI

EPIC/UF 70824355334 PLACA NIM-2220

NOME ANTERIOR EDENIR ROSA RAMOS

PLACA ANT/UF CHASSI PC6KE122090020195

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEINUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/FACTOR 7BR125 K ANO FAB 2008 ANO MOD 2009

CAP/POT/CL 02P/0124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL

CONSERVAÇÕES
0 FBT: 000.32
SEM RESTRICOES

LOCAL TERESINA DATA 16/03/2015

SEM ANULIS COUPTRO ETRIALES
INSPECTOR GERAL DO DETRAN - PI

RECEBIDO

22 MAR. 2015

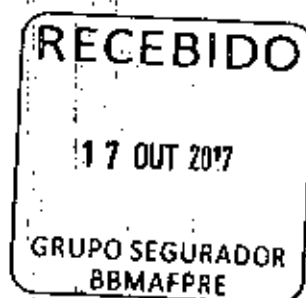
GRUPO SEGURADOR
BBMAFPR



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: João Bosco de Andrade

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 77490



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS."

COLETTIVI DE ATENDIMENTO DO S.P.S.



GOB GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL GERSON CASTELO BRANCO
LIZILÂNDIA - PI.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome	JOÃO BATISTA	Data de Nascimento	10/11/1950
Profissão			

Profissão: _____
 Pai: Domício de Barros
 Sexo: ☒ Masc ☐ Fem

Endereço: Rua Francisco de Paula, 111	Estado: RJ
---------------------------------------	------------

Registro:	
Municipio:	San Juan
Estado:	San Juan

1º CNS

PARCE SOBRE O ATENDIMENTO

Data do Atendimento: _____

RECEIVED BY THE NATIONAL ARCHIVES

March 16, 1966

1000

100

RE
GRU

ED 7
PO
BBN

Exames Complementares

2017
JRA
PRE

DO
DOR

CONFIDENTIAL

DIAGNOSTICS
CID Principal

DIAGNÓSTICO
CID Principal

RECEBIDO

1 7 OUT 201

GRUPO SEGUADOR
BBMAFRE

Exames Complementares

CONSTITUIÇÃO DO MEDICO RESPONSÁVEL

TRATAMENTO REALIZADO

Blank page with vertical ruling lines.

ΠΑΡΕΝΘΕΤΙΚΟ

PERFEÇÃO:

Notes:

---SERIAL E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS

DIODOCÁINA:	SORO FISIOLÓGICO:
ALÉRGENA COM AGULHA:	ATADURA DE CREPON:
ÁMINA DE BISTURI Nº 5:	H2O2:
ÁMINA DE BISTURI Nº 24:	ETER:
ESPARRAPO:	PVP TÓPICO:
LUVAS / PARES:	PVP TÓPICO:
GASES O:	ALCOOL:

EL CIRÚRGICO

... ..

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTO REALIZADO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| CONSULTA BÁSICA..... | > | ☐ |
| AEROSOL..... | > | ☐ |
| DRENAGEM DE ABCESSO/FLEIMÃO..... | > | ☐ |
| RETIKADA DE CORPO ESTRANHO..... | > | ☐ |
| PEQUENA CIRURGIA..... | > | ☐ |
| SUTURA SIMPLES..... | > | ☐ |
| SUTURA C/ DEBRIDAMENTO..... | > | ☐ |
| LIMPEZA DE FERIDA INFECTADA..... | > | ☐ |
| ELEKTROCAUTERIZAÇÃO..... | > | ☐ |
| TÉKAPIA MEDICAMENTOSA..... | > | ☐ |
| PACIENTE EM OBSERVAÇÃO..... | > | ☐ |

DATA: 06.05.17

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Joana Paiva Sara Rego

GRUPPO SEKURADOR BBMAFPRE

RECEBIDO

17 OUT 2017

GRUPPO SEKURADOR
BBMAFPRE

228.0023 9138.8871



HOSPITAL ESTADUAL
GERSON CASTELO BRANCO
LUZILANDIA - PI.



BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL E DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: <i>Luiz Carlos de Andrade</i>		
DATA DE NASCIMENTO: <i>01.09.1936</i>	PROFISSÃO: <i></i>	SEXO: MASC: ☒ FEM: ☐
FILIAÇÃO: PAI: <i>João Francisco de Andrade</i> MÃE: <i>Maria Leônida de Lima</i>		
ENDEREÇO: <i>57 C. 32 Rua José Maria Lima</i>		
MUNICÍPIO: <i>Luzilândia</i>	ESTADO: <i>PI</i>	Nº CNS: <i></i> CEP: <i>64.160-00</i>

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO: <i>06.05.15</i>	HORA: <i></i>
---	------------------

MOTIVO DO ATENDIMENTO

<i></i>
<i></i>
<i></i>
<i></i>

DIAGNÓSTICO

<i>Procedimento cirúrgico</i>
<i>removido o TCE</i>
<i></i>
<i></i>

**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



Imp: 20/07/2015 08:29:56

(KAS57A)

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: JOAO BOSCO DE ANDRADE		Prontuário: 77490	
Mãe: MARIA LEOCADIA DO CARO		Pai: JOSE FRANCISCO DE ANDRADE	
End.Resid.: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI - CEP: 64160-970			
Nascimento: 01/09/1956	Idade: 58a:8m:5d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 8101-7292
Responsável: SUIANE ANDRADE		CNS: 698002391388871	
Profissão: PESCADOR		Documento: RG: 237466 - SSPPI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ACOLHIMENTO:

Código: 469664	Data: 06/05/2015 21:24:54	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR		
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO POR TRACÃO ANIMAL		Convênio: S U S		
Acid.Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl.Saúde: Não	Trauma: Não	Maus Tratos: Não

BREVE HISTÓRIA:

PACIENTE REGULADO. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM COLISÃO COM ANIMAL. SEM USO DE CAPACETE. EVOLUI COM TRAUMA E LESÃO NA CABEÇA, NO TORAX E EM MSD.HÁ +- 19H.ECG:15.

HUT-SAME
CONTROLE DE QUALIDADE
TERESINA-PI
SERV. 20.07.15
CO

A - VAS:		B - RESPIRAÇÃO:			C - CIRCULAÇÃO:		
Sinais de Obstrução:		Estado Atual:	Cianose:	SaPO2:	Pul.Carotídeo	Perf.Sangui.:	PC:

E - NEUROLÓGICO:							
ECG - AO:	RV:	RN:	Soma:	Pupilas:	Plegias/Parestesia:	Membro:	

F - SINAIS VITAIS:					
PA:	TAX:	FR:	Pulso:	Glic.Capilar:	Escala de Dor:

D - ALERGIAS:	
(Descreva se informado):	

G - MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO:	
(Descreva se informado):	

H - DESTINO:	
(Descreva se necessário):	
CONSULTÓRIO GERAL	

RECEBIDO**I - CLASSIFICAÇÃO:**

17 OUT 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

Carimbo/Assinatura Profissional

DADOS CADASTRAIS



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:

77490

Internação:

133548

Nome: JOAO BOSCO DE ANDRADE

End. Resid.: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO

Cidade: LUZILANDIA - PI

CEP: 64160-970

Sexo: Masculino	Nascimento: 01/09/1956	Idade: 58a:8m:6d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: PESCADOR
Cadastro: 15/06/2010	G.Instrução: Não informado	Fone: 86- 8101-7292	Cartão SUS (CNS): 898002391388971	Documento: RG: 237466 - SSP/PI

Pai: JOSE FRANCISCO DE ANDRADE

Mãe: MARIA LEOCADIA DO CARO

Cônjuge:

Responsável: SUIANE ANDRADE

End.Responsável: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO
LUZILANDIA - PI

64160-970

Carlo Augusto
Funcionário do SAME

OP: *Acidente de trânsito por tração animal*

H.D.A.

ANT. PESSOAIS:

ANT. HEREDITÁRIOS:

EXAME FÍSICO:

GERAL:

CABEÇA E PESCOÇO: *T.C. de crânio em 08.05.15 e 14.05.15*

TÓRAX: *T.C. de coluna torácico-lombar de 07.05.15*

ABDOMEN:

MEMBROS: *lx. de mão, punho e ombro em 07.05.15*

GENITAIS:

ESPECÍFICOS: *T.C. de coluna cervical em 07.05.15, coluna lombar - sacral*

DIAGNÓSTICO: *Outros traumatismos intra-crâneos. CID: S068*

PLANO TERAPÊUTICO: *Tratamento conservador de traumatismo crânioencefálico (grav. médio). Procedimento: 0303040092*

RECEBIDO

17. OUT 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Data/Hora: ____/____/____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

**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:

77490

Internação:

133548

BOLETIM DE FATURAMENTO

No. AIH:	ID:	Pront.Novo/Antigo:	Dt.Internação:	Órgão Local:	Grupo do Procedimento:
?	01	77490 -	07/05/2015		PROCEDIMENTOS CLÍNICOS
Nome Paciente:					
JOAO BOSCO DE ANDRADE					
Cod.Município:		Endereço:		Número:	
220580		QUADRA F CASA 32			
Município:		UF:	CEP:	Cartão SUS:	
LUZILANDIA		PI	64160-970	898002391388871	
Nascimento:		Sexo:	Nac:	Nome Responsável:	
01/09/1956		1		SUIANE ANDRADE	
Documento Paciente:		Enferm.:	Leito:	CPF.Méd.Solic.:	Proc.Solic.:
RG: 237466- SSPPI-Exp: 21/01/1977		ENFERMARI	EXTRA 001	788.537.703-25	0303040092
					02
Nome da Mãe:		Dt.Emis.:			
MARIA LEOCADIA DO CARO					
Dias SUS:		Dias Intern.:		Data Liberação:	
7		7		CPF - Auditor:	
				788.537.703-25	
Médico Resp.:		CBOs:		CNS:	
MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA - 788.537.703-25		225260,		980016279872659	
Anestesista:		CNS:		1o. Aux.:	
				-	
				2o. Aux.:	
				-	
Procedimentos Especiais (autorizados):					
0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - Quant.: 1					
Exames Realizados:					
0206010079 T.C. DE CRANIO	- Laudo?: Sim	0206010010 T.C. DE COLUMA CERVICAL	- Laudo?: Sim	0204040094 MAO	- Laudo?: Sim
0204040035 OMOPLATA OU OMBRO	- Laudo?: Sim	0204020034 COLUMA CERVICAL	- Laudo?: Sim	0206010010 T.C. DE COLUMA CERVICAL	- Laudo?: Sim
0204040124 PUNHO	- Laudo?: Sim	0204020069 COLUMA LOMBO-SACRA	- Laudo?: Sim		
0206010036 T.C. DE COLUMA TORACO-LOM	- Laudo?: Sim				
0204020093 COLUMA TORACICA	- Laudo?: Sim				
0206010079 T.C. DE CRANIO	- Laudo?: Sim				
Observações:					
Proc.Realiz.:					
AIH Posterior:					
Esp.:					
Data Saída:					
Diag.Princ.:					
Diag.Sec.:					
Mot.Cob.:					
CID.Morte:					
0303040092					
14/05/2015					
S068					
12					
Complexidade: Média Complexidade - Financiamento: MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC)					
Habilitações:					
Detalhes: Admite permanência à maior,					
CBOs Compatíveis: 225103-Médico infectologista, 225105-Médico acupunturista, 225106-Médico legista,					
225109-Médico nefrologista, 225110-Médico alergista e imunologista, 225112-Médico neurologista, 225115-Médico					
angiologista, 225118-Médico nutrologista, 225120-Médico cardiologista, 225121-Médico oncologista clínico,					
225122-Médico cancerologista pediátrico, 225124-Médico pediatra, ** ATENÇÃO: Verifique mais CBOs compatíveis **					
Valor Proc. Realizado: Serv. Hosp.: 271,32 - Serv. Amb. 0,00 - Serv. Prof. 57,94					

2007.15

RECEBIDO

17 OUT 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFRE



**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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 133548
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOAO BOSCO DE ANDRADE			6 - Prontuário: 77490	
7-CNS: 898002391386871	8-Nascimento: 01/09/1956	9-Sexo: Masculino	RG: 237466- SSPPI-Exp:	
11-Mãe: MARIA LEOCADIA DO CARO				12-Fone: 86- 8101-7292
13-Resp: SUIANE ANDRADE				14-Fone: 86- 8101-7292
15-Ende: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - CEP: 64160-970				
16-Munic: LUZILANDIA	17-Cod. TUGE: 22 0580	18-UF: PI	19-CEP: 64160-970	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0303040092		30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)		
31-Cod.Procedi- mento Especial 0205020046		32 - Descrição do Procedimento Especial: ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL		Quant. Soli- cidada: 1
33-Profissional Responsável: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA		40-Tp. Documento: CPF		41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: 07/05/2015		40-No.Doc. Méd. Solic.: 788.537.703-25		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com dor abdominal, necessita US para complementação diagnóstica.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/UF: / /
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) GRUPO SEGUADOR BEMAFPRE
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/UF: / /
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

IRASSEAT



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE** (Prontuário: 77490)
 Endereço: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970
 Nascimento: 01/09/1956 Idade: 58a:9m:2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 133548
 Requisição: 527905 Solicitação: 07/05/2015 Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA
 Controle: 667058 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 07/05/2015

COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Ausência de fraturas.
- Sinais de artrose cervical.

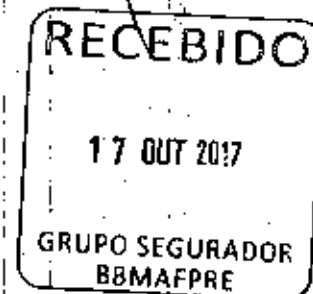
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/06/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE** (Prontuário: 77490)
Endereço: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970
Nascimento: 01/09/1956 Idade: 58a:8m:6d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 133548
Requisição: 527968 Solicitação: 07/05/2015 Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA
Controle: 667137 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 07/05/2015

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- PROLIFERAÇÕES OSTEOFITÁRIAS INTERNAS NOS CORPOS DE C6 E C7, COM REDUÇÃO DO ESPAÇO DISCAL CORRESPONDENTE (ESPONDILOSE CERVICAL).
- UNCOARTROSE DE C6-C7 BILATERAL.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 07/05/2015

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO BOSCO DE ÁNDRADE** (Prontuário: 77490)
 Endereço: **QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970**
 Nascimento: 01/09/1956 Idade: 58a:9m:2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 133548
 Requisição: 527905 Solicitação: 07/05/2015 Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA
 Controle: 667060 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020069

Data Exame: 07/05/2015

COLUNA LOMBO-SACRA

O estudo radiológico da coluna lombo-sacra foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Diminuição da densidade óssea.
- Colapso parcial dos corpos vertebrais de T8, L1 e L4.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/06/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

IMPRESSO EM
COMPUTADOR
TERESINA - PI
SERVIDOR

2007-10-17

Q

RECEBIDO

17 OUT 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFRE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tilo 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE** (Prontuário: 77490)
Endereço: **QUADRA F GASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970**
Nascimento: **01/09/1956** Idade: **66a:8m:6d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **133548**
Requisição: **527918** Solicitação: **07/05/2015** Solicitante: **FREDERICO ARAUJO LEITE**
Controle: **667072** Convênio: **S U S** CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010036

Data Exame: 07/05/2015

T.C. DE COLUNA TORACO-LOMBAR

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5MM DE ESPESSURA E 4MM DE INCREMENTO, DE T1 A T12, MOSTROU:

- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA.
- PROLIFERAÇÕES OSTEÓFITÁRIAS ANTERIORES E BILATERAIS NOS CORPOS DE T7, T8 E L1 A S1, COM REDUÇÃO DOS ESPAÇOS DISCAIS DE L1-L2 E L5-S1. OBSERVA-SE A FORMAÇÃO DO FENÔMENO DO VÁCUO DISCAL EM L3-L4, L4-L5 E L5-S1, DE CARÁTER DEGENERATIVO (ESPONDILODISCOPATIA DEGENERATIVA TÓRACO-LOMBO-SACRA).
- FRATURAS COMPRESSIVAS DOS CORPOS VERTEBRAIS DE T8 E L1.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES NORMAIS.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 07/05/2015

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

IMPRESSÃO
COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
TERESINA - PI 07/05/2015
SERVIZO
2007 B.
P





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE** (Prontuário: 77490)
Endereço: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970
Nascimento: 01/09/1956 Idade: 58a:8m:13d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 133548
Requisição: 529883 Solicitação: 14/05/2015 Solicitante: REYNALDO MENDES DE CARVALHO JUNIOR
Controle: 669471 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 14/05/2015

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- FRATURA CRANIANA FRONTAL À ESQUERDA, ESTENDENDO-SE PARA ÓRBITA E LÂMINA PAPIRÁCEA CORRESPONDENTES.
- HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL À ESQUERDA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS COM HALO DE EDEMA, LOCALIZADAS NO LOBO FRONTAL ESQUERDO E TEMPORAL DIREITO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 14/05/2015

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

RECEBIDO

17 OUT 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE** (Prontuário: 77490)
Endereço: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970
Nascimento: 01/09/1956 Idade: 58a:8m:7d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 133548
Requisição: 528254 Solicitação: 08/05/2015 Solicitante: DANIEL FRANCA MENDES DE CARVALHO
Controle: 667490 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 08/05/2015

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- FRATURAS NA REGIÃO FRONTAL ANTERIOR À ESQUERDA, ACOMETENDO O TETO DA ÓRBITA.
- ÁREAS DE CONTUSÃO CEREBRAL HEMORRÁGICA NOS LOBOS TEMPORAL DIREITO E FRONTAL À ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/05/2015

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE** (Prontuário: 77490)
Endereço: **QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILÂNDIA - PI CEP: 64160-970**
Nascimento: 01/09/1958 Idade: 58a:9m:2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 133548
Requisição: 527904 Solicitação: 07/05/2015 Solicitante: **MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA**
Controle: 667056 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 07/05/2015

PUNHO

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

- Fratura antiga consolidada no rádio distal fixada por placa e parafusos metálicos.
- Fratura completa recente na base do 2º metacarpo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/06/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

HUT CALHE
CIV. DE POS. COM
TERESINA, PI
SERVIDOR
200715
P





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE** (Prontuário: 77490)
Endereço: QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970
Nascimento: 01/09/1956 Idade: 58a:9m:2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 133548
Requisição: 527904 Solicitação: 07/05/2015 Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA
Controle: 667055 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 07/05/2015

MAO

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

- Fratura completa recente na base do 2º metacarpo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/06/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 07/05/15
SERVIDOR:

RECEBIDO

17 OUT 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPE



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO BOSCO DE ANDRADE** (Prontuário: 77490)
Endereço: **QUADRA F CASA 32 - CONJ. JOSE MARTINS FILHO - LUZILANDIA - PI CEP: 64160-970**
Nascimento: **01/09/1956** Idade: **58a:9m:2d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **133548**
Requisição: **527904** Solicitação: **07/05/2015** Solicitante: **MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA**
Controle: **667057** Convênio: **S U S** CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 07/05/2015

OMOPLATA OU OMBRO

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

- Artroplastia com prótese metálica bem posicionada no úmero.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/06/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

20.07.15
Q

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



João Bosco de Andrade
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

237.476

DATA DE
EXPEDIÇÃO 17/09/10

NOME

JOÃO BOSCO DE ANDRADE

PAI

MARIA LEOCÁDIA DO CARMO
JOSÉ FRANCISCO DE ANDRADE

NATURALIDADE

BELA CRUZ-CE

DATA DE NASCIMENTO
01/09/1956

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 98 L 23 F 28V

EXP. LUZILÂNDIA-PI 14/10/74

TERESINA - PI

138.861.853-20

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 69.250/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

138.861.853-20

JOÃO BOSCO DE ANDRADE

01/09/1956



Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

RJN2071

BANCO DO BRASIL

RECEBIDO

17 OUT 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



João Bosco de Andrade
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

237.476

DATA DE
EXPEDIÇÃO 17/09/10

NOME

JOÃO BOSCO DE ANDRADE

PAI

MARIA LEOCÁDIA DO CARMO
JOSÉ FRANCISCO DE ANDRADE

NATURALIDADE

BELA CRUZ-CE

DATA DE NASCIMENTO
01/09/1956

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 98 L 23 F 28V

EXP. LUZILÂNDIA-PI 14/10/74

TERESINA - PI

138.861.853-20

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 69.250/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

138.861.853-20

JOÃO BOSCO DE ANDRADE

01/09/1956



Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

RJN2071

BANCO DO BRASIL

RECEBIDO

17 OUT 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190166542 **Cidade:** Luzilândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BOSCO DE ANDRADE **Data do acidente:** 06/05/2015 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (FRATURA CRANIANA FRONTAL Á ESQUERDA).
FRATURA DE VÉRTEBRAS DE SEGMENTO TÓRACO-LOMBAR T8-L1.
FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **VÍTIMA INDENIZADA NO SINISTRO 2012542315 - 75% DEBILIDADE INTENSA DOS MEMBROS SUPERIORES DIREITO E ESQUERDO - R\$ 13.500,00.
*EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente JERLANNY ALYNE BARROS BATISTA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente Total		Agência SUCURSAL TERESINA	
Nome do Requerente DANIEL CHARLES O AGUIAR		Nome da Vítima JOAO BOSCO DE ANDRADE	CPF da Vítima 13866185320
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docetos, Entregues e Observações PROCUFAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA; COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA; CÓPIA DE COMPROVANTE BANCÁRIO; ATA DE AUDIÊNCIA.	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



0127919

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente



- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Daniel Charles Oliveira Aguiar
Nome Completo / RG

2.036.050.

TELº 9818-7317.

TELº

DOCTOR DENIS.

86 98105-6335.



DENIS MOREIRA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA E EXTRA"

João Bosco de Andrade, brasileiro(a),
(Estado civil), Solteiro / Pescador (Profissão),
portador(a) de RG nº 237.476 SSP-PI e inscrito(a) no CPF/MF sob nº
138.861.853-10, residente(s) e domiciliado(a)(s) no(a) Cangumbo São
Domingos, C-0006, Q-9,
filho(a) de Maria Leocádia do Carmo e
João Francisco de Andrade

— pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui **Denis Moreira Advogados Associados**, sociedade de advogados devidamente inscrita na Ordem Advogados do Brasil, Seccional do Estado do Piauí, sob o nº 006/2004, por seu sócio-administrador e advogado -, **Denis Gomes Moreira**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PI sob nº 2.718 -, e como estagiário(a)(s), **Chyara de Oliveira Probo Pessoa**, brasileira, casada, bacharela de direito, inscrito(a) na OAB/PI nº 2.580-E, portador(a) de RG nº 2.869.325 SSP-PI e CPF(MF) nº 038.163.733-64, firma advocacia sediada na Rua Benjamin Constant, nº 660, Centro, Parnaíba (PI), CEP 64200-370 — para em conjunto ou isoladamente representar o(a) Outorgante e defendêr seus interesses lhe conferindo amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra* e — em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito quaisquer medidas judiciais ou administrativas e defendê-lo(a)(s) nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, assinar termo, substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, conferindo-lhe(s), ainda, **poderes específicos** para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105, do NCPC/2015), no entanto devendo os poderes especiais anteriormente outorgados ser ou não substabelecidos, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, dando assim tudo por bom, firme e valioso. No objeto especial de promover Ação Ordinária de Cobrança de Seguro DPVAT contra a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro (RJ), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.248.608/0001-04 - perante o Juizado Especial Cível e Criminal da Comarca de Luzilândia, do Estado do Piauí, no intuito de defender seus interesses para fins de direito.

Luzilândia/PI, 18 de Setembro de 2017.

João Bosco de Andrade

* Dispensado o reconhecimento da firma nas procurações com base no art. 105, do CPC/2015.

Rua Benjamin Constant, nº 660, Centro, Parnaíba-Piauí - CEP 64200-370
Telefax: (86)3322.1191 - Celulares: (86)9472.2384/9955.6335/8882.4397/8107.7822
E-mail: denismoreiraadvphb@outlook.com

RECEBIDO

17 OUT 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

PROCESSO Nº: 15935-84.2016.4.01.4008		
RÉU: INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS		
PERICIANDO: JOAO BOSCO ANDRADE		
ESTADO CIVIL: CASADO	SEXO: (M)	CPF: 438.861.853-20
DATA DE NASCIMENTO: 01/09/1956		ESCOLARIDADE: ALFABETIZADO
FORMAÇÃO TÉCNICO-PROFISSIONAL: LAVRADOR		

PERÍCIA MÉDICA OFICIAL (BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO)

Terésina, 17 de abril de 2017


JOÃO BOSCO ANDRADE





Poder Judiciário
Justiça Federal de 1º Grau
Seção Judiciária do Estado do Piauí
6ª Vara/JEF

PROCESSO Nº: 15935-84.2016.4.01.4000		
RÉU: INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS		
PERICIAANDO: JOAO BOSCO ANDRADE		
ESTADO CIVIL: CASADO	SEXO: (M)	CPF: 138.861.853-20
DATA DE NASCIMENTO: 01/09/1956		ESCOLARIDADE: ALFABETIZADO
FORMAÇÃO TÉCNICO-PROFISSIONAL: LAVRADOR		

PERÍCIA MÉDICA OFICIAL (BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO)

Questões deste Juízo:

a) Profissão declarada:
PESADOR

b) Doença, lesão ou deficiência diagnosticada por ocasião da perícia (com CID).
SEQUELA DE FRATURA DO PUNHO DIREITO E UMBRO DIREITO E ESQUERDO (ARTROPLASTIAS)
S425 S422

c) A doença/moléstia ou lesão decorrem de acidente de trabalho? Em caso positivo, circunstanciar o fato, com data e local, bem como se reclamou assistência médica e/ou hospitalar.
SIM. ACIDENTE DE TRAJETO RETORNANDO DA PESCARIA.

d) Doença/moléstia ou lesão torna o(a) periciado(a) incapacitado(a) para o exercício do último trabalho ou atividade habitual? Justifique a resposta, descrevendo os elementos nos quais se baseou a conclusão.
SIM. PACIENTE COM LIMPAÇÃO DA ADM DE OMBROS DIREITO E ESQUERDO. E COM DEFORMIDADE NO PUNHO DIREITO.

e) Sendo positiva a resposta ao quesito anterior, a incapacidade do(a) periciado(a) é de natureza permanente ou temporária? Parcial ou total?
PERMANENTE TOTAL.

f) Data provável do início da(s) doença/lesão/moléstia(s) que acomete(m) o(a) periciado(a).
DATA DO TRAUMA - 2010

g) Caso o(a) periciado(a) esteja incapacitado(a), é possível determinar a data, ou mesmo aproximada, do início da incapacidade? Em que o(s) perito(s) judicial se fundamentou para chegar a esta conclusão (exames, declaração do autor, laudos anteriores)?
DATA DO TRAUMA - 2010

h) Incapacidade remonta à data de início da(s) doença/moléstia(s) ou decorre da progressão ou agravamento dessa patologia? Justifique.
INÍCIO.

i) É possível afirmar se havia incapacidade entre a data do indeferimento ou da cessação do benefício administrativo e a data da realização da perícia judicial? Se positivo, justificar apontando os elementos para esta conclusão.

SIM, HAVIA.

j) Caso se conclua pela incapacidade parcial e permanente, é possível afirmar se o(a) periciado(a) está apto para o exercício de outra atividade profissional ou para a reabilitação? Qual atividade?

k) Sendo positiva a existência de incapacidade total e permanente, o(a) periciado(a) necessita de assistência permanente de outra pessoa para as atividades diárias? A partir de quando?

NÃO.

l) É possível estimar qual o tempo e o eventual tratamento necessários para que o(a) periciado(a) se recupere e tenha condições de voltar a exercer seu trabalho ou atividade habitual (data de cessação da incapacidade)?

m) Preste o perito demais esclarecimentos que entenda serem pertinentes para melhor elucidação da causa.



Poder Judiciário
Justiça Federal de 1º Grau
Seção Judiciária do Estado do Piauí
6ª Vara/JEF

- n) Pode o perito afirmar se existe qualquer indício ou sinais de dissimulação ou de exacerbação de sintomas?
Responda apenas em caso afirmativo.
- o) O(s) periciando(s) está (est) acometido de: tuberculose ativa, Hanseníase, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrite anquilosante, nefropatia grave, estado avançado de doença de Paget (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida (AIDS) e/ou contaminação por radiação?
NEGA.

Teresina, 17 de abril de 2017

Médico Perito: Dr. Hugo José Sousa Sales da Silva – Ortopedista.

Assistente Técnico – INSS

CRM: _____

CRM: _____

Dr. Hugo José Sales
Ortopedista e Radiologista
da Justiça Federal
CRM 36738 - FEO 12572

RECEBIDO

17 OUT 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DO PIAUÍ
CENTRO JUDICIÁRIO DE CONCILIAÇÃO

Processo: 0015935-84.2016.4.01.4000

Classe: 51201 - CIVEL/PREVIDENCIÁRIO/CONCESSÃO/JEF

Autor(a): JOÃO BOSCO ANDRADE

Advogado(a): CRISTIANE DA SILVA OLIVEIRA OAB 11447

Ré(u): INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Preposto(a): REGINALDO DOS SANTOS

Objeto do pedido: CONCESSÃO/REESTABELECIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA OU APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

ATA DE AUDIÊNCIA

Aos dezessete dias do mês de abril do ano de dois mil e dezessete, nas dependências do Centro Judiciário de Conciliação da Seção Judiciária do Piauí, perante o(a) conciliador(a) abaixo identificado(a), foi aberta a **AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO**, com observância das formalidades legais, constatando-se a presença das partes no local e horário designados. Conferidos os documentos de identificação e de representação processual das partes, o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, depois de entrevistar a parte autora, apresentou proposta de acordo para a solução do conflito deduzido nos autos. Após as negociações, as partes chegaram a entendimento nos seguintes termos: a) o INSS concederá à parte autora, o benefício de APOSENTADORIA POR INVALIDEZ a pescador, com DIP (data de início do pagamento) a partir da data de hoje; b) a autarquia pagará à(o) demandante o correspondente a 70% (setenta por cento) do valor devido, pelas prestações correspondentes entre a DIB (data de início do benefício) - que será da data do ajuizamento da ação, em 28/06/2016, e a véspera da DIP (data de início do pagamento); c) como parte do acordo ora firmado, a parte autora renuncia a qualquer valor relativo a prestações vencidas deste benefício, excedente ao presente acordo; d) Compromete-se o réu a implementar as medidas tendentes ao cumprimento deste acordo no prazo máximo de 60 dias; e) as partes deram-se por conciliadas, aceitaram e comprometeram-se a cumprir os termos acima acordados, requereram ao Juízo a sua homologação e, antecipadamente, desistem dos prazos recursais e de recursos outros eventualmente pendentes de julgamento (prejudicados pelo acordo). Em seguida, os autos foram encaminhados à Juíza Federal Coordenadora do Centro Judiciário de Conciliação, que proferiu a seguinte **SENTENÇA**: "1) Considerando o princípio da autonomia da vontade e a busca da pacificação social mediante conciliação das partes (art. 104, 4º, do CPC), homologo o acordo celebrado nesta audiência, para que surta os efeitos legais e

RECEBIDO

17 OUT 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFRE



PODER JUDICIÁRIO FEDERAL
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DO PIAUÍ
CENTRO JUDICIÁRIO DE CONCILIAÇÃO

declaro extinto o processo, com resolução do mérito, com base no art. 487, inciso III, alínea b, do Novo Código de Processo Civil; 2) Sem condenação em honorários advocatícios de sucumbência em relação às partes acordantes; 3) Certifique-se, desde logo, o trânsito em julgado desta sentença, em face da desistência antecipada do prazo recursal; 4) Publicação e intimação dos presentes em audiência; 5) Junte-se aos autos a presente ata de audiência e, se for o caso, os documentos apresentados pelas partes; 6) Proceda-se ao registro dos atos processuais, inclusive para efeitos estatísticos. 7) Em relação aos valores atrasados, remetam-se os presentes autos para a Vara competente para expedição da competente Requisição de Pequeno Valor 8) Providencie a Secretaria o pagamento dos honorários do perito médico. 9) Após o cumprimento do acordo, arquivem-se os autos". Nada mais havendo, encerrou-se a presente audiência, sendo lavrada a respectiva ata, que segue assinada pelos sujeitos processuais abaixo identificados e nominados.

MM. JUÍZ FEDERAL

MARINA ROCHA CAVALCANTI BARROS MENDES

CONCILIADOR

Mar
ALINE GOMES VALE

PREPOSTO DO INSS

R
REGINALDO DOS SANTOS

AUTOR(A)

+ *João Bosco da Andrade*
JOÃO BOSCO ANDRADE

ADVOGADO AUTOR(A)

Crístiane
CRISTIANE DA SILVA OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066141/19

Vítima: JOAO BOSCO DE ANDRADE

CPF: 138.861.853-20

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2015

Titular do CPF: JOAO BOSCO DE ANDRADE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOAO BOSCO DE ANDRADE : 138.861.853-20

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: 22/02/2019
Nome: JOAO BOSCO DE ANDRADE
CPF: 138.861.853-20

JOAO BOSCO DE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS
CPF: 132.129.557-08

EDSON DA SILVA MARTINS