

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

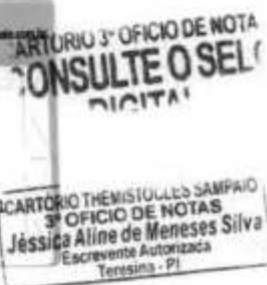
Eu, Elisenei Alves de Araújo,
RG nº 2.174.658, data de expedição 27/06/17,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 981.891.663-87,
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Mexico, nº 1097,
complemento laser, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
X Hodávia Alves de Araújo, cujo o condutor era
X Hodávia Alves de Araújo.
Veículo: moto Modelo: Honda Biz 125 ES Ano: 2014
Placa: PTL-7622 Chassi: 9C2JC H 820 FR 534845
Data do Acidente: 31/08/19

Local e Data:

24/11/2019

X Elisenei Alves de Araújo
Assinatura do Declarante

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





CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 741511932	Nº REGULAÇÃO: 89162	TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 2323451 - HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM		
LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (FEMININO)		
PACIENTE: HODAVIA ALVES DE ARAUJO		NASCIMENTO: 01/07/1986

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

31/08/2019 12:12:59 PACIENTE REFERE QUE SOFREU ACIDENTE DE MOTO HÁ 03 H, REFERE DOR NO PEITO E NO BRACO DIREITO. EF: BGL. HIDRATADA, CORADA, PULSO CHEIO, EUPNEICA, ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL. TORAX SEM ENFISEMA SUBCUTANEO. BOA EXPANSÃO E COM MV+ BILATERALMENTE E SEM RA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA CLAVICULA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 100bpm **SATURAÇÃO:** 99% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 20rpm

GLICEMIA:

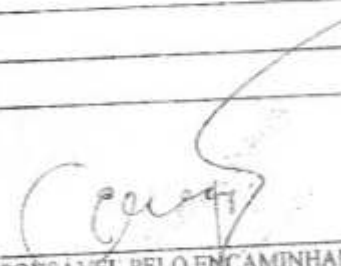
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 31/08/2019 12:19:11


MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

ID: 181217

Paciente: HODAVIA ALVES DE ARAUJO

Mãe: GUY

Sexo: F

HPM

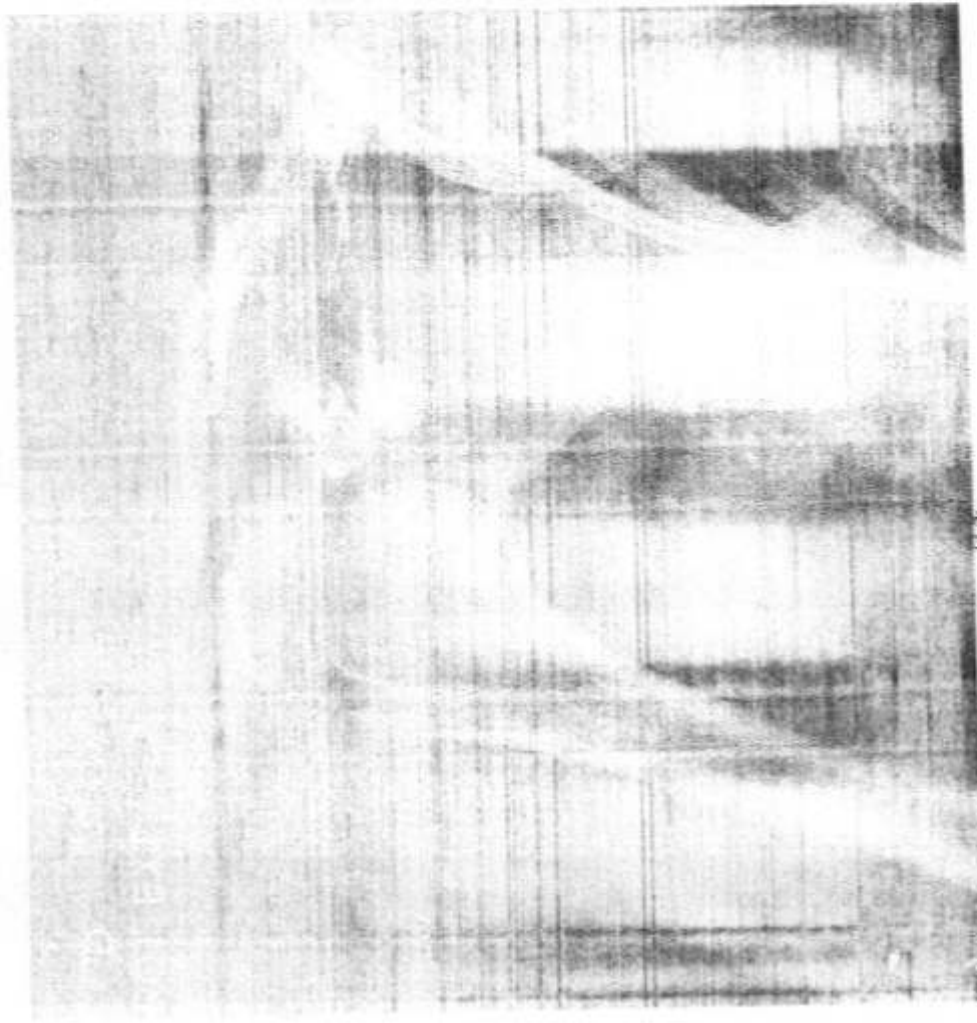
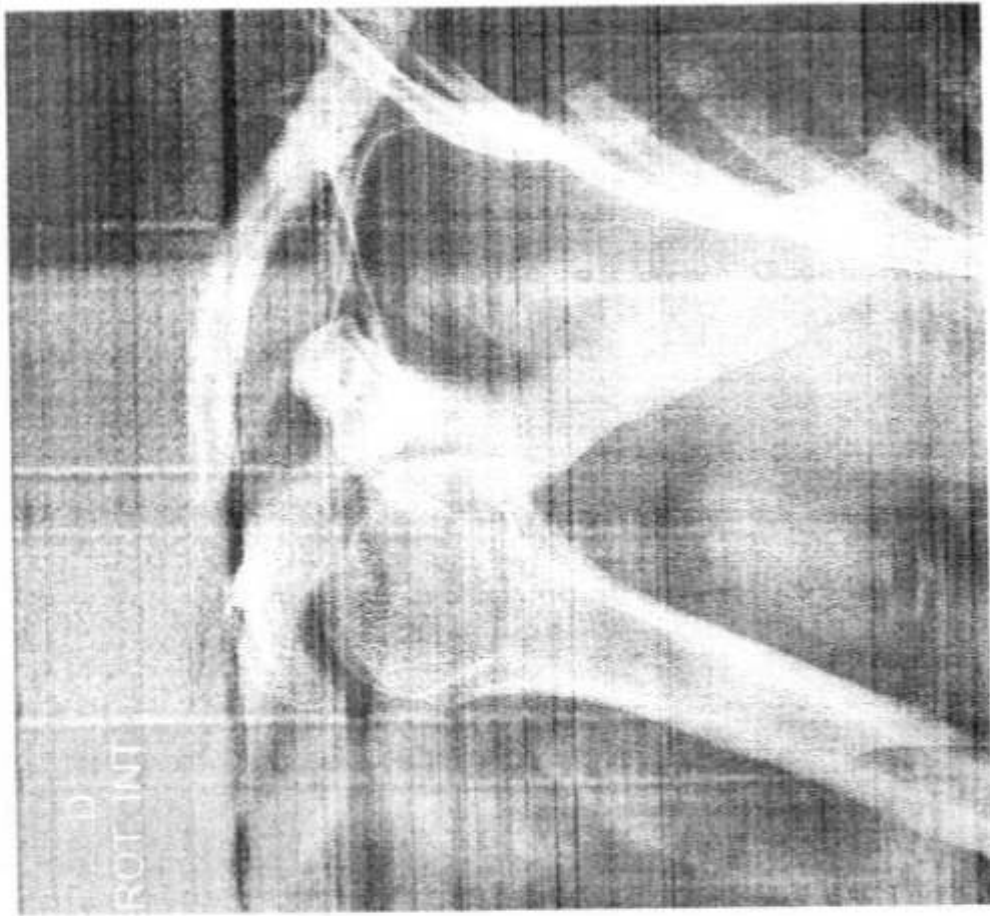


Imagem de controle para fins de
COMPROVAÇÃO 13-21-2011 14:05:30
Criei a imagem com o software

Horas: 08:09
Data: 02/09/2010



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



Trancre com o(a) origina
lo apresentado(a) e dou

Em 11/11/19

Setor do Arquivo Técnico do I
Luiz Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 NAL 14405-9

NOME DO PACIENTE: Medeiros Alves do Nascimento

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 13210519

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando a Saúde com o Mundo Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
GERENCIAMENTO

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

Saúde
Secretaria de Estado

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE

Número do Laudo: **238087**

Orgão Emissor:

M221100001

Paciente: HODAVIA ALVES DE ARAUJO

Nascimento: 01/07/1986

Procedimento:

0408010185 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO
FRATURALUXACAO ACROMIOCLAVICULAR

CID:

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

Data da Solicitação: 31/08/2019

Data da

Autorização: 31/08/2019 17:46:27

AIH.: 2219101859436

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
OIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador

Operador:

Atendimento (Data, Hora): 02/09/2019 12:43:28

Luiz Henrique Pinheiro
RGPM 10510810-27 Mai 14495-9
Diretor de Saúde do Aquino Tereza

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS
LE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 238087
AIDH: 2219101859436

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

CNES

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMOBAR

2679663

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

CNES

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRETO ARCOVERDE - HPN

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

NASCIMENTO

PRONTUÁRIO

SEXO

700507958770457

HODAVIA ALVES DE ARAUJO

01/07/1986

132165

F

DOCUMENTO

TELEFONE

NOME DA MÃE

RESPONSÁVEL

8695560071

MARIA DAS DORES ALVES DE ARAUJO

RENATO DE JESUS SILVA

CEP

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

NUMERO / LOTE

6400000

RUA MEXICO

1097

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

UF

CIDADE NOVA

MEXICO

TERESINA

PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

0301060070

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

CÓDIGO

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURALUXAF / O ACROMIOCLAVICULAR

0408010185

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

CÓDIGO

DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

0301060070

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DA CLAVICULA

S420

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE COM RX SEM FRATURAS SEM INDICAÇÃO DE CIRURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

LEANDRO PONCE LEAL

CNS SOLICITANTE

DATA SOLICITAÇÃO

207271191110018

09/10/2019

Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2608

Los Henques 1º Ten. P. 11 TEN. PI
RCPM 12-1581/13-21 Mai. 14395-9
Cada. do Setor de Apoio Técnico

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

20383397493000

09/10/2019 08:34:29

Leandro Ponce Leal
Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Diretor Técnico do HPMPi
CRM-PI 2608

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 238087
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	AIH: 2219101859436

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS LIMA PROMORAE	CNES 2679663
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR (HCPM) - APOCOSTA RDS - BPM	CNES 2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 709507998770457	NOME DO PACIENTE HODAVIA ALVES DE ARAUJO	NASCIMENTO 01/07/1986	SEXO F	PRONTUÁRIO 132165
DOCUMENTO CPF 369660071	NOME DA MÃE MARIA DAS DORES ALVES DE ARAUJO	RESPONSÁVEL RBNATO DE JESUS SILVA		
CEP 6400000	ENDEREÇO - LOGRADOURO CUIA RUA	NÚMERO / LOTE 1097		
BAIRRO CIDADE NOVA	COMPLEMENTO MEXICO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

31/08/2019 12:12:59 PACIENTE REFERE QUE SOFREU ACIDENTE DE MOTO HÁ 03 H, REFERE DOR NO PEITO E NO BRAÇO DIREITO. EP: BEG, HIDRATADA, CORADA, PULSO CHEIO, BIPNEICA, ACTANOTICA, ANTERICA, ATEBRIL. TORAX SEM ENFISEMA SUBCUTANEO, BOA EXPANSÃO E COM MV+ BILATERALMENTE E SÚMRA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRANSFERENCIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S429 - FRATURA DA CLAVÍCULA

CID 10 SECUNDÁRIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010185 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURAL LUXAÇÃO ACROMIoclavicULAR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRIA/ORTOPEDIATRIA (FEMININO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

LEANDRO PINCELY
(CPF: 167202984)

1008/2019 12:12:59
RCPM 167202984 - Mar 14495-9
Belo - São do Arquivo Técnico

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

31/08/2019

DATA ADMISSÃO

31/08/2019 17:00

DATA ALTA

02/09/2019 11:43

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNP/SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNP/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 / AUDITORIA
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 099948030 CRM	
DATA ANÁLISE: 08/09/2019 17:02	CPF CRM DATA ANÁLISE

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

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

1063219

Identificação do Paciente

5 - Nome: HODAVIA ALVES DE ARAUJO

6 - Prontuário: 132165

7 - CNS: 700507998770437

8 - Nascimento: 01/07/1986

9 - Sexo: F

CPF:

11 - Mãe: MARIA DAS DORES ALVES DE ARAUJO

12 - Fone: 86 - 9566.0071

13 - Resp: RENATO DE JESUS SILVA

CPF Resp:

RG Resp: 2817444

14 - Cor: PARDA

15 - Ender: RUA MEXICO

Nº: 1097

Bairro: CIDADE NOVA

16 - Munic: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221100

18 - UF: PI

19 - CEP: 64016-600

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Trauma clavícula D, dor e edema

21 - Condições que justificam a Internação:

Do trauma

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rx e Radiológico

23 - Diagnostico Inicial:

24 - Cid Prim.: S420

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

FRATURA DA CLAVICULA

Luiz Henrique de Sousa P. TEIX. PM
RPM 145168-2/21 Mar 12193-9
Cidade - São José do Rio Preto

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

Tempo SUS

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Caráter:

5

30 - Ident.:

CPF

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

33 - Nome Profissional / Assistente

34 - Data de Solicitação:

31/08/2019 16:38:17

Leandro P. Leal
Ortopedia e Traumatologia
35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

39 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

40 - Nº. Bônus.

41 - Serie

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE Empresa

44 - CBOR.

45 - Vínculo com a Previdência, () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

Deborah Cruz Mendes
Ass. de Auditoria DMO/VI
Cidade - São José do Rio Preto
35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante
DEBORA VIEIRA
Consultoria Local:
Consulta SUS:
Impressão 16:40:29

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Renato de Jesus Silva



Polícia Militar do Piauí

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL SIM ☐ NÃO ☐		FICHA DE PRONTUÁRIO		31/08/2019
IDEM OUTROS HOSPITAIS SIM ☐ NÃO ☐		Nome: HOJAVIA ALVES DE ARAUJO		Pront.: 132165
		Nascimento: 01/07/1968 Sexo: F	Convênio: SUS - INTERNACAO	
		Atendimento: 1063219	Enfermaria: POSTO II	ENF 211 LEITO
		Leito: 211		
CLÍNICA		Pai: ANTONIO JULIO ALVES HENRIQUE		
		Mãe: MARIA DAS DORES ALVES DE ARAUJO		
Médico Assistente		RES: 2688305		
		Residência:		
Permanência		RUA: MEXICO		
		Bairro: CIDADE NOVA		
		Cidade: TERESINA		
		Telefone: 86 - 95660071		
CLÍNICA		Nr.: 1097		
		Cap: 50116000		

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

Trauma da Col. 3.ª e 4.ª e edema

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S420
Principal:	CID
Procedimento:	
Sintomas e Sinais Principais:	Causa Médica:
Dor e edema.	Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica:	Operação:	Eficácia:
☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico	Medicação		☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação: 31/08/2019 16:30:17

Data da Alta: 02/09/2019

Data da Hospitalização: 1/1

ALTA

Saída:	Transferência:	Óbito:
☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico	☐ Divisão Médica ☐ Por Indisciplina ☐ Evasão ☐ P. Ambulatorio	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE: / /

Assinatura:

Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2508

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1942 - Fone: (86) 3216-1266 - Fax: (86) 3216-1520



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 164247
PACIENTE: HODAVIA ALVES DE ARAUJO
NOME DA MÃE: MARIA DAS DORES ALVES DE ARAUJO
DATA DO NASCIMENTO: 01/07/1986
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 31/08/2019
DATA DO LAUDO: 12/09/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Estrutura óssea conservada.

Superfícies articulares preservadas.

Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame radiográfico sem alterações detectáveis pelo método.

*Se indicação clínica, prosseguir investigação diagnóstica.

Luiz Henrique de Sousa Costa
R.O. 105.150-1/2 Mai 14493-0
Cidade - São José do Piauí


Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

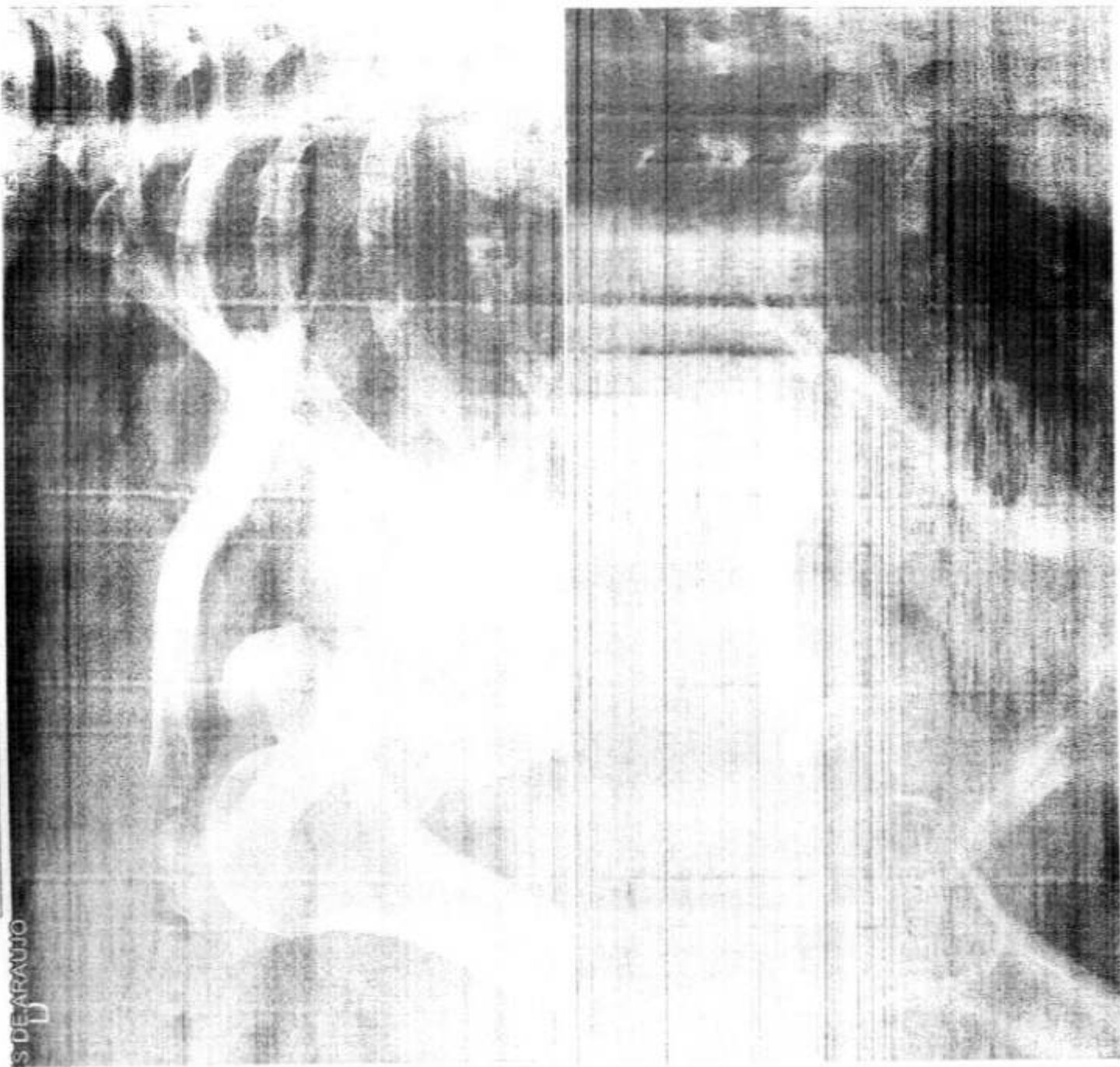


ID: 164247

Patient: HODAMIA ALVES DE ARAUJO

Maid: 0007

Sex: F



Maid: 0007

Maid: 0007



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 1910-1
PACIENTE: EDILIA ALVES DA ARAUJO
NOME DA MÃE: MARIA DAS CORES ALVES DE ARAUJO
DATA DO NASCIMENTO: 01/07/1986
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 31/05/2019
DATA DO LAUDO: 02/06/2019
CONVENIO: SUS - INTERMUNIC

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Estrutura óssea preservada.
Superfícies articulares preservadas.
Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Exame radiográfico sem alterações detectáveis pelo método.

Satisfatória para prosseguir investigação diagnóstica.

Los Angeles - 10/05/2019 - 13:21 Min 14495-0
RC-PM 10/05/2019 - 13:21 Min 14495-0
Cadeia de Comando em Defesa

Nayra Virginia S. Costa
CRM-Pi 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326



POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME: **RODOLFO ALVES DE ARAUJO**
 MÉDICO
 CONVÊNIO: **SUS/PM**

IDADE: **33 ANOS**

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

VALORES ENCONTRADOS

VALORES DE REFERENCIA:

		HOMEM	MULHER
Hemácias em milhões/mm ³	4,41	4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
Hemoglobina em g/dl	12,2	13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
Hematócrito em %	38,0	40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

OBSERVAÇÕES:

ERITROCITÓPENIA

LEUCOGRAMA

VALOR ENCONTRADO

REFERENCIAL

Leucócitos por mm³ **5.200** 4.000 10.000

	%	REFERENCIAL	ABSOLUTO	REFERENCIAL
Bastões		1 5		120 500
Segmentados	76	50 66	4.712	2000 6600
Eosinófilos	2	2 4	124	60 400
Basófilos		0 1		0 100
Linfócitos	21	20 30	1.302	800 3000
Monócitos	1	1 8	62	160 300
Metamielócitos		0 1	0	0 100
Mielócitos	0	0 0	0	0 0

OBSERVAÇÕES:

PLAQUETAS

303.000 mm³

100.000/mm³ - 400.000/mm³

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por imp. tátil elétrica.

OBSERVAÇÕES:

Plaquetas Morfolologicamente normais e bem distribuídas

TERESINA, 01 DE SETEMBRO DE 2019

Luis Henrique Fernandes Reis 11 TEN PM
 RC PM 10516/13-2 Matr. 14493-9
 Cadeia de Comando de Armas Teresina

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
 CAP, QOPM - FARMAC. BIOQUÍMICO
 CRF PI 246

PAILINO F. FERREIRA
 BIOQUÍMICO
 CRF PI 282

BAROLDO LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF PI 0985

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"

Av. Higino Cunha 1842 - Ilhoias - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520
 CEP. 64.014-090 - Teresina-Pi - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8



POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME: **ROSEVIA ALVES DE ARAUJO**

IDADE: 33 ANOS

MEDICO

CONVENIO: **SUS**

EXAME DE SANGUE

EXAMES	VALORES NORMAIS	VALORES ENCONTRADOS
GLICOSE	70 - 99 mg/dl	84

Las Heras, 11 de Setembro de 2019
RC-PM 102.647-3/19
Cada 10 dias de trabalho

TERESINA, 01 DE SETEMBRO DE 2019

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

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
CEP 64014-090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 CMC: 035.372-8



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010810/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 10:42 Data/Hora Fim: 14/11/2019 10:53
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 31/08/2019 12:00

561015

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: BR-316
Complemento: PRÓXIMO AO ATACADÃO

Bairro: Promorar

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: HODAVIA ALVES DE ARAUJO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Teresina

Sexo: Feminino

Nasc: 01/07/1986

Profissão: Estudante

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DE ARAUJO

Nome do Pai: ANTONIO JULIO ALVES HENRIQUE

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 034.331.473-88

RG - Carteira de Identidade: 2668305

Endereço

Município: Teresina - PI

Nº: 1097

Logradouro: RUA MEXICO

Complemento: CASA 02

CEP: 64.016-600

Bairro: CIDADE NOVA

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão

Descrição NÃO IDENTIFICADO

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

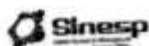
Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 14/11/2019 10:53
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010810/2019

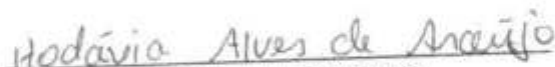
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 981.891.663-87	Placa PII7622
Renavam 01045772949	Número do Motor JC48E2F534845
Número do Chassi 9C2JC4820FR534845	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor PRETA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 17/04/2015	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
HODAVIA ALVES DE ARAUJO	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

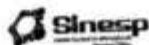
RELATA A COMUNICANTE QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ENVOLVIDA, PROPRIEDADE ELIDENAI ALVES DE ARAUJO, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, MOMENTO EM QUE O VEÍCULO ENVOLVIDO NÃO IDENTIFICADO QUE TRANSITAVA NA MESMA VIA FEZ UMA MANOBRA IRREGULAR E VEIO A COLIDIR NA PARTE TRASEIRA DA MOTO DA VITIMA. QUE FOI SOCORRIDO POR SEU ESPOSO RENATO JESUS SILVA, LEVADO PARA A UPA DO PROMOTOR E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR/PI (PRONT. 132165/19). DECLARAÇÕES DA COMUNICANTE. QUE O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT

ASSINATURAS


Jerônimo Soares Lima Junior
Agente de Polícia
Matrícula 0094781
Responsável pelo Atendimento


HODAVIA ALVES DE ARAUJO
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origin, conforme previsto nos Artigos 338-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 14/11/2019 10:53
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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: 034.331.473-88 4 - Nome completo da vítima: Melânia Alves de Araújo

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

5 - Nome completo: Melânia Alves de Araújo 6 - CPF: 034.331.473-88
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. Mexico 9 - Número: 1097 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Cidade Nova 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64016-600
15 - E-mail: eduardoseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1607 CONTA: 8342 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 30/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 741511932	Nº REGULAÇÃO: 89162	TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 2323451 - HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (FEMININO)	NASCIMENTO: 01/07/1986	
PACIENTE: HODAVIA ALVES DE ARAUJO		

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

31/08/2019 12:12:59 PACIENTE REFERE QUE SOFREU ACIDENTE DE MOTO HÁ 03 H, REFERE DOR NO PEITO E NO BRACO DIREITO. EF: BEG. HIDRATADA, CORADA, PULSO CHEIO, EUPNEICA, ACIANOTICA, ANICTERICA, AFEBRIL. TORAX SEM ENFISEMA SUBCUTANEO. BOA EXPANSÃO E COM MV+ BILATERALMENTE E SEM RA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA CLAVICULA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 100bpm	SATURAÇÃO: 99%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 20rpm
---------------------------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------------

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15

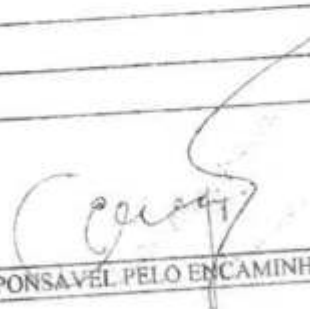
USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 31/08/2019 12:19:11


MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

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: 034.331.473-88 4 - Nome completo da vítima: Melania Alves De 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: Melania Alves De Araujo 6 - CPF: 034.331.473-88
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. Mexico 9 - Número: 1097 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Cidade Nova 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64016-600
15 - E-mail: eduardosgus20@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1607 CONTA: 8342 3
(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 de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou 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, Teresina - PI 30/11/19
Melania Alves De Araujo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



AUTOATENDIMENTO - AG AREOLINO DE ABREU

DATA: 20/11/2019

HORA: 15:11:13

TERMINAL: 20041010

CONTROLE: 200410100076

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1607 013,00008342-3

NOME: HODAVIA ALVES DE ARAUJO

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 182836312

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: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667552

Vítima: HODAVIA ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 31/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HODAVIA ALVES DE ARAUJO

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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667552

Vítima: HODAVIA ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 31/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HODAVIA ALVES DE ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: **HODAVIA ALVES DE ARAUJO**

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

Banco: **104**

Agência: **000001607**

Conta: **000008342-3**

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



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: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HODAVIA ALVES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000008342-3

Nr. da Autenticação AEDF96E8046E7EDC

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424166/19

Vítima: HODAVIA ALVES DE ARAUJO

CPF: 034.331.473-88

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/08/2019

Titular do CPF: HODAVIA ALVES DE ARAUJO

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

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
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

HODAVIA ALVES DE ARAUJO : 034.331.473-88

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

**Cartão
Ternatocitos
Sempão**
© 1997 de autoria

TERESINA CARTÓRIO 3.º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lusitânia Mogana, 1211 - Centro - CEP: 44035-344 - Teresina - PI - Fone: (86) 3321-6138 - E-mail: teresina@cartorio3.com.br
Trabalhar é desenvolver. Desenvolver é conquistar. Conquistar é vencer.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667552 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HODAVIA ALVES DE ARAUJO **Data do acidente:** 31/08/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"




Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

0475253

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

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

CERT. NASC. 529 L A1/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424166/19

Vítima: HODAVIA ALVES DE ARAUJO

CPF: 034.331.473-88

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/08/2019

Titular do CPF: HODAVIA ALVES DE
ARAUJO

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

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
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

HODAVIA ALVES DE ARAUJO : 034.331.473-88

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

PARA CONTATO
consulte: Informa
seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019 31/10/2019 394 411,88

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

ROT: 17.001.31.11.020500

CEP: 04.000-23		PERÍODO		DATA DA LEITURA	
DADOS DA LEITURA		kWh			
Atual:	21824			Atual:	24/10/2019
Anterior:	21430			Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	25/11/2019
Consumo Medido:	394			Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:	394	FCAM		Apresentação:	24/10/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:		Dias de Consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat. Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1 210

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 394 A R\$ 0,944936 = 372,30
SET/19 368	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 30,03
AGO/19 285	MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00 0,57
JUL/19 222	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00 0,13
JUN/19 205	MULTA POR ATRASO 09/19-00 7,18
MAI/19 204	JUROS POR ATRASO 09/19-00 1,67
ABR/19 178	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,70
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,12
FEV/19 297	
JAN/19 365	
DEZ/18 57	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 394 - 0,944936

EFICACIA E REAVISO DE VENCIMENTO MENSAGENS

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

Reservado ao Fisco 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.84BF.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30 271,78
Energia:	141,48	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	3,82
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	17,64

INDICADORES DE CONFORMIDADE									
	DCE			EFC			CPM	PM 30	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Composto	TERRESTRE - MACAIE						Período de aplicação:	08/2019	PM 30: 100,00

Composto: TERESINA - MACALHA 03/2019 100,91

ROT: 17.001.31.11.020500



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$
0051869-7 411,88

MÊS FATURADO VENCIMENTO
10/2019 31/10/2019

Nº da Nota Fiscal: 029074335 FCAM

83650000004 4 11880017000 3 000000000051 3 86971019008 1



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/10/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 010
DT.VENC.: 31/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/ 41
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Modestina Alves De Araujo inscrito
(a) no CPF sob o Nº 034.331.473/ 88 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Modestina Alves De Araujo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.331.473/ 88, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>	
Bairro	<u>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, 20 de Novembro de 2019
Local e Data

+ Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante