

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 00000089631-6

---

Nr. da Autenticação 2A7E72D3E0142F4C

---

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

Nº Sinistro: 3180557740

Vítima: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

Data do Acidente: 31/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180557740**.

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA**

**Sinistro:** **3180557740**

**Vítima:** **JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA**

**Data do Acidente:** **31/05/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**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 3180557740** 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3180557740

Vítima: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

Data do Acidente: 31/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 0000089631-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

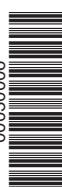
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

875.492.393-04

Jose Alves de Sousa Pereira

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: Jose Alves De Sousa Pereira		CPF: 875.492.393-04
Profissão: Carpinteiro	Eereço: Rua Satelite	Número: 1325
Bairro: Angelim	Cidade: Teresina	Complemento: Casa
	Estado: PI	CEP: 64034-385
E-mail:		Tel.(DDD): (86) 3303-4104

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

### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **1987** CONTA: **89631** 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou   |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou      |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **TERESINA , 22.11.18**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**JOSÉ ALVES DE SOUSA PEREIRA**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

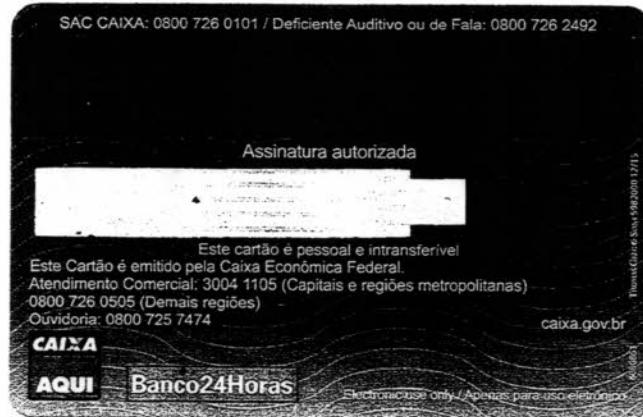
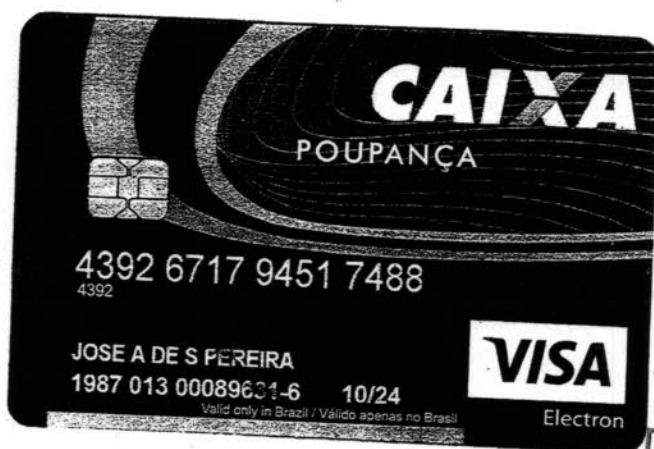
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003921/2018-21



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 12/11/2018 - 10:01

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

488339

Data/Hora

31/05/2018 - 09:40

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

ANGELIM

Endereço

AV. HENRY WALL DE CARVALHO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

MOTEL GARDEN

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA (46 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1116398 PI

Mãe: MARIA ESTER ALVES DE SOUSA PEREIRA

Endereço: RUA SATÉLITE, LOTEAMENTO PARQUE DOS SONHOS, Nº 1325

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9414-4445

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/NXR 150 BROS ES, PLACA ODU-6462-PI, COR PRETA, RENAVAM 00452720770, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO SUL, QUANDO UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, COLIDIU NA LATERAL DA PRIMEIRA, PROVOCANDO A QUEDA DO NOTICIANTE. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 416627). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ ALVES DE SOUSA PEREIRA

JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA (46 ANOS) - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	875.492.393-04	Jose Alves de Sousa Pereira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
José Alves de Sousa Pereira	Carpinteiro	875.492.393-04
Bairro:	Eereço:	Número:
Angelim	Rua Satelite	1325
E-mail:	Cidade:	Complemento:
	Teresina	Casa
Estado:	CEP:	
PI	64034 - 385	
Tel.(DDD):	Tel.: (86) 3303-4104	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1987 CONTA: 89631 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, TERESINA, 22.11.18

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\* Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

> José Alves de Sousa Pereira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Dados do Chamado	01 Nº do chamado  14883	02 Data do chamado  31/05/2019	03 PRO (código)  2900	04 Saída do PA  10:15	05 Chegada ao local  11:14
Local da Ocorrência	06 Saída do local  10:15	07 Chegada ao 1º hospital  10:15	08 Saída do 1º hospital  10:15	09 Chegada ao 2º hospital  10:15	
Dados do Paciente	10 Endereço  Av. das Flores, nº 123, Centro	11 Bairro  Centro	12 Município-UF  Teresina - PI	Código IBGE  081121970	
de Ocorrência	13 Ponto de referência  Gardênia	14 Nome  José Almeida Souza Pereira	15 Sexo  1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
Acidente de Transporte	16 Idade  44	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica?  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	18 Tipo de ocorrência  01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares
Exame Físico	19 Vítima  1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção  1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	21 Outra parte envolvida  1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 8 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança  Capacete Cinto de segurança Assento para criança	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 NOV 2016
Assistência	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL  ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA  5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	24 Sinais Vitais  Pulso 107 Resp. PA 100x80 TAX. Sat 92% 36°C	25 Local da lesão  Diagrama de corpo humano com marcas de lesões
Hospital de Destino	26 Pupilas  1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/>  1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	29 Dor <input type="checkbox"/>  ESCALA DE DOR DE 0 A 10  0 Sem Dor      3 Leve      6 Moderada      9 Intensa      10	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada 2 - Não 3 - Suspeito <input checked="" type="checkbox"/>	
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)  <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica    b) _____ c) _____	32 Hospital de Destino  HVR	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado    2-Piorando    3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não Removido
<p>Recorrente de 47 anos, masculino, vítima de acidente de trânsito - colisão entre carro e moto - com escoriações e suspeita de fratura no membro inferior direito. Fazendo caminhada intermissione, fez (permaneceu com pressão) no membro esquerdo. Seguiu consciente, agitado, perdeu a consciência</p>					
Desenvolvido pela Secretaria de Saúde		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor	
Responsável pela recepção		Dr. da Cunha		Terezinha Boaventura	



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

*ERTO*

Imp: 31/05/2018 10:48:00

(User: DEUSELENA)

(Estação: ACCR01)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA		Prontuário: 416627
Mãe: MARIA ESTER ALVES DE SOUSA PEREIRA	Pai: VALTO ALVES PEREIRA	
End. Resid.: RUA SATELITE 1325 LOT PARQUE DOS SONHOS - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 08/12/1970	Idade: 47a:5m:23d	Sexo: Masculino Fone: 86 99414-4445
Responsável: NAYARA	CNS: 707401022383270	DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
Profissão: CARPINTERO	Documento: CPF: 875.492.393-04	DPVAT
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Comcubinato	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
End. Local.: - - -	27 NOV 2018	

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 667512	Data: 31/05/2018 10:43:28	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Quirino de Resende, 465 Centro-Norte CEP: 64.000-470 Teresina-PI
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 Secundario: V299

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Dor moderada	CIRURGIÃO GERAL	Amarelo
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
RELATO DE QUEDA DE MOTO HOJE, USAVA CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. COM TRAUMA EM MSE E MIE. REFERE DOR LOCAL. ECG= 15 NEGA ALÉRGIAS.	DEUSELENA SILVA FORTES COPON 156106 Em: 31/05/2018 10:47:59		

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Paciente vítima de acidente de motocicleta às 10:00hs, levado pelo SAMU, consciente, orientado, hidratado, estabilizado hemodinamicamente, sem colar cervical e respirando espontaneamente. Estava usando capacete na hora do acidente, nega dor, cefaleia, vômitos, amnésia e não apresenta sinais de alerta para TCE. Dor e formigimento em antebraço esquerdo e perna tornozelo, joelho e pé esquerdos. Aparece escoriações em outro esquerdo.

PA _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID: _____	

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado Raio-X de antebraço (L) joelho (R), franquista (R) e pé (L).  
Realizada sutura em pé esquerdo

RAIO-X REALIZADO	DATA: 31/05/2018
TÉCNICO: _____	

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Motivo da Alta:	Se Internação, indique o Procedimento e CID
	0408000431 5522
DATA: / / .	Procedimento
HORA: : .	CID

Nayara Ney Cardoso Pereira

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Ademiraldo Andrade

Assinatura - Profissional Médico

ACEITE  
2018/05/31  
Dr. Ademiraldo Andrade  
Medicina e Traumatologista  
CRM-MA 3554



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 05.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 05/98

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1267165-7

Nº da Nota Fiscal 013547057

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.435 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	20/11/2018	115	105,78

NAYARA NEY CARDOSO PEREIRA  
R. SATELITE 1325 1325 ANGELIM  
CPF: 00005570333304  
CEP: 64.034-385 - TERESINA

DADOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Atual:	8180	Atual:
Anterior:	8065	Anterior:
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:
Consumo Médio:	115	Emissão:
Consumo Faturado:	115	Apresentação:
	FCAM	12/11/2018

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1394516		1.1.1.1	129
HISTÓRICO KWH					DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo					CONSUMO 115 A R\$ 0,826501 = 95,04
OUT/18 99					CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,13
SET/18 126					CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00 0,58
AGO/18 101					MULTA POR ATRASO 10/18-00 1,65
JUL/18 108					JUROS POR ATRASO 10/18-00 0,38
JUN/18 120					ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,41
MAI/18 166					ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,65
ABR/18 133					
MAR/18 139					
FEV/18 135					
JAN/18 132					
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 115 - 0,589544					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 09/11/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

RESERVADO AO FISCO 86DC.0407.CA0D.6A48.62DC.4A69.18AB.326E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	19,36	Base de Cálculo:	95,04
Energia:	36,80	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,79	Valor do ICMS:	20,90
Encargos:	5,86	Valor do PIS:	1,13
Tributos:	27,23	Valor do COFINS:	5,20

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,19 10,39 20,77 3,36 6,73 13,45 2,94  
0,00 0,00 0,00

09/2018 36,75

POLO



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 05.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1267165-7	105,78
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
11/2018	20/11/2018

Nº da Nota Fiscal: 013547057 FCAM

83690000001 6 05780017000 3 00000001267 4 1657118008 4



SEQ.: 00047 UC: 1267165-7 DT.LEIT.: 12/11/2018 T.ENTR.: 03  
LEITURA: 8180 NORMAL TOTAL: 105,78 CARGA: B03  
PT.VENC.: 20/11/2018 TRREG.: 000 COLETOR: 0581



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 Inscrição Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SERI 246/98

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
00310037  
012814765

Nº da Nota Fiscal

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
00310037/2018	24/10/2018	96	10,56

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

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	18910	Atual:	24/09/2018
Anterior:	1.000	Anterior:	26/11/2018
Constante de Multiplicação:	96	Próxima Leitura:	24/10/2018
Consumo Medido:	96	Emissão:	25/10/2018
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentação:	31

Hora de Faturamento: 00:00 Código de Fretamento: Data de Emissão:

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta	Código Sat	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	18910		1	2,87

HISTÓRICO kWh		DESCRITIVO DA CONTA	
SE JUL/18	209	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,96
AGO/18	232	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00	0,84
JUL/18	184	MULTA POR ATRASO 09/18-00	5,36
JUN/18	208	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00	1,25
MAI/18	211	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,79
ABR/18	159		
MAR/18	307		
FEV/18	224		
JAN/18	271		
DEZ/17	314		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 96 - 0,684698			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO					
Parabéns! Até o dia 24/10/2018 não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.					

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

E715.715B.3FC6.2091.1F57.B3ED.6D8B.5D6C  
RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	10,56	Base de Cálculo:	80,00
Energia:	31,48	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,95	Valor do ICMS:	17,61
Encargos:	5,01	Valor do PIS:	0,79
Tributos:	22,06	Valor do COFINS:	3,66

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIU	DU	FLC	DMC	DRN
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

08/11/18 6/166

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resgate.

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

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Alves De Sousa Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.492.393-04, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Jose Alves De Sousa Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.492.393-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os seguintes comprovatórios:  
**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

Recuso informar

27 NOV 2018

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

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora, anexo o endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Rua 24 De Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email		Telefone comercial(DDD)	(86)3303-4104	Telefone celular (DDD)	64000-235

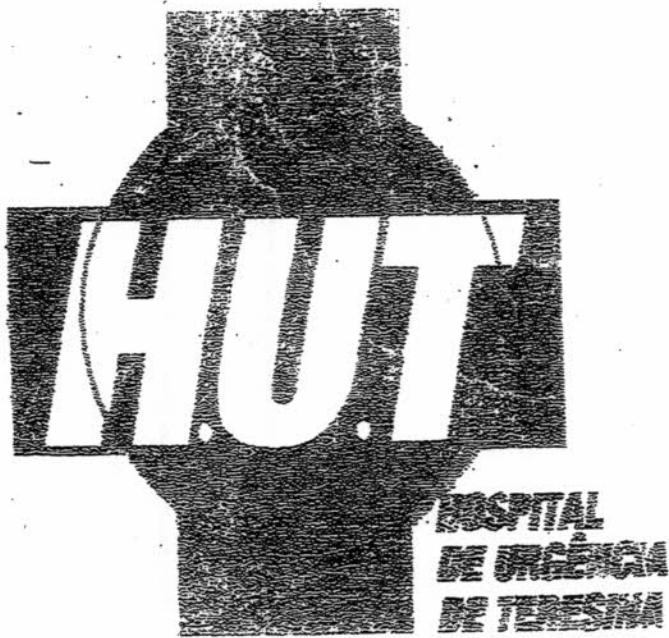
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques

Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 N° do chamado <i>4883</i>	02 Data do chamado <i>31/05/06 19</i>	03 PRO (código) <i>1956</i>	04 Saída do PA <i>10h 05</i>	05 Chegada ao local <i>11h 17</i>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>10h 30</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>10h 45</i>	08 Saída do 1º hospital <i>10h 55</i>	09 Chegada ao 2º hospital <i>11h 17</i>	
Dados do Paciente	10 Endereço <i>Rua das Flores, 123, Centro</i>	11 Bairro <i>Jardim das Flores</i>	12 Município-UF <i>Ita</i>	Código IBGE <i>31.111</i>	
Detalhe da Ocorrência	13 Ponto de referência <i>Garden Inn Hotel</i>	14 Nome <i>José Almeida Souza Pereira</i>			
Accidente de Transporte	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	16 Idade <i>14</i>	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	<i>08/12/1970</i>
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	<i>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</i> <i>27 NOV 2010</i>
Hospital de Destino	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	<i>Centro de Resende S.A.</i> <i>CEP: 64.002-470</i>
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = <i>5</i>	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso <i>107</i> Resp. PA <i>100x80</i> TAX. Sat <i>92%</i>	25 Local da lesão 
26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		29 Dor <input type="checkbox"/>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor      3 Leve      6 Moderada      9 Intensa      10		
27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada	2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>		
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)					
32 Hospital de Destino <i>HU</i> <input type="checkbox"/> Não Removido					
33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado 34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte					
<p><i>Recorre ao atendimento, vítima de acidente de trânsito - agressão física - com moto - com escoria costela - suspeito de perfuração - mielite. Reflete com fratura cervical com fratura (presumivelmente com fratura) no membro superior direito. Segue consciente, agitado, pálido e em choque.</i></p>					
Densidade de Piauí CEP: 64.002-470		Socorristas Médico AE/TE <i>Dr. da Cunha</i>		Enfermeiro Condutor <i>Terezinha Bezerra</i>	
Responsável pela recepção					



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

NOME DO PACIENTE:

José Alves de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

416627

**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".



ERTO

Imp: 31/05/2018 10:48:00

(User: DEUSELENA)

(Estação: ACCR01)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA		Prontuário: 416627
Mãe: MARIA ESTER ALVES DE SOUSA PEREIRA	Pai: VALTO ALVES PEREIRA	
End.Resid.: RUA SATELITE 1325 LOT PARQUE DOS SONHOS - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 08/12/1970	Idade: 47a:5m:23d	Sexo: Masculino Fone: 86 99114-4445
Responsável: NAYARA	CNS: 707401022383270	DEPARTAMENTOS DE SINIS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICA
Profissão: CARPINTERO	Documento: CPF: 875.492.393-04	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Comcubinato	
End.Local.: - - -	27 NOV 2018	

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 667512	Data: 31/05/2018 10:43:28	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U B Centro-Norte CEP: 64.000-470 Teresina-PI
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundario: V299

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Dor moderada	CIRURGIÃO GERAL	Amarelo
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
RELATO DE QUEDA DE MOTO HOJE, USAVA CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. COM TRAUMA EM MSE E MIE. REFERE DOR LOCAL. ECG= 15 NEGA ALÉRGIAS.		DEUSELENA SILVA FORTES COPA 156106 Em: 31/05/2018 10:47:59	

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Paciente vítima de acidente de motocicleta às 10:00hs, levado pelo SAMU, consciente, orientado, hidratado estável hemodinamicamente sem colar cervical e respirando espontaneamente. Estava usando capacete na hora do acidente, nega dor, edema, vômitos, amnésia e não apresenta sinais de alerta para TCE. Dor e formig na mão e antebraço esquerdo e para tornozelo, joelho e pé esquerdos. Apresenta escoriações em outro esquerdo.

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

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado Raio-X de antebraço (E), joelho (E), tornozelo (E) e pé (E).  
 Realizada sutura em pé esquerdo.

RAIO-X REALIZADO	
DATA: 31/05/2018	
TÉCNICO:	

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / / .	HORA: : .	Procedimento: 0428026431	CID: 5522
-------------	-----------	--------------------------	-----------

Nayara Neiva Cardoso Pereira

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Adervaldo Andrade  
 CRM-PI 10011  
 Assinatura - Profissional Médico

ACEITEZ  
 ROBERTO REIS  
 Medicina e Traumatologia  
 CRM-PI 3551

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SPRA

HOME José Alves da Serra Pereira

**IDADE**      **anos**

DATA 01/03/2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 50 min

**TIPO D**

TIPO DE ANESTESIA:  GERAL  RAQUE  BLOQUEIO  PERIDURAL  SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Radic / vino

CIRURGIÃO

10  
1990 Xavier Rombert  
Entomologist  
COAEN 10/18/75

( ) BUNDA VESICAI ( ) DREN

**ANEXO DE ENFERMAGEM:**  
37:50 Admitido no SESPJ em POF de prof. radic e ilhas. Convite, orientado. Expresso em AA. HV priva.

Ent- kling

484075

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

ALTA SRPA

~~Caio de Mello Sales  
Médico  
CRM-PI 4401~~

HORARIO

## **ANESTESIOLOGISTA**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]

POSTO: [ ] [ ] [ ] [ ] EMERGÉNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 14 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] MORT [ ] INFEL [ ] CIR [ ] MÉD

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
<i>Diego Alves de Souza Pereira</i>		232	604		
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
<i>Natureza da lesão óssea distal E</i>					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 31/10/18	HORA:				
1 - Doença geral <b>Norte</b> Devolto Prof. L.S. Gonçalves 2 - ST 0,9% F00P 3 - Diurético 01 c/et 4 - Furosemida 20mg 2x ALERG 12h 5 - Paracetamol 500g + ADF 8/8h 6 - Plastil 01 c/et p/ ALEV 8/8h 7 - CEGG 4 c/et qd					
<b>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</b> DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 NOV 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-P.					
<i>Boa</i> <small>Ribeirão Preto Reumatologista Ortopedia e Traumatologia Clínica Compl 3550000000</small>					
<i>Clínico Anesthesia com Dr. Flávio</i>					
<i>Dr. Flávio</i> → 05 →					

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 98446

AIH: 2218100317235

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
707401022383270	JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA		08/12/1970	M	416627
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	8688034562	MARIA ESTER ALVES DE SOUSA PEREIRA	NAYARA		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
			1325		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF		
ANGELIM	PQ DOS SONHOS	TERESINA	PI		

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

TRAUMA EM ULNA DISTAL APOS ACIDENTE DE MOTO

**CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

AS CIMA

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**

RX

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL**  
S522 - FRATURA DA DIAFISE DO CUBITO (ULNA)

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**CÓD/DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RÁDIO DA ULNA

**LEITO/CLÍNICA**

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)



**CARÁTER**

URGÊNCIA

**DATA SOLICITAÇÃO**

31/05/2018

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

CPF: 83823077368

**DATA ADMISSÃO**

31/05/2018 10:43

**DATA ALTA**

02/06/2018 10:00

**MOTIVO ALTA**

MELHORADO

**CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)**

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

**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

ERICA PATRICIA CHAVES  
CPF: 89671341349

CRM:

DATA ANALISE: 31/05/2018 12:41:45

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**



Fundação Municipal de Saúde

MÉDICO/CRM:

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO**



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente	José Alves de Souza Pereira		
Diagnóstico pré-operatório	Fractura exp. Osteomínia		
Operação - Tipo			
Cirurgião			
2º Assistente	Br. Flávio Maciel R. de S. Carvalho CRM-PI: 3102	1º Assistente	<u>H</u>
Instrumentador(a)	Edina	Anestesista	nilson
Anestésico(a)	Geral + Bloqueio		
Data da Operação	01/06/2018	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista	<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 NOV 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>		
Acidente Durante a Operação			

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Abertura Abdome, exp. órgãos, adutoras  
cava, juncional dorsal, fios 4-0 e 2-0  
e sutura e enxertos. Retirada  
de fístula

Br. Flávio Maciel R. de S. Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI: 3102

## FOLHA DE ANESTESIA



DEPARTAMENTOS DE SINIS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICA  
27 NOV 2018

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

UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE <i>José Alves de Sá e Ferreira</i>				
DATA <i>01/06/18</i>	P. ARTERIAL <i>150+90</i>	PULSO <i>91/2</i>	RESPIRAÇÃO <i>26</i>	TEMPERATURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS
EXAMES DE URINA				GLICEMIA
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				DOS. URÉIA
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Respiratória</i>				ELETROCARDIOGRAMA
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA
SISTEMA DIGESTIVO	SISTEMA URINÁRIO			BRONQUITE
ESTADO MENTAL	CORTICOIDES			ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <i>Fractura ulna e ety</i>				OUTROS
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	<i>16:10 17:00 17:25</i>		APLICADO AS	EFEITOS
			TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3	<i>5 litros</i>		<i>1) Anestesia 2) AVP 3) monitormedical 4) Xibcza - Gas 5) Entubagem - 6) ketamina - 15m 7) Pwz - 100% 8) 2100% - Et - 9) Serosa - 20% 10) Cephalin - A</i>
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	<i>[graffiti]</i>		
TEMPERATURA T	<i>Spur 260 240</i>	94%	98%	99%
P. ARTERIAL V O	<i>200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10</i>			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO				
RESPIRAÇÃO O				
SÍMBOLOS				DURAÇÃO
TÉCNICAS	<i>Blouquet flexo brachial + gema</i>			INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES	<i>Tmf. Cirurgia fratura ulna e</i>			
CIRURGIÕES	<i>Fluxo</i>			
ANESTESISTAS	<i>Nilson</i>			
				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS
				<i>MdL</i>
PARTICULARIDADES				

## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	

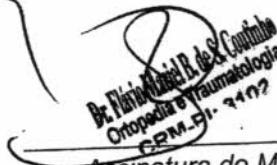
HOSPITAL: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
 PACIENTE: José Aluísio de Souza Pereira Nº AIH: \_\_\_\_\_  
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_  
 MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

*Fred Aluísio Sistop -  
 Neurônico híbrido cor  
 2/0 F 2.0 NIC*



*Assinatura do Médico Solicitante*



DATA:

### AUDITOR

*[Large signature]*

DATA:

*Assinatura do Médico Solicitante*



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
EÂNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MEL, CA

OSÉ AVES DE SOI SA PEREIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

/ Dr.Paulo H. L. Pessoa Filho

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO



**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



Fundação Municipal de Saúde

NOME DO PACIENTE DIAGNÓSTICO APICAL E COMORBIDADES	PRONTUÁRIO DIA/ANO / HORA:	D. NASCIMENTO ALÉRGIAS	CLÍNICA 232	ENF. ou APT. EX-4	LEITO
			MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE		
<b>Joé Alves da Silva Peníncio</b>					
<b>P.O.T</b>		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
PREScrição MÉDICA			25/13 Pet retornou da S&A, em pét de estes sintese de ulna e pet orientado, fissura eliminações ④ no P.O.		
DATA: 01/06 / 18			AVP em MSB, fo com curar two oclives folhas de 106		
<p>1-Dietas leves</p> <p>2-Sup 031. 1000 ml</p> <p>3-Keflin 40 + 10 Cet 616L</p> <p>4-Digoxina 3,0ml</p> <p>5-Fitoterápico</p> <p>6-Acneprazol 50 mg ⑩</p> <p>7-Cet 66 + 5ml</p>					

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64002-470  
Teresina-PI

MÉDICO/CRM:



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA** (Prontuário: 416627)

Endereço: RUA SATELITE 1325 LOT PARQUE DOS SONHOS - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 08/12/1970 Idade: 47a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 667512

Requisição: 842687 Solicitação: 31/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1041924 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 31/05/2018

### TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatorio.
- Fraturas alinhadas, com fixação metálica, no maléolo medial da tibia e fibula distal.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles do tornozelo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 11/06/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Assinatura de Irandi Silva



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA** (Prontuário: **416627**)  
 Endereço: RUA SATELITE 1325 LOT PARQUE DOS SONHOS - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 08/12/1970 Idade: 47a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 667512  
 Requisição: 842688 Solicitação: 31/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 1041925 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 31/05/2018

### PE OU PODODACTILO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 11/06/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



DE URGENCIA  
DE TRESNA

**NOME DO PACIENTE**

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**DATA:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_

MÉDICO/CRM:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
<b>27 NOV 2018</b>
<b>INTERSEGURADORA S.A.</b>
Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Mod: 007

Paciente: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA  
Sexo: MASC  
Convênio: SOLUMEDI  
Solicitante: Dr. SEM SOLICITAÇAO  
Idade: 47 anos  
Código: 143608.03  
Data: 24/08/2018 12:35:00

### RX DO PUNHO ESQUERDO

#### RELATÓRIO:

O estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em ap/oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fraturas com desalinhamento ósseo no terço posterior do escafóide, na epífise distal do rádio e metáfise distal da ulna.

Estreitamento espaço articular radiocarpal, com irregularidades ósseas subcondrais.

Aumento de partes moles adjacente à fratura na metáfise distal da ulna.

Demais tecidos com densidade partes moles alterações detectáveis no presente estudo.

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fraturas com desalinhamento ósseo no terço posterior do escafóide, na epífise distal do rádio e metáfise distal da ulna.

Sinais de osteoartrite degenerativa pós-traumática radiocarpal.

Aumento de partes moles adjacente à fratura na metáfise distal da ulna.



DR. PEDRO AUGUSTO PEDREIRA MARTINS JÚNIOR  
CRM/2854



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

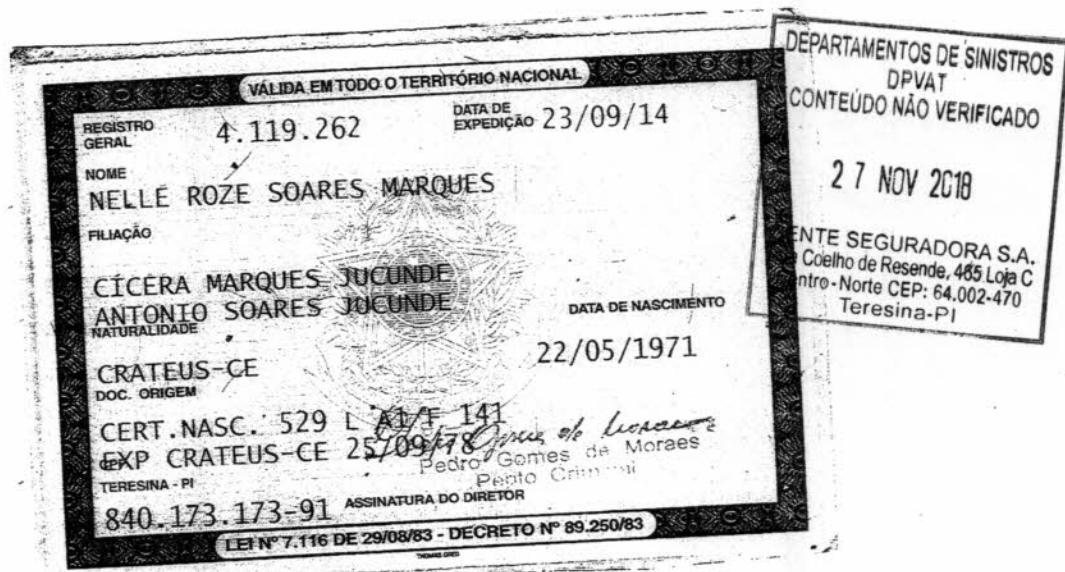
VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.116.398	DATA DE EXPEDIÇÃO	13/11/18	
NOME JOSÉ ALVES DE SOUSA PEREIRA				
FILIAÇÃO MARIA ESTER ALVES DE SOUSA PEREIRA				
VALTO ALVES PEREIRA				
NATURALIDADE	CAMPOMAIOR-PI	DATA DE NASCIMENTO		08/12/1970
DOC. ORIGEM/	CERT. NASC. 13574 L 12A F 131			
CPF	EXP TERESINA-PI 27/10/83 875.492.393-04			
Assinatura do Diretor				
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MÍNISTÉRIO DAS CIDADES**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

TERMINAL DE INSCRIÇÃO DE VEHÍCULOS

DETRAN-PI

2018

EXERCÍCIO

2018

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180557740      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA      **Data do acidente:** 31/05/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA URNA À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE DEFORMIDADE COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10°) E PRONO-SUPINAÇÃO(30°) DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Ismar Aguiar Marques Filho

**CRM do médico:** 3165

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### **OUTORGANTE:**

Nome: José Alves de Sousa Pereira

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 1.116 398

CPF: 875.492.393 - 04

Profissão:  carpinteiro

Endereço: Rua Satélite 1325 parq dos Sonhos Angelim

CEP: 64.034 385

Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565



27 NOV 2018

### **OUTORGADO:**

Nome: Nelle Boze Soares Marques

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4.119.262

CPF: 840.173.173-91

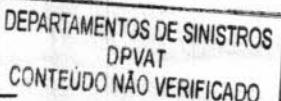
Profissão: Recurso - me

Endereço: Rua 24 de Janeiro 500 centro norte

CEP: 64.000-235

Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565

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



27 NOV 2018



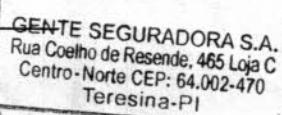
Teresina - Piauí 24/07/18.

Local e data

José Alves de Souza Pereira

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS

Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelião  
Rua Barroso, 91/Sul - Centro  
Teresina-PI

Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

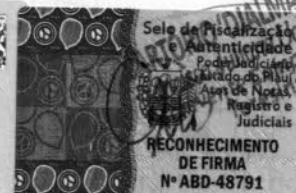
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE ALVES DE SOUSA

PEREIRA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.

TERESINA-PI, 24/07/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Sel: 0,26 Total: 4,71

Selo: ABD.48791 (F240P275)

Francisca Juliana Uchoa Santos - Escrevente



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428559/18

**Vítima:** JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

**CPF:** 875.492.393-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/05/2018

**Titular do CPF:** JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA : 875.492.393-04

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2018  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

**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.**

Número do Sinistro: **3180557740**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Satélite, 1325 - Angelim - Teresina - PI - CEP 64034-385**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **1116398**

Data e local do acidente: [ **31/05/2018** ]

**AV HENRY WALL DE CARVALHO ANGELIM TERESINA PI**

Data e local do exame: [ **06/12/2018** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DISTAL DA ULNA À ESQUERDA.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE DEFORMIDADE COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10°) E PRONO-SUPINAÇÃO(30°) DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [   ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [   ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Limitação funcional do punho esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo 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

( ) "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Punho esquerdo**

% 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

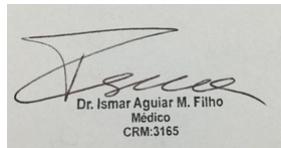
Região Corporal (Sequela):

% 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

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho  
Médico  
CRM:3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI