

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: 03/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE SENA BISPO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000078391-8

Nr. da Autenticação 299B2BE8E2E6B276

Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10277293

A/C: JOSE DE SENA BISPO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170002959 ASL-1202061/16

Vitima: JOSE DE SENA BISPO

Data Acidente: 08/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10280653

A/C: JOSE DE SENA BISPO

Sinistro: 3170002959 ASL-1202061/16
Vítima: JOSE DE SENA BISPO
Data Acidente: 08/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10339150

A/C: JOSE DE SENA BISPO

Sinistro: 3170002959 ASL-1202061/16

Vítima: JOSE DE SENA BISPO

Data Acidente: 08/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Após análise dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que ainda não foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação da vítima. Não se tem, portanto, até o momento, e à vista da documentação apresentada, uma caracterização de sequelas definitivas que possam configurar invalidez permanente e, consequentemente, um valor a ser indenizado pelo Seguro DPVAT.

Para que se dê andamento ao processo de indenização é necessário, nos termos da legislação vigente, aguardar a alta médica do tratamento. A partir de então, **caso existam sequelas definitivas e permanentes**, a vítima deverá apresentar toda a documentação médica pertinente, emitida após o término do seu tratamento e sua alta definitiva, especialmente o Laudo do IML (Instituto Médico Legal), qualificando e quantificando as perdas funcionais irreversíveis.

Assim, por não haver ainda cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista o tratamento terapêutico não ter sido concluído, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10955959

A/C: JOSE DE SENA BISPO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170244250 ASL-0167147/17

Vítima: JOSE DE SENA BISPO

Data Acidente: 08/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10956021

A/C: JOSE DE SENA BISPO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170244250 ASL-0167147/17

Vitima: JOSE DE SENA BISPO

Data Acidente: 08/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **02/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2017

Carta nº: 11083422

A/C: JOSE DE SENA BISPO

Sinistro: 3170244250 ASL-0167147/17
Vítima: JOSE DE SENA BISPO
Data Acidente: 08/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2017

Carta nº: 11319836

A/C: JOSE DE SENA BISPO

Sinistro: 3170244250 ASL-0167147/17
Vitima: JOSE DE SENA BISPO
Data Acidente: 08/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11789454

A/C: JOSE DE SENA BISPO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170540454 ASL-0387856/17
Vitima: JOSE DE SENA BISPO
Data Acidente: 08/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA YASMIN DE SOUSA VIEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11790292

A/C: JOSE DE SENA BISPO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170540454 ASL-0387856/17
Vitima: JOSE DE SENA BISPO
Data Acidente: 08/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA YASMIN DE SOUSA VIEIRA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2017

Carta nº: 11913587

A/C: JOSE DE SENA BISPO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170540454 ASL-0387856/17

Vitima: JOSE DE SENA BISPO

Data Acidente: 08/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARIA YASMIN DE SOUSA VIEIRA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/11/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE DE SENA BISPO

Sinistro: 3170540454
Vítima: JOSE DE SENA BISPO
Data do Acidente: 08/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA YASMIN DE SOUSA VIEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170540454** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12211306

A/C: JOSE DE SENA BISPO

Nº Sinistro: 3170540454
Vítima: JOSE DE SENA BISPO
Data do Acidente: 08/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA YASMIN DE SOUSA VIEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE DE SENA BISPO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 0000078391-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DOCUMENTO 1 *T1%



Seguradora Líder - DPVAT

FORMULÁRIO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José de Senna Bispo

PORTADOR(A) DO RG Nº 3842159

EXPEDIDO POR Petrópolis - PI

EM ____/____/____ E

CPF 300713123-00 / CNPJ _____, PROFISSÃO Pedreiro

E RENDA MENSAL DE R\$ 10.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José de Senna Bispo. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

19 DEZ 2016

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 100 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1606 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 78391.8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Petrópolis, 06 de Dezembro de 2016 * José de Senna Bispo

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. COSTA SILVA

DATA: 13/12/2016

HORA: 13:43:09

TERMINAL: 19891032

CONTROLE: 198910320025

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1606.013.00078391-8

NOME: JOSE DE SENA BISPO

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 0503202401

NÚMERO DE CONTROLE: 340329700

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

11 9 DEZ 2016

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____

CAM _____



RA _____

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU José de Sousa Bispo
PORTADOR(A) DO RG Nº 1842159 EXPEDIDO POR Detran-PE EM 12/03/14 E
CPF 302753123-00 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Pedreiro
E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José de Sousa Bispo. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

02 MAI 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 1008 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1606 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 78391-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina, 28 de abril de 2017
LOCAL E DATA

José de Sousa Bispo
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



02 MAI 2017

3170/244250

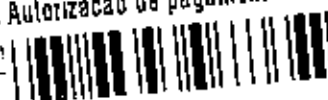


AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO

Autorização de pagamento



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jose de Sena Bispo

PORTADOR(A) DO RG Nº 1342159 EXPEDIDO POR SSP-PI/DETRAN EM 12/03/14 E

CPF 31027113123-00 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Pedreiro

E RENDA MENSAL DE R\$ 1200 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose de Sena Bispo. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação D23 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação D13 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

25 MAI 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1606 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 78391-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina 23 de maio de 2017 x Jose de Sena Bispo

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

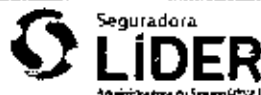


ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



25 MAI 2017



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José de Sene Bispo

PORTADOR(A) DO RG Nº 1842159

EXPEDIDO POR Detran - PE

EM 12/03/14 E

CPF 3002713123-0 / CNPJ

PROFISSÃO Pedreiro

E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José de Sene Bispo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0606 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 78391-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina 28 de Setembro de 2017 x José de Sene Bispo

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.



CAIXA
POUPANÇA

6277 8010 2021 7844

JOSE DE SENA BISPO

1506 013 00078391-8 06/18

elo

débito

04 OUT 2017

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jose de Sena Bispo
Endereço do(a) Examinado(a): Cj Dirceu Arcoverde 2, 289 Cs3
Dirceu Arcoverde Teresina PI CEP: 64078-350
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1842159
Data local do exame: [27/12/2017] Timon [MA]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DIREITO

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ DIREITO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO MODERADA NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR DIREITO .

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO DIA 08-10-16 LEVANDO A FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DIREITO

Data da alta: 08-11-16

OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSO

Complicações: VIDE ACIMA

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

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ DIREITO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO MODERADA NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR DIREITO .

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
 CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058



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

DOCUMENTO 1 *T1%*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.002059/2016-60

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 29/11/2016 - 15:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

CRUZAMENTO

Município

TERESINA

Endereço

Q-196, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº.

Complemento

Data/Hora

08/10/2016 - 16:30

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE II

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ DE SENA BISPO

RG: 1842159 SSP/PI

Mãe: MARIA DAS MEDES BISPO

Pai: FELIPE DE SENA BISPO

Endereço: Q-289, CASA-03, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9930-8810

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO ACIMA CITADO, NO SENTIDO LESTE/OESTE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/XRE 300, COR PRETA, ANO/MODELO 2010, PLACA NID-3753-PI, RENAVAN 198993382, EM NOME DE JOSÉ DE SENA BISPO, QUANDO TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA POR VEÍCULO PRISMA DE COR PRETA, PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, SENDO QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU E ENCAMINHADO AO HUT, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 181630, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897
AGENTE DE POLÍCIA

José de Sena Bispo
JOSÉ DE SENA BISPO - Noticiante
Responsável pela Informação

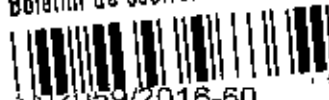


19 DEZ 2016



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

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100200002059/2016-60

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 29/11/2016 - 16:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

08/10/2016 - 16:30

Tipo Local

CRUZAMENTO

Município

TERESINA

Endereço

Q-196, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº

Complemento

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE II

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ DE SENA BISPO

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 1842159 SSP/PI

Mãe: MARIA DAS MESES BISPO

Pai: FELIPE DE SENA BISPO

Endereço: Q-289, CASA-03, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9930-8810

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1. - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATÓRIO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO ACIMA CITADO, NO SENTIDO LESTE/OESTE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/XRE 300, COR PRETA, ANO/MODELO 2010, PLACA NID-3753-PI, RENAVAN 198993382, EM NOME DE JOSÉ DE SENA BISPO, QUANDO TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA POR VEÍCULO PRISMA DE COR PRETA, PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, SENDO QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU E ENCAMINHADO AO HUT, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 181630, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897
AGENTE DE POLÍCIA

José de Sena Bispo
JOSÉ DE SENA BISPO - Notificante
Responsável pela Informação

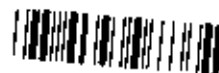


02 MAI 2017



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

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.002059/2016-60

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 29/11/2016 - 15:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora
08/10/2016 - 16:30

Tipo Local
CRUZAMENTO

Município
TERESINA

Bairro
DIRCEU ARCOVERDE II

Endereço
Q-196, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº:
Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ DE SENA BISPO
RG: 1842159 SSP/PI
Mãe: MARIA DAS MEÇES BISPO
Pai: FELIPE DE SENA BISPO
Endereço: Q-289, CASA-03, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº
Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II
Cidade: TERESINA
Telefone(s): 86-9530-8610

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO ACIMA CITADO, NO SENTIDO LESTE/OESTE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/XRE 300, COR PRETA, ANO/MODELO 2010, PLACA NID-3753-PI, RENAVAN 198993362, EM NOME DE JOSÉ DE SENA BISPO, QUANDO TEVE SUA MOTOCICLETA COLIDIDA POR VEÍCULO PRISMA DE COR PRETA, PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, SENDO QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU E ENCAMINHADO AO HUT, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 181630, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897
AGENTE DE POLÍCIA

José de SENA Bispo
JOSÉ DE SENA BISPO - Notificante
Responsável pela Informação



04 OUT 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José de Sena Bispo, portador da carteira de identidade nº 18 421 59 e inscrito no CPF/MF sob o nº 302.713.123-00, residente e domiciliado na Quadro 289, Casa 03, Bairro 2, Cidade Guarano, Estado Pernambuco, 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 Lider 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.

x José de Sena Bispo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

19 DEZ 2016

Guarano 06 de dezembro de 2016

Local e data

DOCUMENTO 3 *T396*



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Jose de Sena Bispo portador da carteira de identidade nº 3842159 e inscrito no CPF/MF sob o nº 302.713.123-00, residente e domiciliado na Rd. 289 Casa 03 S/N Duncen II Cidade Teresina 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
- (X) 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.

Jose de Sena Bispo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Teresina 28 de abril de 2017

Local e data

02 MAI 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência d



Eu, Jose de Sena Bispo, portador da carteira de identidade nº 1842159 e inscrito no CPF/MF sob o nº 302.713.123-00, residente e domiciliado na R=289 C=03 Durcu, Inconurole, Cidade Terena, Estado Praia, 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 Lider 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.

X Jose de Sena Bispo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

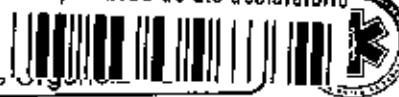
Terena 28 de Setembro de 2017

Local e data

04 OUT 2017



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança		
	23 Glasgow	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	
	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino		
Assistência	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinar		
	36 Responsável pela recepção				



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome				15 Sexo
Tipo de Ocorrência	16 Idade				17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítima		20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA
	24 Sinais Vitais		25 Local da lesão		
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	29 Dor		30 Fratura		
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados		32 Hospital de Destino		
	33 Condições de entrada		34 Óbito		
Observações Interdisciplinar	35 Observações				
	36 Observações				



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome	15 Sexo			
Tipo de Ocorrência	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Exame Físico	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão			
	26 Pupilas	27 Dor			
Assistência	28 Sangramento	29 Escala de Dor de 0 a 10			
	30 Fratura	31 Procedimentos realizados			
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada			
	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinares			
Responsável pela recepção					
Socorristas Médico Enfermeiro					

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: 03/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE SENA BISPO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000078391-8

Nr. da Autenticação 299B2BE8E2E6B276



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

José de Sina Bispo

RG nº 18 42159, data de expedição / / , Orgão Petran PI

CPF nº 302.713.123-00, venho perante a este instrumento, declarar que na: possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	<u>Quadra 289 Casa 03</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pirene 2</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.000-000</u>
Telefone de contato	<u>(86) 98136-7452</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me:

TERESINA/PI, 06, dezembro, 2016

X José de Sina Bispo

Assinatura do Declarante

11 08 DEZ 2016

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 723 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-000
Nº de Fone: 322.0001-05 (fixo) e 322.0002-05 (celular)
Nº de Fax: 322.0001-05 (fixo) e 322.0002-05 (celular)
Nº de E-mail: cep@cepepi.com.br

Nº da Nota Fiscal: 000420825

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 30 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2016	20/10/2016	81	51,65

ANA MARTHA CUELHO BISPO
CJ MIRCELI ANCOVERDE II S/N QD 289 CASA 03
CPF: 04083451528304
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 8.001.74.06.128000

DADOS DA LEITURA		LWN		ROT: 8.001.74.06.128000	
Atual:	32295			Atual:	11/10/2016
Anterior:	32214			Anterior:	14/09/2016
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	11/11/2016
Consumo Medido:	81			Emissão:	11/10/2016
Consumo Futuro:	81	FCAN		Apresentador:	11/10/2016
NORMAL					

NORMAL f3

Class/Subclasse	Tipologia	Número Medidor	Posto	Código Pst	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A189205		1.1.1.1	87

HISTÓRICO ANS	Mês/ano consumo	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
SET/16	80	81 A R\$ 0,580526 =		47,02
AGO/16	82	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		3,57
JUL/16	76	CORRECAO MONETARIA IG 09/16-00		0,02
JUN/16	81	MULTA POR ATRASO 09/16-00		0,92
MAI/16	81	JUROS DE MORA DE IMPO 09/16-00		0,12
ABR/16	30			
MAR/16	110			
FEV/16	29			
JAN/16	118			
DEZ/15	118			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
A PARTIR DE 28/09/2016, HOUE REAJUSTE TARIFARIO MEDIO A SER PER
EBIDO DE 0,44% (RESOLUCAO ANEEL - 2.135/2016)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 S 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 30/09/2016, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO		0809.13E9.4AD6.6DAE.327C.17D0.F7E8.39B9	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	12,98	Base de Cálculo:	47,02
Energia:	15,91	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	1,91	Valor do ICMS:	9,40
Encargos:	4,94	Valor do PIS:	0,33
Tributos:	11,28	Valor do COFINS:	1,55
INDICADORES DE CONTINUIDADE			

5,19 10,34 00,71 3,23 6,47 12,95 2,94
0,00 0,00 0,00

08/2016 19,59

09 DEZ 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose de Sene BispoRG nº 3842159, data de expedição 12/03/14, Órgão Detran-PZ

CPF nº 302.713.123-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Quilha = 289 Casa = 03</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Duray Arcoverde</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.078-350</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 98136-7452</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina 28 de Setembro de 2017

04 OUT 2017

Assinatura do Declarante: x Jose de Sene Bispo

AGESPISA

Av. Marechal Castello Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.201.656-7 / CNPJ: 06.845.207/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 09000 86 8888

Fatura Mensal

1293011-3 Hidrômetro A05N124640 JAN/2017

NOME: ANA MARIA COELHO BISPO
CON: DIRCEU ARCOVERDE II Q-287 Q-291 Q-289
C-003 ITARARE
TERESINA 64078350 AG= 126

Situação Ativa/Excluída	1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição
3/1	1		110 41 06 0225 0025-000
23/12/2016		23/01/2017	
		31	

Histórico de Consumo				Forma de Pagamento	
Data	Consumo	Valor	Forma de Pagamento	Valor	Forma de Pagamento
07/16	1102	24	0		
08/16	1209	27	0		
09/16	1232	23	0		
10/16	1259	27	0		
11/16	1283	24	0		
12/16	1305	27	0		
01/17	1325	20	0		

Nome do Serviço: MANUTENCAO HIDROMETRO
Valor (R\$): 2,35

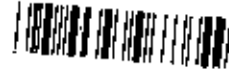
02/02/2017 76,08
PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE JUROS/MORA, CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetro	Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade
Valor Máximo (L/mês)	308	L	89	L	308	L	308	L
4ª Amostragem Análise Física	321	L	108	L	321	L	321	L
4ª Amostragem Análise Química	308	L	108	L	418	L	319	L

Valor Médio: RESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMPRE ANTES DE USAR.

04 OUT 2017

Comprovante de residencia



MARIA YASMIN DE SOUSA VIEIRA 35396 Período Ref 07/2017
CJ REDENCAO 10 QD-G
REDENCAO
TERESINA
64017-810

PI

01/10/2017 C/Ordem de Serviço

04 OUT 2017

ANS-nº0416398



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose de Sena BispoRG nº 1842159, data de expedição 12/03/14, Órgão SSP-PI

CPF nº 302.713.123-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Q-289 C-03 CJ DIRCEU ARCOVERDE</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>CASA 3</u>
Bairro	<u>Dirceu Arcoverde II</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64078350</u>
Telefone de Contato	<u>(96)98136-7452 / 99926-0299</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Terresina 23 de Setembro de 2017Assinatura do Declarante: X Jose de Sena Bispo

**Aguas de
Teresina**

NOME DO CLIENTE: ANA MARTHA COELHO BISPO
 ENDEREÇO: Q-291, Q-289-C-003-1 TARARE-TERESINA-PI-CEP: 64078-350
 Nº do Contrato: 12930113-2
 Data de Vencimento: 15/09/2017
 Data de Emissão: 10/2017

MORADOR: ANA MARTHA COELHO BISPO
 CON: DIRCEU ARCOVERDE II Q-289
 Q-291, Q-289-C-003-1 TARARE-TERESINA-PI-CEP: 64078-350

010-00022-401835
 010
 AR5N194620

PERÍODO DE VENCIMENTO	VALOR DE VENCIMENTO	VALOR DE DESPESAS	VALOR TOTAL
18/09/2017	1494		1494
17/10/2017	1515		1515

1 Residencial - Normal
 21

VALOR REFERENTE AGUA - 80,85
 > Residencial-Normal
 21,00 + 80,85

28/10/2017
 80,85

28/10/2017
 80,85

A AGUAS DE TERESINA ESTA TRABALHANDO DIA E NOITE PARA QUE VOCE
 TENHA UM B-R-O BRO MELHOR DO QUE NOS ANOS ANTERIORES.

*** NOTIFICAÇÃO ***
 Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará
 a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº 11.445/2007,
 Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS DE USO E CONSUMO DE AGUA E EFLUENTE POR PESSOA POR DIA POR PESSOA POR DIA POR PESSOA POR DIA

PARÂMETRO	UNIDADE	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
Consumo de Água	m³	10,00	10,00	10,00	10,00
Consumo de Efluente	m³	10,00	10,00	10,00	10,00
Consumo de Energia	kWh	10,00	10,00	10,00	10,00
Consumo de Gás	m³	10,00	10,00	10,00	10,00
Consumo de Lixo	kg	10,00	10,00	10,00	10,00

PARÂMETRO	UNIDADE	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
Consumo de Água	m³	10,00	10,00	10,00	10,00
Consumo de Efluente	m³	10,00	10,00	10,00	10,00
Consumo de Energia	kWh	10,00	10,00	10,00	10,00
Consumo de Gás	m³	10,00	10,00	10,00	10,00
Consumo de Lixo	kg	10,00	10,00	10,00	10,00

CORRETORA
 DE SEGUROS
 23 OUT 2017
 DPVAT



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Maria Yasmin de S. Vieira, portador(a) do

RG nº 3.552.756, expedido por SSP-PI, em

14 / 12 / 10, CPF/CNPJ nº 061.430.513.64,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Sou de

Sena Riço do sinistro de DPVAT da natureza Invalidy

da vítima Sou de Sena Riço, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Renda Mensal: R\$ Recuso

Documentos comprobatórios: Recuso

04 OUT 2017

Maria Yasmin de S. Vieira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Alto

HUT

**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: João de Sena Bispo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 181630

19 DEZ 2016

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS A SUA UTILIZAÇÃO.

DOCUMENTO 4 *T44b*





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

Novo Alta
Ortopedia

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 08/10/2016 18:05:39

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE SENA BISPO	Prontuário: 181630
Mãe: MARIA DAS MERCES BISPO	Pai: FELIPE DE SENA BISPO
End. Resid.: QD 268, CS 03 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento: 01/06/1960	Idade: 56a:4m:7d
Sexo: Masculino	Fone:
Responsável: MAYRLA COELHO BISPO	CNS: 126579194820002
Profissão: PEDREIRO	Documento: CPF: 302.7
G. Instrução: Fundamental Completo	E. Civil: Casado
End. Local: - - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 574068	Data: 08/10/2016 17:59:24	Condução: AMBULÂNCIA
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S.U.S	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
CID Secundário: 299		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Final/Sintoma: TRAUMA-MAIOR	Evento Principal: Dor Moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: RELATO DE ACIDENTE DE MOTO. COLISÃO COM CARRO, REFERE DOR TORÁCICA E EM MIB. SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA.	Profissional Clas. Risco: LETICIA MARIA CARVALHO DE SOUSA COREN-158837		

DADOS CLÍNICOS (Hora: 08/10/2016 18:05:38)	
Acidente de moto	
Queixa-se de dor em HTD e Flanco D	
EC G 15 / Sem perda de consciência	
Exame físico / Estável	
Fraqueza em MIB	

PA: 110/70 mmHg	Pulso: 100 bpm	EC: 15
Diagnóstico Inicial:		

CONDIÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
(1) Torax 100% + 100ml SF 0.9% EV 20ml	
(2) Bromopride - 100ml p 7 A.D. EV 18	
Rx Torax / MIB e US Abdom	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	
DATA: 1/1	HORA: 18:05:38
Procedimento: 04000.50578	CID: 592.5

Assinatura Paciente ou Responsável: Mayrla Coelho Bispo
Assinatura Profissional Médico: Dr. Betina de Sousa Costa
CRM: 1436

**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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Impr: 04/10/2016 18:05:50

IMPRESSÃO: MARIA

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE SENA BISPO		Prontuário: 181630
Mãe: MARIA DAS MERCES BISPO	Pai: FELIPE DE SENA BISPO	
End. Resid.: QD 268, CS 03 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 01/06/1960	Idade: 56a:4m:7d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: MAYRLA COELHO BISPO	CNS: 126579194820002	
Profissão: PEDREIRO	Documento: CPF: 302.713.123-00	
G. Instrução: Fundamental Completo	E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 574068	Data: 08/10/2016 17:59:24	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1/16	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: fratura de um dos membros superiores da mão direita cc: - Talita Rota - internado por 10 dias	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/16	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/1/16	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/16	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente		
Jair Sampaio		
Diagnóstico pré-operatório		
Fratura Ulnar Medial Torçao		
Operação - Tipo		
RAFI Torção Torçao		
Cirurgião		1º Assinante
H. Aguiar		H. Albert
2º Assinante		
Instrumentador(a)		Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação		
09/10/16	Início	Fim
	12:10h	13:00h
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Paciente em pH / Garoto
 2. Anestesia x10 / Campo Estéril
 3. Incisão Medial Torçao
 4. Redução + fixação com 2 parafusos na Fratura Ulnar medial Torçao
 5. Curativo e curativo OK
 6. Sutura / Curativo Betinado Garoto
- OK / Curativo OK / Fim

Dr. Aguiar Sampaio L. B. Medeiros
Ortopedia / Traumatologia
CRM-P: 3204 1E07-11993

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09, 10, 16

NOME DO PACIENTE:	José Sena Bispo	PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	Falúia Torçozes	CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	Dr. Acuña	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Dr. Albert	CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Laiz	CPF Nº:	

Dr. Acuña Campos, C. B. Medeiros
Cirurgião / Traumatologista
CRM-SP 3244 RCP-11591

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 25	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 20	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO 50ml	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	1		Agon 20ml		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				10.10.16			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 210		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 0		01		CIRCULANTE:			
PROLENE							



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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE SENA BISPO**
Endereço: QD 289 CASA 03 - DIRCEU DE OLIVEIRA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/06/1960 Idade: 56a:4m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 574068
Requisição: 683564 Solicitação: 08/10/2016 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 853971 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 08/10/2016

ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia porta inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas.
- Ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: **Normal**

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

19 DEZ 2016

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/10/2016

MÔNICA ALZIRA P DA SILVA

CPF: 227.811.103-53 CRM 3162

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Br. Otto Brito 1825, Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64010-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE SENA BISPO** (Prontuário: 181630)
Endereço: QD 289 CASA 03 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 01/06/1960 Idade: 56a.4m.7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendi: 574068
Requisição: 683609 Solicitação: 08/10/2016 Solicitante: MARCUS CESAR LOPES
Controle: 854032 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 08/10/2016

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:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- SINUSOPATIA MAXILAR.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/10/2016

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242
Profissional Responsável

19 DEZ 2016

Alto

Documentação médico - hospital



HUT

**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: João de Sena Bispo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 181-630

02 MAI 2017

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Pça. Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3225 4872

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

Nova Alta
Ortopedia

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Impr: 08/10/2016 14:05:39

DADOS DO PACIENTE:

Paciente: LETICIA MARIA

Especialidade: ORTOPEDIA

Nome:	JOSE DE SENA BISPO	Prontuário:	181630
Mãe:	MARIA DAS MERCES BISPO	Pai:	FELIPE DE SENA BISPO
End. Resid.:	QD 266, CS 03 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	01/06/1960	Idade:	56a:4m:7d
Sexo:	Masculino	Fone:	
Responsável:	MAYRLA COELHO BISPO	CNS:	126579394820002
Profissão:	PEDREIRO	Documento:	CPF: 302.7
G. Instrução:	Fundamental Completo	E. Civil:	Casado
End. Local:			

HUT DR. ZENON ROCHA
TUMOGRAFIA COMPLETA AUTORIZADA
EXAME: 08/10/2016
DATA: 08/10/2016
HORA: 14:05:39

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	574068	Data:	08/10/2016 17:59:24	Condução:	AMPLIADA EM 2016		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	5 U S	
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Final/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Dor moderada	CIRURGIA GERAL	Amarelo
Breve História:	Profissional Clás. Risco:		
RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO COM CARRO, REFERE DOR TORÁCICA E EM M.I.D. NENHUMA PERDA DE CONSCIÊNCIA.	LETICIA MARIA CARVALHO DE SOUSA COREN 158637 08/10/2016 18:05:38		

DADOS CLÍNICOS: (Hora:)

Acidente de moto
Queixa-se de dor em HTD e Flanco D.
E G 15 / Sem perda da consciência
Emprego / Estável
Fratura em M.I.D.
08.10.2016
Mecismo
U.S. abd. total

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

① Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV
② Bromopride 40mg p = A.D. EV
Rx torax / M.I.D e US Abdom

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Procedimento
DATA: / / HORA: :	0408050578 582-5 CID

Dr. Bery...
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-111111Assinatura Paciente ou Responsável
Mayrla Coelho Bispo

Assinatura - Profissional Médico

**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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 09/10/2016 19:05:59

LÍZIA MARIA

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE SENA BISPO		Prontuário: 181630
Mãe: MARIA DAS MERCEDES BISPO	Pai: FELIPE DE SENA BISPO	
End. Resid.: QD 268, CS 03 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 01/06/1960	Idade: 56a:4m:1d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: MAYRLA COELHO BISPO		CNS: 126579194820002
Profissão: PEDREIRO		Documento: CPF: 302.715.123-00
G. Instrução: Fundamental Completo		E. Civil: Casado(a)
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 574068	Data: 08/10/2016 17:59:24	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>fratura de um osso metacarpo 4º</i> <i>do pé direito</i> <i>causa: - Trauma</i> <i>- queda de 10m</i>	
<i>Dr. Dergiel Barroso Lima</i> <i>PROFESSOR DE TRAUMATOLOGIA</i> Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
<i>10-10-16</i> <i>02 MAI 2017</i> Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRESCRIÇÃO MÉDICA		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO				QUANT.			
						HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
08/10/16				10			22:50	
1) Feste leve 4								Procedente do exame
2) 500 mg 12 hr								D.I.I. 14/10/16
3) 1000 mg 12 hr								de sono, com 10% de
4) 1000 mg 12 hr								de sono, com 10% de
5) 1000 mg 12 hr								de sono, com 10% de
								PAR 140 X 80 mmHg
								FC = 80 bpm
								PRV = 80
								Reg = 191 Pm
								Apresentando o Dr. Tamariz
								Dr. Souza, consultado gerais
								Dr. Souza
								exame agudo de
								o dia 09/10/16



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente			João Serra Baptista		
Diagnóstico pré-operatório			Fratura Unilateral Unidistal Torço		
Operação - Tipo			LAFI Fratura Torço		
Cirurgião		1º Assinante		2º Assinante	
R. Aguiar		R. Albert			
Instrumentador(a)		Anestesiologista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
09/10/16		12:10h		13:00h	
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em LPH / Ganote
 - 2) Anestesia x10 / Campo Estéril
 - 3) Incisão Unidistal Torço
 - 4) Redução + fixação com 02 parafusos em Fratura Unilateral Unidistal Torço
 - 5) Controle sangramento OK
 - 6) Sutura / Unidistal Retido Ganote
- OK / Reparo OK / Fim

02 MAI 2017

Dr. Aguiar Sampaio L. R. Medeiros
Ortopedia / Traumatologia
CRM-9: 35.344 / RBO-11583



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09.10.16

NOME DO PACIENTE:	<u>Jose Sena Bispo</u>	PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	<u>Fútilis Tauriz</u>	CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	<u>h. Acub</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>h. Albert</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Lary</u>	CPF Nº:	

Dr. Agostinho Sampaio L. G. Medeiros
Otorrinolaringologista
CRM-PA 3244 - RDT: 11395

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 25	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 80	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	22	
ESCALPE Nº	UNID.	/		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	/		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	/		<u>aproximadamente 100</u>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>10.10.16</u> <u>10</u> <u>02 MAI 2017</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 210		02		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL							
VICRYL Nº 0		01					
PROLENE				CIRCULANTE: <u>Flamenco</u>			



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otlo Tito 1020 Redenção - Fone: 36 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE SENA BISPO** (Identificação: 181630)
Endereço: QD 289 CASA 03 - DIRCEU DE OLIVEIRA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/06/1960 Idade: 56a:4m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 574068
Requisição: 583564 Solicitação: 08/10/2016 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 853971 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 08/10/2016

US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatómicas.
- Ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/10/2016

MÔNICA ALZIRA P DA SILVA
CPF: 227.811.103-53 CRM 3162
Profissional Responsável

02 MAI 2017



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Ottonilio 1829, Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64000-070 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE SENA BISPO** (Prontuário: 181630)

Endereço: QD 289 CASA 03 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 01/05/1960 Idade: 56a:4m:7d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 574068

Requisição: 683609

Solicitação: 08/10/2016

Solicitante: MARCUS CESAR LOPES

Controle: 854032

Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 08/10/2016

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:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- SINUSOPATIA MAXILAR.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/10/2016

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

02 MAI 2017



Altos



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: João de Sousa Bispo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 181.630

04 OUT 2017

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/0022-02

Novo Alta
Ortopedia

Data: 08/10/2016 18:05:38

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JOSE DE SENA BISPO	Prontuário:	181630
Mãe:	MARIA DAS MERCES BISPO	Pai:	FELIPE DE SENA BISPO
End. Resid.:	QD 268, CS 03 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	01/06/1960	Idade:	56a:4m:7d
Sexo:	Masculino	Fone:	
Responsável:	MAYRLA COELHO BISPO	CNS:	126479194820002
Profissão:	PEDREIRO	Documento:	CPF: 302.703.203
G. Instrução:	Fundamental Completo	E. Civil:	Casado
End. Local:			

EXAME: CATOMOGRAFIA
DATA: 08/10/2016
Dr. Zenon Rocha
TOMOGRAFIA COMPLEMENTARIZADA

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	574068	Data:	08/10/2016 17:59:24	Condução:	APRIMÁRIA		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)				Convênio:	S U S	
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Dor: moderada	CIRURGIAO GERAT.	Amarelo
Breve História:		Profissional Clás. Risco:	
RELATO DE ACIDENTE DE MOTO. COLISÃO COM CARRO, REFERE DOR TORÁCICA E EM MIB. PERDA DE CONSCIÊNCIA.		LETICIA MARIA CARVALHO DE SOUSA COREN 150837 08/10/2016 18:05:38	

DADOS CLÍNICOS: (Hora:)

Acidente de moto
Queixa-se de dor em HTD e Flanco D.
E G 15 / Sem perda da consciência
Emprego / Estável
Fratura em MIB

PA	X	temag	Pulso:	FC:
Diagnóstico Inicial:				

CONDUITA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

① Tramal 100mg + 100ml SFO 91. EV
② Bromopride - 100mg - p - AD, EV
Rx Torax / MIB e US Abdom

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	/ /	HORA:	:
Procedimento			

0400050578 582-5
CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

Dr. Benício
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1928



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-03

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 07/10/2016 19:09:50
MOTIV: 00000000

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JOSE DE SENA BISPO	Prontuário:	181630
Mãe:	MARIA DAS MERCÊS BISPO	Pai:	FELIPE DE SENA BISPO
End.Resid.:	QD 268, CS 03 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	01/06/1960	Idade:	56a:4m:1d
Responsável:	MAYRLA COELHO BISPO	Sexo:	Masculino
Profissão:	PEDREIRO	Fone:	- -
G. Instrução:	Fundamental Completo	CNS:	126579194820002
End.Local.:	- - -	Documento:	CPF: 302.713.123-00
		E.Civil:	Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	574068	Data:	08/10/2016 17:59:24	Clas. Cor:	Amarelo
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOR)			Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	1/1/2017	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	fratura de mandíbula inferior de laranja		
	com: - Tala Bate - 1 unido de tala		
	Dr. Gergio Borges Duarte ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Carimbo/Assinatura Solicitante		

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/2017

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	10/10/2017	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	10-10-17		
	04 OUT 2017		
	Carimbo/Assinatura Solicitante		

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/2017

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente			João Sampaio Baptista		
Diagnóstico pré-operatório			Fratura Unilateral Unidistal Torço		
Operação - Tipo			RAFI Torço		
Cirurgião		1º Assinante		2º Assinante	
H. Aguiar		H. Albert			
Instrumentador(a)		Anestesiologista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
09/10/16		12:10h		13:00h	
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
10.10.16					
Acidente Durante a Operação					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

04 OUT 2017

- 1) Paciente em pH / Ganote
 - 2) Anestesia x10 / Ganote
 - 3) Torço Unilateral + Torço
 - 4) Redução + fixação com 2 parafusos na Fratura Unilateral Unidistal Torço
 - 5) Controle sangramento OK
 - 6) Sutura / Curativo Betinado Ganote
- OK / Reparo OK / Fim

Dr. Angelo Sampaio L. B. Medeiros
Ortopedia / Traumatologia
CRM 301.224 / TEO: 11993

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09, 10, 16.

NOME DO PACIENTE:	José Sena Bispo	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO:	F. Lúpus Eritematoso S.	CIRURGIA:
ANESTESIA:		Nº DA SALA:
CIRURGIÃO:	H. Aguiar	CPF Nº:
AUXILIAR:	H. Albeit	CPF Nº:
ANESTESIA:		CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	Laryz	CPF Nº:

Dr. Aguiar Sena Bispo C.R.C. Registro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-90.378 RPD-11395

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 25	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 20	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	✓		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	✓		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	✓		aprox 2000		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA 10.10.16 04 OUT 2017 V _o fomemo			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 210		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: CIRCULANTE:			
VICRYL Nº 0		01					
PROLENE							



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: **JOSE DE SENA BISPO** (Identificação: 181630)
Endereço: QD 289 CASA 03 - DIRCEU DE OLIVEIRA, TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/06/1960 Idade: 56a:4m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 574068
Requisição: 683564 Solicitação: 08/10/2016 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 8539/1 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 08/10/2016

US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatómicas.
- Ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/10/2016

MÔNICA ALZIRA P DA SILVA

CPF: 227.811.103-53 CRM 3162

Profissional Responsável

04 OUT 2017



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64030-470 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE SENA BISPO** (Prontuário: 181630)

Endereço: QD 289 CASA 03 - DIRCEU ARCOVERDE, TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 01/06/1960 Idade: 56a.4m.7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 574068

Requisição: 683609 Solicitação: 08/10/2016 Solicitante: MARCUS CESAR LOPES

Controle: 854032 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 08/10/2016

T.C. DE CRÂNIO

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

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- SINUSOPATIA MAXILAR.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/10/2016

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

10-10-16
[Handwritten signature]

04 OUT 2016

CLIFOR - Clínica de Fraturas Ortopedia e Reabilitação

CNPJ 41.613.878/0002-60
Conj. Dirceu II - Qda. 203 - Casa 11
Fone: (86) 3235-4800 - CEP 64078-140
Teresina - Piauí

"Plantão Permanente"

Paciente: JOSE DE SENA BISPO - Sexo: M - Nasc: 01/06/1960
Endereço: - - TERESINA-PI

DADOS DO ATENDIMENTO

Controle: 28844/88469 Solicitante:
Grupo: 00.000.98.2 Convênio: PARTICULAR Emissão: 15/05/2017

RI DO TORNOZELO DIREITO

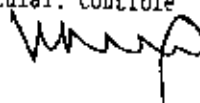
=====

O relatório radiológico demonstra:

- Fratura do maléolo medial, da tíbia direita.
- Presença de parafusos metálicos para correção da fratura.
- Concreção radiopaca linear medindo 2,7cm encurvada na tíbia.
- Espaço articular normal.

04 OUT 2017

Impressão diagnóstica: Fratura do maléolo medial. Controle radiológico.



15/05/2017 10:00:00



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 31596

PACIENTE: JOSE DE SENA BISPO

NOME DA MÃE: MARIA DAS MERCES BISPO

DATA DO NASCIMENTO: 01/06/1980

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 17/11/2016

DATA DO LAUDO: 02/12/2016

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO EM DUAS INCIDENCIAS

Controle pós-operatório.

Fratura na tíbia distal com fixação ortopédica.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

Aumento do volume e densidade das partes moles adjacentes.

04 OUT 2017

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

Documentação médica - hospital



JOSE DE SENA BISPO

RELATÓRIO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA, PORTADOR DE RG Nº 1.842.159-SSP/PI, FOI VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 08/10/16 COM TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, CURSANDO COM FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DIREITO, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, DATA DA ALTA MEDICA MARÇO DE 2017. ATUALMENTE APRESENTA-SE COM MARCHA CLAUDICANTE, DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO EM 50%.

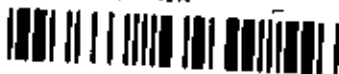
Teresina, 12/12/2017

Dr. Lucas Lopes Rego
Dr. LUCAS LOPES REGO
MÉDICO DO TRABALHO
CRM - PI 193199-4-6406

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 DEZ 2017

DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
JOSE DE SERA BISPO

DOC IDENTIDADE/FUNC EMISSOR
1842159 552 PI

CPF
302.733.123-00

DATA NASCIMENTO
01/06/1960

FILIAÇÃO
FELIPE DE SERA BISPO

MATERIA DAS MÉRCEDES BISPO

PERMISSÃO
0000000000

DOC
00000000

CAT. HAB
A3

Nº REGISTRO
04835013800

VALIDADE
11/03/2019

VALIDADE
11/01/2019

OBSERVAÇÃO

Jose de Sera Bispo

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
12/03/2014

71668860185
01313796540

ASSINATURA DO EMISSOR

905495196

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

19 DEZ 2015

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HAUTITACAO

NOME: JOSE DE SENA BISPO

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMITIDORA): 1842159 EST RJ

CPF: 302.713.173-00 DATA NASCIMENTO: 03/06/1960

FILIAÇÃO: FELIPE DE SENA BISPO
MOURA DAS MERCEDES BISPO

PROFISSÃO: ☐ AGRICULTOR ☐ COMERCiante ☐ ART. ☐ OUTRO

Nº Registro: 04859613400 VALIDEZ: 11/03/2019 F. Habilitação: 11/01/2010

OBSERVAÇÕES:

Jose de Sena Bispo

LOCAL: ☐ EXTERNA DATA EMISSÃO: 12/03/2014

71660860108
DI313708548

DETRAN - PAT. (STANBY)

905495196

02 MAI 2017

Documentos de identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: 1042108 RFP PJ
CPF: 302.713.123-00
Data de nascimento: 02/08/1960
Pessoa de sexo: M
Data de validade: 11/03/2010
Data de emissão: 11/01/2010

Assinatura: [Assinatura]

905495138

04 OUT 2017

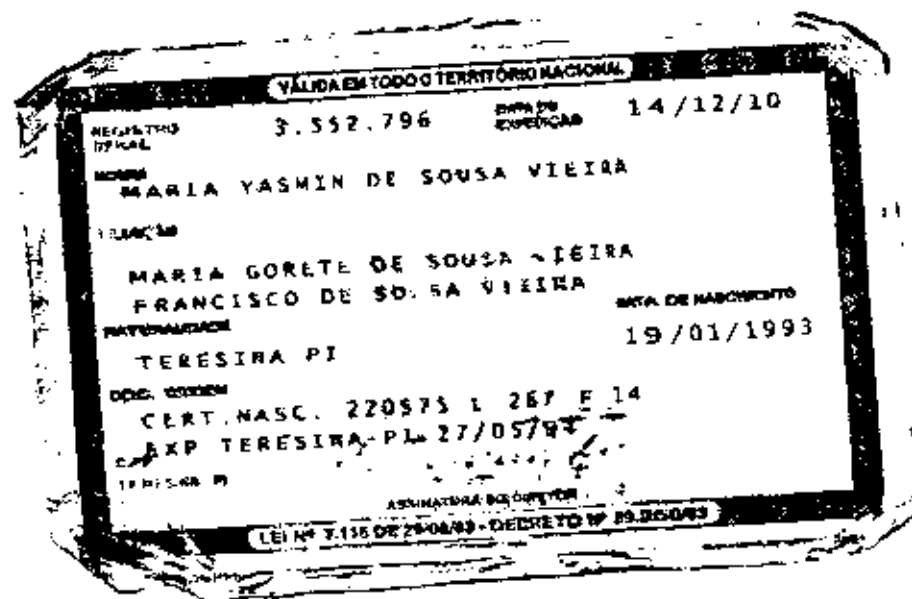
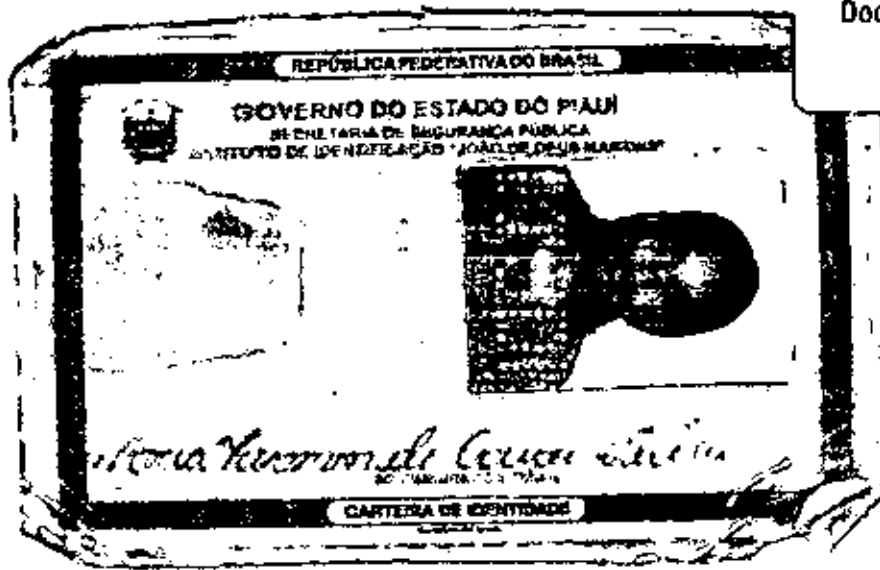
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE TRANSPORTES

JOSE DE SENA GIL
 1942129-458 102
 302.712.123-60 001706/1980
 11/03/2019 11/03/2019
 048890414000 11/03/2019

905495186
 905495186
 905495186

12/03/2019
 71488880185
 01313798180

04 OUT 2017



04 OUT 2017

MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 902016050433 Nº 012301804749
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 198993382 RENTR.C. 2016

JOSE DE SENA B. BPO

PLACA 30271312300 RIO-3733

CHASSI 9C2ND0910AR020201

COMBUSTIVEL GASOLINA

ANOS FAB. 2010 2010

ANOS MOD. 2010 2010

CATEGORIA PARTIC

COOR. PREDOMINANTE PRETA

VENO. COTA UNICA 1º 1ª PUA

2º 3º PABO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 14,93

DATA DE PAGAMENTO 18/03/2016

TERESINA

22/3/2016

SEM RESTRICOES

OBSERVAÇÕES

PREMIO TARIFARIO (R\$) 14,93

PI Nº 012301804749 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 22/3/2016

VIA 1 30271312300 / RIO-3733

RENAVAM 198993382

ANOS FAB. 2010

ANOS MOD. 09

PREMIO TARIFARIO 14,93

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

DATA DE DURAÇÃO 18/03/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.680/0001-04

www.seguradoralider.com.br



90431 9 01431470000

19 DEZ 2016

MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020160030433 Nº 012301804749
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 COD. RENAVAM 198993382 EXERCÍCIO 2016

JOSE DE SENA BISPO

PLACA 30271312300 PLACA NID-3753

CHASSI 9C2ND0910AR020201

ESPECIE DEO GASOLINA

PAB/MOTOCICLO/NENHUMA

MARCA/MODELO HONDA/XRE 300

ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CAP/POT/CL 002P/291CC

CATEGORIA PARTIC

COTA UNICA VENEC COTAS 1º IPVA 2º 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM-RESTRICOES

TERESINA

DATA 22/3/2016

MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020160030433 Nº 012301804749 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 CPF/CNPJ 30271312300 PLACA NID-3753

RENAVAM 198993382 MARCA/MODELO HONDA/XRE 300

ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CHASSI 9C2ND0910AR020201

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 129,03 DENATRA (R\$) 14,33 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,36

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,10 20% SEU MOD. 2016 292,01

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITACAO 18/03/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 02.248.508/0001-04
www.seguradoralider.com.br

02 MAI 2017

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020160290998 Nº 012712993561
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD-RENAVAM 198993382 EXERCÍCIO 2017

JOSE DE SENA BISPO

30271312300 NID-3753

PLACA ANT / PL CHASSI 9C2ND0910AR020201

PAS/MOTOCICLO/HEMUNIA GASOLINA

HONDA/XRE 300 2010 2010

CAP / POT / CL 002P/291CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA 2º 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICS (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURD PAGO

SEM RESTRICÇÕES

TERESINA DATA 17/3/2017

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012712993561 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 17/3/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 30271312300 PLACA NID-3753

RENAVAM 198993382 MARCA / MODELO HONDA/XRE 300

ANO FAB. 2010 CAL. TARE. 09 Nº CHASSI 9C2ND0910AR020201

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,28 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 185,50

PAGAMENTO DATA DE OUTAÇÃO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

16/03/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ Nº 04.840.800/0001-74

CONDIÇÕES DO SEGURO: O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODAS AS VEICULOS DE TRAFEGO EM VIAS PUBLICAS, EXCETO OS DE TRAFEGO EM VIAS PRIVADAS, E PARA TODAS AS CATEGORIAS DE VEICULOS, EXCETO OS DE TRAFEGO EM VIAS PRIVADAS, E PARA TODAS AS CATEGORIAS DE VEICULOS, EXCETO OS DE TRAFEGO EM VIAS PRIVADAS.

OUT



04 OUT 2017

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170540454

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DE SENA BISPO

Data do acidente: 08/10/2016

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ DIREITO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO MODERADA NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE DE SENA BISPO** Sinistro: **3170002959** Data: **08/10/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **CJ DIRCEU ARCOVERDE, SN, QD289/CASA 03 - Itararé - Teresina - PI - CEP 64000-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **1842159**

Data local do exame: [**11/01/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA TORNOZELO DIREITO. LIMITAÇÃO DO APOIO. NÃO CONSEGUE APOIO PE AO SOLO. FLEXÃO PLANTAR: 0-10
FLEXÃO DORSAL: 0-20 SEM ATROFIAS OU RETRAÇÕES.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
QUADRO TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA ATRAVÉS DE FIXAÇÃO COM PARAFUSOS HÁ 3 MESES. FISIOTERAPIA INCOMPLETA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

(**X**) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em **90** dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

RADIOGRAFIA MOSTRA FRATURA DESALINHA FIXADA COM 02 PARAFUSOS E BROCA QUEBRADA INTERNAMENTE NA TIBIA.



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPCAO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICACAO

VITIMA Jose da Silva Braga
DATA DO ACIDENTE 08/10/2016 CPF DA VITIMA 300.713.123-00
PORTADOR DA DOCUMENTACAO _____
QUALIFICACAO DO PORTADOR VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA E Jose da Silva Braga
ENDERECO DO PORTADOR Quilaca 389 Loro 03
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO Quilaca 2
CIDADE Barra Mansa UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (86) 98136-7454

Marque (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, ANOTANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECLARAÇÃO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISITA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 19.12.2016

IDENTIDADE

ASSINATURA Jose da Silva Braga

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

19 DEZ 2016

ID



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

TITULA DO ACIDENTE 0813013016 CPF DA VITIMA 302.713.193-00

TIPO DO ACIDENTE 0813013016

TIPO DO ACIDENTE 0813013016

TIPO DO ACIDENTE 0813013016

TIPO DO ACIDENTE 0813013016

TIPO DO ACIDENTE 0813013016

TIPO DO ACIDENTE 0813013016

TIPO DO ACIDENTE 0813013016

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTILHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO INML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DE AVALIAÇÃO DE APTIDÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO INML
- ☒ ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ 30. LTIM DE AILNMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOVE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTILHA DE IDENTIDADE OU REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ (CP DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOVE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTILHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOVE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTILHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ (CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOVE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = R\$ 2.700,00 (REMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02.05.14

IDENTIDADE 184.2785

ASSINATURA Ida de Sousa Basso

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170540454

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DE SENA BISPO

Data do acidente: 08/10/2016

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ DIREITO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO MODERADA NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: <u>Jose de Sena Bispo</u>			
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>	Profissão:	
RG: <u>1.842.159</u>	Org. emissor <u>SSP-PI</u>	D. Expedição <u>12/03/14</u>	CPF: <u>302.713.123-00</u>
Endereço: <u>R: 289 casa: 03</u>		Nº	Bairro: <u>União II</u>
Cidade: <u>Teresina</u>		Estado: <u>PI</u>	CEP:

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: <u>MARIA YASMIM DE SOUSA VIEIRA</u>			
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u>	Profissão: <u>CORRETORA</u>	
RG: <u>3.552.796</u>	Org. emissor: <u>SSP-PI</u>	D. Expedição <u>14 /12/2010</u>	CPF: <u>061.430.513.64</u>
Endereço: <u>quadra G casa 10</u>		Nº	Bairro: <u>REDENÇÃO</u>
Cidade: <u>Teresina</u>		Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64017810</u>

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima Jose de Sena Bispo Acidente ocorrido em: 08/10/2016

04 OUT 2017

Local / data: 26 de julho de 2017

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Selo de Realização e Autenticidade Poder Judiciário Estado do Piauí
Tribunal de Justiça
Registro e Arquivo
RECONHECIMENTO DE FIRMA
AAT 21436



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: ANATÁLIA DOMINGUES DE SAUSINO PEREIRA
AV. ALZAMIR NOGUEIRA, 1723 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (085) 3221-7588 - E-mail: atendimento@cartorio3asampato.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE DE SENA BISPO, DOU FE. EM TEST. DE VERDADE TERESINA-PI, 26/07/2017. Encl. 13-60
TJ: 0,72 Selado: 25 Total: 4,57 Selo: AAT, 21436 (FBCF409)

JOSE HAMILTON ALVES CARDOSO - Escrevente Autorizado

☐ Tabella☒ Escrevente autorizado

De: Themistocles Sampato
3º OFÍCIO DE NOTAS
José Hamilton A. Cardoso
Escrevente Autorizado
Teresina - PI

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)