



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 254849.000031/2019-25

Unidade de Registro: 5º DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Sara Uchoa Barros

Data/Hora: 23/05/2019 - 11:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE JATOBÁ DO PIAUÍ

24/02/2019 - 03:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

JATOBÁ DO PIAUÍ

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

PI-QUE LIGA CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI A CIDADE DE JATOBÁ DO PIAUÍ, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO BAR DO JOSÉ ANANIAS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ RODRIGUES GOMES

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG: 2897781 PI

Mãe: MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES

Pai: JOSÉ WILSON GOMES

Endereço: CON.RES.LILA,RUA JÚLIA SANTIAGO DE MATOS, Nº 02

Bairro: CIDADE NOVA

Cidade: CAMPO MAIOR

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Reavaliar: Cor:

1 - HONDA CG 125 FAN KS

2010 NIP6919 9C2JC4110AR570103

00190541180 Preta

Condutor: JOSÉ RODRIGUES GOMES

RG: 2897781 Órgão: UF RG: PI

End: CON.RES.LILA,RUA JÚLIA SANTIAGO DE MATOS Número: 02 Complemento:

Cidade: CAMPO MAIOR UF: PI Bairro: CIDADE NOVA

Proprietário: JOSÉ WILSON GOMES

Cidade: CAMPO MAIOR UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu neste DP, para noticiar que em data, hora e local acima conduzia a motocicleta supracitado com sentido a sua residência, quando colidiu com um animal (porco), perdendo o controle da moto, vindo a cair sendo socorrido pela Equipe do SAMU sendo encaminhado para o HRCM, sendo assistido pelo médico plantonista Dr.ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA,CRM-PI 2140,devido a gravidade da lesão foi transferido para o HUT,que após exames constatou fraturas faciais do arco zigomático(E) e Maxilar(E),precisando ficar internado para tratamento cirúrgico das lesões e um corte profundo abalho do olho(E). Era o registro.

Sara Uchoa Barros - Mat. 039914X
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

José Rodrigues Gomes
JOSÉ RODRIGUES GOMES - Noticiante
Responsável pela Informação

Bel. Pedro Alves da Silva Filho
APC - 1º Classe
Mat. 108426-7



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

660 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 254849.000031/2019-25

Delegado de Polícia


Dilson da Silva Filho
APC - 1ª Classe
Mat. 108426-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do alíbrio da ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

036.833.363-65 José Francisco Gomes

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

Nome completo:

José Francisco Gomes

CPF:
036.833.363-65

Profissão:

ENCAR. DE SERV. GERAIS

Endereço:

Rua: Juá Santiago de Matos R/F Q-06

Número:

02

Complemento:

Bairro:

RESID. LTIA

Cidade:

CAMPOMAIOR

Estado:

PR

CEP:

84.380-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA: 0616

CONTA: 00035779

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 **assinei uma das opções:**

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, 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.

21 MAI 2019
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

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 da 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: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos: Vítima nasceu (na hora nasc.)? 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.

Local e Data: Campo Maior/MA 24.05.2019
Nome: _____
CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina o RG

José Rodrigues Gomes
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

036.833.363-65 José Rodrigues Gomes

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

Nome completo:	CPF:		
José Rodrigues Gomes	036.833.363-65		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
ENC. DE SERVIÇO GERAIS	Rua JUÍZA SANTIAGO de MATOS R. FQ-06	02	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
RESID. LJA	Campo-Maior	PB	67.280-000
E-mail:	Tel.(DDD):		

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 OPCIÃO 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: 0616 CONTA: 85779
(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 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):

- 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 discordar 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 testamento (não 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.

Local e Data: Campo-Maior-PB 29.05.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Rodrigues da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS **PJ CORRETORA DE SEGUROS**

1º | Nome: _____ CPF: _____

29 Mai 2019

2º | Nome: _____ CPF: _____

DPVAT

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, 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 03 24100119	02 Data do chamado 03 24/06/12	03 PRO (código)	04 Saída do PA 3:59	05 Chegada ao local 4:45
Local da Ocorrência	06 Saída do local 4135	07 Chegada ao 1º hospital 4:57	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço zona Rural	11 Bairro C. Maia	12 Município-UF C. Maia	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Bar do Zé Nancio.				
	14 Nome José Rodrigues Gomes	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado			
	16 Idade 1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcóolica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	CORRETORES DE SEGUROS 21 MAI 2012	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01-Accidente de transporte 02-Agressão física-esparrancamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica	06-Tentativa de suicídio 07-Envenenamento 08-Afogamento 09-Quimadura 10-Choque elétrico	11-Queda 12-Urgência clínica 13-Urgência obstétrica 14-Transferência 15-Exames complementares	16-Outros 17-Já removido 18-Falso chamado	21 MAI 2012
Acidente de Transporte	19 Vítima 1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 9-Ignorado	20 Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 14	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flaxão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp. PA 130x90 TAX. Sat 95	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	29 Dor 	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 type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Suspeito <input type="checkbox"/>			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxiênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemias 106 Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino	<input type="checkbox"/> Não Removido			
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim 2-Não		
Observações Interdisciplinar	<p><i>Pit-pat queimado na saída colidiu contra a parede e apresentava hemorragia pelo corpo + corte sangrante em face + nariz + olho de cílios + membro agitado não dava calor, o membro não deixava a compressão e soltava sangue. O membro não respondia medicamentosa.</i></p>				
	Socorristas Médico AE/TE Edilson	Enfermeiro Condutor Fredson			
Responsável pela recepção					

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: 07/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RODRIGUES GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 00000085779-4

Nr. da Autenticação E31E51A45F2B7AF9



Nº da Conta: 0311575588
 Mês de referência: 03/2019
 Período: 11/02/2019 a 10/03/2019
 Data de emissão: 13/03/2019

ANTONIO ARAUJO DA SILVA
 AV NILO DE SOUSA OLIVEIRA, 1417
 FRIPISA
 64280-000 CAMPO MAIOR - PI

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
 *8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco
 Telefônica Brasil S.A.
 Av. Joquei Clube, 298 - Condomínio Eurobusiness
 Cobertura - Sala 03
 CEP 64049-240 - Joquei Terezina - PI
 I.E.: 19450094-2
 CNPJ Matriz: 02.668.167/0001-62
 CNPJ Fiel: 02.668.167/0007-58

Vencimento
 26/03/2019

Total a Pagar - R\$
102,13

Aguarde informações referentes ao Vivo
 Valoriza

Seus Números Vivo
86-98157-4399

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Número Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVO CTRL DIGITAL_4,5GB ILIMITADA	1	1	64,99	-	-	64,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL BI	1	1	0,00	-	-	0,00
Subtotal						
Outros Lançamentos						
Encargos Financeiros						4,25
Serviços de Terceiros						32,89
Subtotal						37,14
TOTAL A PAGAR						
						102,13



MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em vivo.com.br/app e navegue sem consumir seu pacote de dados

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Araújo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 914.187.903 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Rodrigues Gomes inscrito (a) no CPF sob o N° 036.833.163 / 65,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima José Rodrigues Gomes

inscrito (a) no CPF sob o N° 036.833.163 / 65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av: Nilo Olyven</u>	Número: <u>1417</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>TRIPISA</u>	Cidade: <u>Campo - MAIOR</u>	Estado: <u>RJ</u>
E-mail: _____	CEP: <u>26.380-000</u>	Tel.(DDD): <u>(61) 99413-4468</u>

Local e Data: Campo - Maior - RJ 24.05.2019

Antônio Araújo da Silva
Assinatura do Declarante

**FJ CORRETORA
DE SEGUROS**

27 MAI 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, José Wilson Gomes

RG nº 552.534, data de expedição 06/12/11

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 207.843.253-91

com domicílio na cidade de Campo-Maior, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Sula Santiago de Matos, R-F Q=06 Res. Lila, nº 02,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Rodrigues Gomes

José Rodrigues Gomes

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CB 125 FAN KS Ano: 2009/2010

Placa: NJP-6919 Chassi: 9C2S5E4110AR570103

Data do Acidente: 24/10/21/19

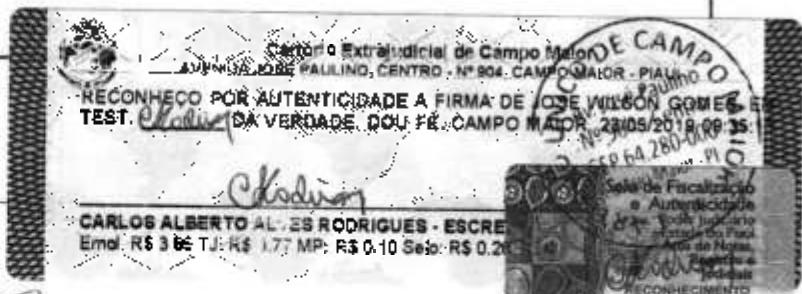
Local e Data:

Campo-Maior-PI

23.05.2019

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL

DE CAMPO MAIOR-PI

Carlos Alberto Alves Rodrigues

Escrivente

27 MAI 2018

DPVAT

Senha 6

JOSE RODRIGUES GOMES

Nasc.: 14/06/1988 Idade: 30 ANOS,8 MESES,10 Telefone : (86) 9900-0479 Civil: SOLTEIRO(A) CEP:64100-000
 End.:RESIDENCIAL LILA Q06 C, 2 - CASA Bairro: CIDADE NOVA Cidade: CAMPO MAIOR/PI
 IBGE: 2202208 Cor: PARDA Mãe: MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES Pai: JOSE WILSON GOMES

Clinica: **CLINICA MEDICA**

Documento: 2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

Responsavel: JOSE RODRIGUES GOMES - O MESMO

Temp.: °C

Peso:Kg

P.A.: 130x80

Procedimentos

24/02/2019 4:52 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

 Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Hipótese Diagnóstica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditário:

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Conduta:

Procedimentos/exames realizados:

DS:05 BE: 126mg/dl

PA: 130x80

HR:

SF: 98%

FC = 126

Ass. Técnico

pequeno paroxismo de sopro suscipe de fúmoras.

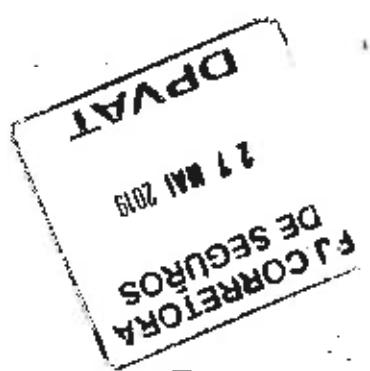
Dr. Antonio Carlos Bandeira e Silva
 Médico do Trabalho
 CRM 1160 - PI
 CPF 132.355.000-72

EDUCACIONAL
 INSTITUTO
 FEDERATIVO
 DO BRASIL



NOME DO PACIENTE: Ajel Rodrigues (m)

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 503753



SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

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

Joana Liseu Per les de Mesquida
May 1979

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

26/02/19
09:40

Imp: 24/02/2019 10:46:40
(User: ADONTRAN)
(Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> JOSE RODRIGUES GOMES		<u>Frontuário:</u> 503758
<u>Mae:</u> MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES		<u>Pai:</u>
<u>End. Resid.:</u> CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA - CAMPO MAIOR - PI - CEP: 64280-000		
<u>Nascimento:</u> 14/06/1988	<u>Idade:</u> 30a8m10d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99926-4060
<u>Responsável:</u> ANTONIO WILSON		<u>CNS:</u> 162250184500006
<u>Profissão:</u> ENCAREGADO		<u>Documento:</u> Reg.Nasc: nao informado
<u>G. Instrução:</u> Médio Incompleto		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End.Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 709280	<u>Entrada:</u> 24/02/2019 10:05:21	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060029
<u>Motivo da Procura</u> <u>Conforme Paciente/Acomp.:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Final/Sintoma de Apresentação:</u> QUEDAS	<u>Classificação:</u> Evento recente	<u>EXAME:</u> Abdomen e Ortop. exame	<u>COR:</u>
		DATA: 24/02/19	Verde

Breve História Clas. Risco:

VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISAO COM ANIMAL), DESORIENTADO, APARENTEMENTE ALCOOLIZADO.

Adm. e Ortop. exame
Tec. de Emerg.
CAT 1952

THAISE ALVES PINTO
COREN 312521
Em: 24/02/2019 10:13:25

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m² Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO , TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. ENCONTRA-SE COM SINAIS DE EMBRIAGEM. REFERE CEFALÉIA.

- A) VIAS AERÉAS PERTIVAS COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO:76.BPM ,SAT 02:98%
- C) RR, 2T, BNF, SS.
- D) GLASGOW 15 (ALCOOLIZADO) PUPILLAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE.
- E) ABDOME INOCENTE, PELE ESTAVEL.
- F) LESÃO COM CURATIVO OCLUSIVO EM REGIÃO FRONTAL E EM COURO CABELEUDO; MÃO DIREITA ENFAIXADA.

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Estabilização

DATA: ____ / ____ . HORA: ____ :

Assinatura Paciente ou Responsável

ADONTRAN DE MOURA
3745 - PI Em: 24/02/2019 10:46:39

Joana Lúcia Monteiro de Mesquita
Med. Est. 47390

S06.2 ...-n-4

J0:45
Paciente admitido na Sala de Estabilização, vítima de acidente motociclistico em compre.
AO exame: edema periorbitário e hematoma esquerdo, pupila direita fotorreflexa, esquerda não pode ser avaliada, Glasgow = $1 + 2 + 5 = 8$, hipotensão, PA = 110x60 Sat O₂ = 99%. FC = 120bpm.

Ed. Tc de crônicas, cervical, Tórax, abdome, pelve; Laboratório:
- Hematossustância
- VPM

Dra. Isabel Gonçalves
Médica
CRM-PI 5572

Cir Geral 29/02/19 11:30h

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

27 MAI 2019

DPVAT

Paciente vítima de postrânsito. Foi feita TC de tórax e abdome sem lesões de pulmão/torso/tórax/abdome com riscos intabdominais provadados.
Adicionei abdome, bônus de 500 ml de urina.
UD: lesão traumática de urina

Ata da cirurgia

Solicitar av. Uro.

Dra. Andressa M. Campelo
Médica
CRM-PI 7148

Joana Luisa Nogueira de Melo Quiló
Matrícula: 171390
Série: 1109
CONFERE COM UO



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

233648

280699

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	233648

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE RODRIGUES GOMES	6 - Prontuário: 503758
7-CNS: 162250184500006	8-Nascimento: 14/06/1988
9-Sexo: Masculino	
11-Mãe: MARIA VITÓRIA RODRIGUES GOMES	12-Fone: 86-99926-4050
13-Resp: ANTONIO WILSON	14-Cor: Parda
15-Ende: CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA - CEP: 64280-000	
Munic: CAMPO MAIOR	17-Cod.IBGE: 220220
	18-UF: PI
	19-CEP: 64280-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

VÍCTIMA VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, COLISÃO COM ANIMAL.
ENCONTRA-SE RESPONSIVO A ESTÍMULO DOLOROSO, EDEMA PERIORBITÁRIO A ESQUERDA, DÉBITO HEMATÚRICO EM SVD, PULSA DIREITA FOTORREAGENTE.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

27 MAI 2019

DPVAT

21 - Condições que justificam a internação:

AS ACIMA

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23-Diagnóstico Inicial: Traumatismo cerebral difuso	24-CID Brin: 5062	25-CID Sec.: 5062	26-CID C.ASS.: 5062
--	--------------------------	--------------------------	----------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0303040106	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE	Tempo SUS: 14
-----------------------------------	---	----------------------

29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ISABEL MISIA SEPULVEDA COMBIO BRITO	34-Data Solicitação: 24/02/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM): Dra ISABEL SEPULVEDA COMBIO CRM-PI 562
-------------	-------------------------------	----------------------	---------------------------------	---	--	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:	() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado
---------------------------------	---------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento: 0303040106	49-Num. Documento: 01	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho): DR. CARLOS ALVES MOURA LIMA CRM-PI 17528
--	----------------------	---------------------------------	------------------------------	---

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52-Data Assinatura:	53-Delegado: ISABEL
		Consulta Local: 709200 Consulta SUS: 24/02/2019 10:58:17 Impressão: 24/02/2019 10:58:17

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 180699 AIH: 2219100152929
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR	CNES 7369963
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828836

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
162250184500006	JOSE RODRIGUES GOMES	14/06/1988	M	503758
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
	86998107152		MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES	ANTONIO WILSON
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
	RESIDENCIAL LILA Q 06 C 2			00
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
CAMPOMAIOR		CAMPOMAIOR	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE TRAZIDO PARA ESTA UNIDADE PELO SAMU ALCOOLIZADO COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL (SUINO) HÁ 1 HORA, CONSCIENTE, ORIENTADO APRESENTANDO EDEMA, MULTIPHAS LESÕES COM PERDA DE SUBSTÂNCIA NA REGIÃO FRONTAL ESQUERDA, SINAL DE GUACHINN NO OLHO ESCURO DO LADO ESQUERDO E LÍNGUA SUPERIOR.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CONDIC.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL CID 10 SECUNDÁRIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S00-Z - TRAUMATISMO CEREBRAL DEFUSO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DE DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0306040106 - TRATAMENTO CLINICO DA DOENCA DE TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFALICO GRAVE

LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARTIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 24/02/2019	
DATA ADMISSÃO 24/02/2019 10:05	DATA ALTA 01/03/2019 11:35	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR RECUPERACAO
		LUCIANO TEODORO P DE ARAUJO VARANDA CPF: 77476050304 CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

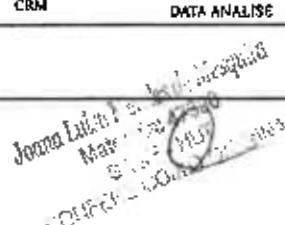
TIPO ACIDENTE **CNPJ SECURADORA** **Nº DO BILHETE** **SÉRIE CNPJ DA EMPRESA** **CNAE EMPRESA** **CBOR** **NATUREZA DA LESÃO**

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIANA RIBEIRO FERREIRA ROCHA CPF: 46261079513 CRM: 10000000000 DATA ANÁLISE: 24/02/2019 14:06:08	CPF _____ CRM _____ DATA ANÁLISE _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	José Rodrigues	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	Sala Vermelha	LEITO
À CLÍNICA	Neurologista	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente motociclistico com TEE, hematoma periorbitário à esquerda.

→ Solicita avaliação fato.

DATA: 24/02/19

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

Dra. Isabela Gómez
CRM-PI 2715672

PARECER

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

27 MAI 2019

DPVAT

Ac. Dracub HSA + CDO

co Envio p/ clínica
neurocr alto set-
vermelho.

Seu endereço

GRACIE

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

José Luis da Costa
CRM-PI 2715672



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	233984

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE RODRIGUES GOMES	6 - Frontuário: 503758
7-CNS: 162250184500006	8-Nascimento: 14/06/1968
9-Sexo: Masculino	10-Endereço: nao informado
11-Mae: MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES	12-Fone: 86-99926-4060
13-Resp: ANTONIO WILSON	14-Fone: 86-99926-4060
15-Ender: CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA - CEP: 64280-000	16-Munic: CAMPO MAIOR
17-Cod.IBGE: 220220	18-UF: PI
	19-CEP: 64280-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0404020526	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOSINTSE DE FRACTURA DO COMPLEXO ÓBITO-EIGOMÁTICO-MAXILAR	
31-Cod.Procedimento Especial 0702050482	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Solicidada: 2
Fornecedor da OPM: BIOSINTSE		
38-Profissional Responsável: MARCIA SOCORRO DA COSTA BOREA	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM) <i>Marcia Socorro da Costa Borea 01/03/2019</i>
39-Data Solicitação: 01/03/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 327.942.073-34	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Ptk com fratura do complexo OZM e necessita de fixação interna para obter estabilidade óssea

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'N/A' autorização:		
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Pofissional/parecer controla de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	<i>01/03/2019</i>	<i>5828856</i>
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
<i>JANTONIO EURIVANI</i>		

José Luiz Matos



BIOSÍNTESIS

Comércio e Importação de Material Médico Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Áerea Leão, 598 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.586/0001-90
biosintese@biosinteseplma.com.br

FINAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place - Caiçara
CEP 65.071-380 - Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Ins. Est. 12.310.278-6
CNPJ 03.512.966/0002-71
biocellense.mkt@biocellense.com.br

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUF

CX-0051-1

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Name Victoria

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material(is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 01/03/9

DATA DA ALTA / /

PACIENTE - Nome: José Rodrigues Gomes

Nº A.I.H.: 233984

Nº do Prontuário: 503158

Procedimento Médico Realizado:

Indicador de Compatibilidade:

'CO RESPONSÁVEL - Nome: Ira : Márcia

0526
Márcia Soárez C. Bento
Cruzado - Monetário
04/13/2019 15:21:31
CRM N°

CRM N°

CONFIDENTIAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis N° _____
 Proc. N° _____
 Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 01/03/19

NOME DO PACIENTE:	<i>Yuri Rodrigues Gomes</i>	PRONTUÁRIO N°:	503758
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<i>Geral</i>	Nº DA SALA:	08
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Mariz</i>	CPF N°:	
AUXILIAR:	<i>Dr. Amparo</i>	CPF N°:	
ANESTESISTA:	<i>Dr. Marcelo</i>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:		CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO			
AGULHA 25x8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI N° 5	UNID.	01				
AGULHA 30x8	UNID.	—		LUVA N° 6.5	PAR	04				
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA N° 7.0	PAR	02				
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10				
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVP DE GERMANTE	ML	200				
ALGODÃO	BOLA	03		PVP TÓPICO	ML	100				
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVP TINTURA	ML	—				
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	04				
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03				
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02				
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—				
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03				
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL N° 10	UNID.	01				
JELCO N° 42	UNID.	02		Bisturi n° 11	01	—				
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:	<i>Bisturi n° 24 01 Brovans 04 Extodis 05 Cupro m 02 Sonda uretral n° 16</i>					
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.										
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.										
CAT.GUT.CROMADO C/AG.										
CAT.GUT.CROMADO S/AG.										
ALCOFIL										
MONONYLON 2.0	1									
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: C.C						
VICRYL 3	1			CIRCULANTE: <i>Boyanwa</i>						
PROLENE										

Nylon 5.0 10

*José Luís Ferreira
Marcelo
2019-03-01*



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente José Rodrigues Gonçalves			
Diagnóstico pré-operatório Fratura do complexo OZM(+) .			
Operação - Tipo Osteossíntese fratura do complexo OZM			
Cirurgião Amílcar CRM-PI 803 / CFP-239.978.933-49	1º Assistente Marcia		
2º Assistente CRM-PI 803 / CFP-239.978.933-49	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação 01.03.19	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório O mesmo acima			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
antissupina, apesar dos campos operatórios infiltrados com lidocaína a 2% em regra auxiliadas e fundo de alco volátil marcel(+), incisão subcutânea, divulsão dos planos, visualizado da fratura em margem latero radial e inferior da orbita, incisão fundo do alco volátil superior, descobrimento do ketolito, redução da fratura e fixada com 2 mini placas e 8 parafusos de 1.5 mm, drenagem e sutura.			
CRM-PI 803 / CFP-239.978.933-49		Marcia Accioly C. Braga CRM-PI 803 / CFP-239.978.933-49	

SUMÁRIO DE ALTA



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

Prontuário:

503758

Internação:

233984

Nome: JOSE RODRIGUES GOMES

End. Resid.: CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA

Cidade: CAMPO MAIOR - PI

CEP: 64280-000

Sexo: Masculino	Nascimento: 14/06/1988	Idade: 30a8m17d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: ENCARREGADO
--------------------	---------------------------	--------------------	----------------------------	---------------------------

Internação

Alta

Permanência

Data 01/03/2019	Hora 10:30	Data 03/03/19	Hora 08:00
--------------------	---------------	------------------	---------------

Diagnósticos: Frat COZM, OPN, FRONTAL

Cod.CID:

CID Principal: SC24

CID Secundário:

CID Causa Mortis:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Esgarrado em face e coluna e
agunzhe perif. far.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

B6,

MEDICAÇÕES:

Tico

Analgésico, antiinflamatório, fraco e

CIRURGIA: Data: 01/03/19 Tipo:

Explorat. prof. COZM

PLANEJAMENTO DO ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

acompanhamento ambulatorial

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

27 MAI 2019

DPVAT

Tipo de Alta: () Curado () Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: Transporte:

Nome:

Dr. José Carlos O. Gomes Filho
CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL
AMBULATÓRIO

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

João Luís M. V. da Silva
Médico
CONFIRMADO



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: <u>José Rodrigues Gomes</u>	Sexo: <u>08</u>	Alergia: <u>Nega</u>	Data: <u>09/03/19</u>
Procedimento: <u>Osteomíctese de fratura face</u>	Cirurgião: <u>MARCEA</u>	Observações:	

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 PROAFOL	120 mg												
2 FENTANIL	200 µg												
3 ATRACURIO	35 mg												
4 CLONIDINA	7,5 µg												
5 CEFAZOLINA	2 g												
6 RANITIDINA	500 mg												
7 DIPIRONA	2 g												
8 DECADRON	40 mg												
9 CETOCONFENO	100 mg												
10 MAUSERON	4 mg (SEM EFEITO)												
11 BROMOPRIDA	10 mg												
12 MORFINA	4 mg												
13													

Oxigênio
~~Arterial~~

Vótil SEOFLURANO 2%

Acesso Vascular
 Periférico PRÉVIO MSD
 Cat. Venoso nº 6
 Dificuldade aces. venosa
 Gastos caleteres
 Central _____

Via Aérea
 Cateter nasal
 IOT nº 7,5
 LMA nº _____

Monitorização:
 Cardióscopia
 PANI
 Oxímetro de pulso
 ETCO₂
 Outros

Anestesia:
 Geral Venosa
 Geral Balanceada
 Raqui-anestesia
 Peridural
 Bloqueio Periférico
 Outros

Decúbito: Prone

RE	RC	RC	RC	RC	RE + RE	RE	RE
SPO ₂ (%)	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%
ETCO ₂ (mmHg)	36	34	36	35	36	36	36

Aces. Venoso SF RI SF
 Aces. Venoso SF RI SF

Dilatação _____
 Pêndas Sanguíneas _____

Joana Luisa N. V. W. M. 2019
Med. 2019

LONG

Descrição da Anestesia: Monitorização + revisão de ventilação. Pr - oxigenação. Indução venosa + IOT (TOT 7,5 clump) / MV em sistema circular com absorvedor de CO₂ e filtro bacteriológico. Extubação exclusiva no fim da anestesia. A SRPA acordado, estéril, sem queixas.

Dr. Antônio G. Oliveira
 Anestesiologista
 CRM: 1646

Dr. Antônio G. Oliveira
 Anestesiologista
 CRM: 1646

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	Jone Rodrigues Gómino	IDADE	30	anos	DATA	01/03/2019	
HORÁRIO DE ADMISSÃO	11hs 35 min	TIPO DE ANESTESIA	<input checked="" type="checkbox"/> GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUE	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO	<input type="checkbox"/> PERIDURAL	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA	Fel. C02m @+	CIRURGIÃO					
SINAIS VITais		HORÁRIO					
		ADMISSÃO					SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	114/59				118x56		
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	77				73		
SATURAÇÃO DE O2 (%)	99%				98%		
TEMPERATURA AXILAR (0°C)							
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)							
NOME/ MATRÍCULA	Solte						

		ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO			SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lucido e orientado no tempo e espaço	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Desperga, se solicitado	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL		09		
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.		NP Anestesiologista Colégio P. 2000 Ass. 2017-08		

SONDA VÉTERAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOGI () NASOÉ
10 ml	hs	ml	hs	ml	hs ml
20 ml	hs	ml	hs	ml	hs ml

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

34:35 pôs-mitido na SRPA em POF tho cumprida para extubação em C02m @+ Submetido a aspiração com 99% de succ. PJ CORRETORACG DESEGUROS

27 MAI 2019

Jornal Líder
S. Paulo
PPVAT

PREScrição MÉDICA		ALTA SRPA	j) 110
		HORÁRIO	A NRGTE: 10
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRAFICOS []		ANESTESIOLOGISTA	
POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉDI		Assinatura	

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 189846 AIH: 2219100201967		
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO				
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO				
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR		CNES 7569963		
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		CNES 5828856		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE 16225018450006	NASCIMENTO 14/06/1966	SEXO M	PRONTUÁRIO 503758
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 86998107152	NOME DA MÃE MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES	RESPONSÁVEL ANTONIO WILSON	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO RESIDENCIAL LILA Q 06 C 2		NUMERO / LOTE 60	
BAIRRO CIDADE NOVA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO CAMPO MAIOR	UF PI	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. POLITRAUMATIZADO COM TCE + GLASGOW 8 + EDEMA PERIORBITÁRIO + FRATURA NOS OSSOS DA FACE				
CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACIMA				
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) EXAME FÍSICO, TOMOGRAFIA DE ABDÔME, TORAX E CRANIO.				
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES		CID 10 SECUNDÁRIO		CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
CÓD/ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0404020526 - OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMÁTICO MAXILAR				
LEITO/CLÍNICA NEUROCIURGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))		
CARÁTER URGÊNCIA		DATA SOLICITAÇÃO 01/03/2019	MARCIA SOCCORRO DA COSTA BORBA CPF: 32794207334 CRM:	
DATA ADMISSÃO 01/03/2019 11:35		DATA ALTA 03/03/2019 19:35	MOTIVO ALTA MELHORADO	
CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)				
TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CDEP NATUREZA DA LESÃO				
AUTORIZAÇÃO				
JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO				
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))		NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVIAÇÃO / AUDITORIA		
FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA CPF: 20171471334 CRM:		DATA ANÁLISE: 25/03/2019 11:58:34 CRM: DATA ANÁLISE		

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

John Liden
Mar 12 1942



REQUISIÇÃO DE PARECER

216/154

NOME	José Rodrigues Gomes	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	BUCO	LEITO
À CLÍNICA	Urologista	

MOTIVO DA CONSULTA

Avalier a cistostoma

*Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião-Bucal-Maxilo-facial
CRM-PI 178*

DATA: D2 103,1G

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARFCER

PARECER Paciente vítima de trauma de sondagem há 10 dias. Está com cistostomia e tem fúrcula evoluta pela uretra.

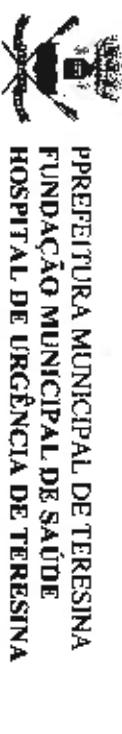
- CD: De fecho cistostomia, como terho curvas
via vertical retirei sonda e fazer curativo.
② como não vou obter coletor e
alta com Sonda.
③ Deixo encamisamento sublatacio

DATA: 0303, 19

*Joaquim Dantas
Mário Covas
CONSELHO*

~~Mr. Freeman CANTO
LIBRARY
CEM - 2614~~

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

CORRETORA
E SEGUROS

27 MAY 2019

~~DPVAT~~



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1020 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RODRIGUES GOMES** (Prontuário: 803756)

Endereço: CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000

Nascimento: 14/06/1988 Idade: 30a8m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 233648

Requisição: 925269 Solicitação: 24/02/2019 Solicitante: ISABEL MISIA SEPULVEDA COELHO BRITO

Controle: 1160815 Convênio: SUS CENTRO CIRÚRGICO CENTRO LERTE 06

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/02/2019

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:

- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE EM REGIÃO PARIETAL ESQUERDA, JUNTO A ALTA CONVEXIDADE.
- DISCRETO PNEUMOENCÉFALO FRONTAL ESQUERDO.
- FRATURAS FRONTAL, ORBITÁRIA, SEIO MAXILAR E ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA, SEM DESALINHAMENTO ÓSSEO IMPORTANTE.
- FOCO DE FRATURA NA PIRÂMIDE NASAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 24/02/2019

JÓRIO NEIVA DE MOURA SANTOS

CPF: 867.604.833-91 4146

Profissional Responsável



João
Mat
2019
HUT



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RODRIGUES GOMES** (Prontuário: 503758)

Endereço: CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000

Nascimento: 14/06/1968 Idade: 30a8m12d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 233648

Requisição: 926010 Solicitação: 26/02/2019 Solicitante: ISABEL MISIA SEPULVEDA COELHO BRITO

Controle: 1162109 Convênio: S U S Centro Cirúrgico Centro Leito 06

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/02/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE À ESQUERDA.
- DIMINUTA CONTUSÃO ENCEFÁLICA HIPODENSA EM BASE DO LOBO FRONTAL ESQUERDO.
- HIPERDENSIDADE EM FOICE CEREBRAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 26/02/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

21 MAI 2019

DPVAT

Juana Estrela Pimentel Matos
Médico de Família



HÓSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3219 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	JOSE RODRIGUES GOMES (Prontuário: 503758)		
Endereço:	CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000		
Nascimento:	14/06/1968	Idade: 30a8m14d	Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 233648
Requisição:	926258	Solicitação: 27/02/2019	Solicitante: ISABEL MISIA SEPULVEDA COELHO BRITO
Controle:	1162608	Convênio: S U S	CENTRO CIRÚRGICO CENTRO LEITO 05

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 27/02/2019

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS FACIAIS ASSIM LOCALIZADAS:

- *PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DO SEIO FRONTAL ESQUERDO;
- *PAREDES DA ÓRBITA ESQUERDA;
- *LÂMINA PAPIRÁCEA ESQUERDA;
- *ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

- HEMOSINUS EM CÉLULAS ETMOÍDAIS, SEIOS ESFENOÏDAIS, FRONTAIS E MAXILARES.

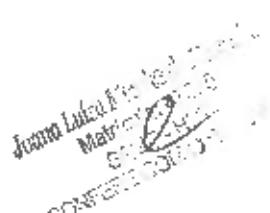
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 28/02/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

REPROVADO

José Rodrigues Gomes

ADMINISTRAÇÃO DO PIAUÍ

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Nascimentero
14/06/1988

JOSÉ RODRIGUES GOMES
Nome

036.833.163-65
Número



CONPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF
Receita Federal
Ministério da Fazenda

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.897.781

DATA DE
EXPEDIÇÃO

20/07/06

NOME: JOSÉ RODRIGUES GOMES

SEXO:

MARIA VITÓRIA RODRIGUES GOMES
JOSE WILSON GOMES

NATURALIDADE:

DATA DE NASCIMENTO:

CAMPO MAIOR-PI

14/06/1988

DOC. ORIGEM:

CERT. NASC. 116896 L A-80 F 159
EXP TERESINA-PI 27/12/94

Poder Executivo do Estado do Piauí

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.118 DE 29/06/83

CÓDIGO DE CONTROLE
8BC6479F/E125.DA08



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 08:56:51 do dia 23/10/2018 (hora e data de emissão)
 Código verificador: DB.

VÁLIDO SOMENTE COM CONPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.084.501
NOME	ANTONIO ARAUJO DA SILVA
MUNICÍPIO	ANTONIA SOUSA ARAUJO
NASCIMENTO	FRANCISCO SOARES DA SILVA NETO
CAMPOMAIOR-PI	DATA DE NASCIMENTO
DOC. CIVIL/CRIM.	12/06/1980
CERT. NASC. 59591 L A50 F 155V	
EXP CAMPO MAIOR-PI 11/09/98	
TENDO NO PIAUÍ	
914.187.203-72	
(LEI 11.666 DE 2008 - DECRETO Nº 66.260/03)	

INSTITUTO DE ESTADUAL DO SERVIÇO
ESTADUAL DE INVESTIGAÇÃO PÚBLICA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

EXEMPLAR

2013

Y 61540



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

BENATRAN

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

SEGURO LIBRAGEM/AR DE DANOS PESSOAIS USADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU FERROVIARIA CARGA APENAS TRANSPORTADA SOU NAO SEGURO DEIXAR

DETRAN - PI	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 011583596024	
DATA: 20/01/2014	
PLACA:	1 00190541780
3069	
0000	
ba9d	JOSE M. LISON GOMES
9229	
70FB	
5914	
099C	
374C	
4b3D	
5114	
2401	20704325391
11/01/2014	NRP-6919

9220C4110A570103

PAS/MOTOCICLETA/MARINA

GASOLINA

HONDA CR-V 13.000 km 02P/012402 **AMERICANO** 200bhp 2WD
CAR REGISTRATION NO. **DATE OF BIRTH** **DRIVING LICENCE NO.**
PARTICULARS **EXPIRY DATE** **PERIODIC INSPECTION**
FREDA

	COD. UNICA	VEND. COTA UNICA	1. VERIFICAÇÕES
P	TAMANHOS	PARCELA ALIMENTO / COTAS	2. DESCO
V			3. COLOCAR

SEGURADO PODE PRECISAR TUDO Isto é, DA DE PAULAMENTO
SEM RESTRIÇÕES DAS MAIORES

**DOCUMENTO DE PORTO OBIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA**

CAMPO MAIOR Local 30709/20

卷之三

卷之三

卷之三

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

TELEGRAMS

A rectangular stamp with a double-line border. The top line of text reads "CORRETORA" and the bottom line reads "DE SEGUROS". Below this, the date "27 MAI 2019" is stamped. At the bottom, the acronym "DPVAT" is printed in large, bold, capital letters.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346408 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-HEMORRAGIA SUBARACOIDE EM REGIAO PARIETAL ESQUERDA
TRAUMA FACE
FRATURAS FRONTAL, ORBITARIO, SEIO MAXILAR E ARCO ZIGOMATICO A ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

Resultados terapêuticos: PERCA DISCRETA DE MATERIAL MUSCULAR EM REGIAO DE INCISURA CICATRICIAL EM REGIAO FRONTAL ESQUERDA E DISCRETA PTOSE PALPEBRAL ESQUERDA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346408 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-HEMORRAGIA SUBARACOIDE EM REGIAO PARIETAL ESQUERDA
TRAUMA FACE
FRATURAS FRONTAL, ORBITARIO, SEIO MAXILAR E ARCO ZIGOMATICO A ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

Resultados terapêuticos: PERCA DISCRETA DE MATERIAL MUSCULAR EM REGIAO DE INCISURA CICATRICIAL EM REGIAO FRONTAL ESQUERDA E DISCRETA PTOSE PALPEBRAL ESQUERDA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346408 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO LEVE,
TRAUMATISMO CORTO-CONTUSO FACIAL COM PERDA DE SUBSTÂNCIA E FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSSOS DA FACE COM PLACA E PARAFUSOS,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: * RELATÓRIO PÁG. 06 07 08 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 // EXAME DE IMAGEM PÁG. 18 "DESVIO IMPORTANTE" // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346408 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES **Data do acidente:** 24/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO LEVE,
TRAUMATISMO CORTO-CONTUSO FACIAL COM PERDA DE SUBSTÂNCIA E FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSSOS DA FACE COM PLACA E PARAFUSOS,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: * RELATÓRIO PÁG. 06 07 08 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 // EXAME DE IMAGEM PÁG. 18 "DESVIO IMPORTANTE" // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: José Rodrigues Gomes
RG: 2.897.781 Órgão Emissor: SSP/PI CPF: 036.833.163-65
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: DESEJAR
Endereço: Rua: Juiz de Júlio de Matos, R/F Q=06 Nº 02
Bairro: RESID. JÚLIA CEP: 64.280-000 Cidade/UF: Campo - MAIOR - PI
Telefone: () _____ () _____ () _____

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: Antônio Acácio da Silva
RG: 2.084.501 Órgão Emissor: SSP/PI CPF: 914.387.203-72
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: Autônomo
Endereço: Av. Nilo Oliveira Nº 1417
Bairro: Fribsa CEP: 64.280-000 Cidade/UF: Campo - MAIOR - PI
Telefone: () 869857-4399 () 8699413-1468

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre a perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima José Rodrigues Gomes

CPF: 036.833.163-65

Data do acidente: 24/02/2019

Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

Campo - MAIOR - PI 23.05.2019

27 MAI 2019

Local e data

José Rodrigues Gomes

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



AV. BR. CARLOS ALBERTO ALVES RODRIGUES - CENTRO
RECONHECO TEST. Kadias
CARLOS ALBERTO ALVES RODRIGUES - ESCRIVENTE
Emol. R\$ 3,85 TJ: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,28 Total:
CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL DE CAMPO MAIOR-PI
Carlos Alberto Alves Rodrigues
Escrivente



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177957/19

Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

CPF: 036.833.163-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: JOSE RODRIGUES GOMES

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO ARAUJO DA SILVA : 914.187.203-72

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

JOSE RODRIGUES GOMES : 036.833.163-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/05/2019
Nome: ANTONIO ARAUJO DA SILVA
CPF: 914.187.203-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177957/19

Número do Sinistro: 3190346408

Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

CPF: 036.833.163-65

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2019

Titular do CPF: JOSE RODRIGUES GOMES

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

JOSE RODRIGUES GOMES : 036.833.163-65

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/05/2019
Nome: ANTONIO ARAUJO DA SILVA
CPF: 914.187.203-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346408 **Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES**

Data do Acidente: 24/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RODRIGUES GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346408

Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RODRIGUES GOMES

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

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

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190346408

Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

Data do Acidente: 24/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

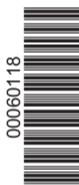
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346408 **Vítima: JOSE RODRIGUES GOMES**

Data do Acidente: 24/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RODRIGUES GOMES

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOSE RODRIGUES GOMES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 0000085779-4

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.

Atenciosamente,

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do alíbrio da ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

036.833.363-65 José Francisco Gomes

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

Nome completo:

José Francisco Gomes

CPF: 036.833.363-65

Profissão:

ENCAR. DE SERV. GERAIS

Endereço:

Rua: Juá Santiago de Matos R/F Q-06

Número: 02

Complemento: CASA

Bairro:

RESID. LTIA

Cidade:

Campo Maior

Estado:

PI

CEP: 64.380-000

E-mail:

Tel. (DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (204)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0616

CONTA: 00035779

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 **assinei uma das opções:**

- Não há IML que atende 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.

21 MAI 2019
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

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 de perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, 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 da 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: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: Falecidos: Nasceu (na hora nasc.)? 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.

Local e Data: Campo Maior 24.05.2019
 Nome: _____
 CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina o RG

José Rodrigues Gomes
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Número do sinistro ou ASE:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

036.833.363-65 José Rodrigues Gomes

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

Nome completo:	CPF:
José Rodrigues Gomes	036.833.363-65
Profissão:	Número:
ENC. DE SERVIÇO GERAIS	Complemento:
Enderço:	Rua JUÍZA SANTIAGO de MATOS R. FQ-06
Bairro:	02 CASA
Cidade:	Campo-Maior
Estado:	PB
E-mail:	CEP: 67.280-000
	Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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 OPCIÃO 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: 0616 CONTA: 85779
 (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 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):**

- 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 discordar 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 testamento (não 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.

Local e Data: Campo-Maior-PB 29.05.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Rodrigues da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS **PJ CORRETORA DE SEGUROS**

1º | Nome: _____
 CPF: _____

29 MAI 2019

2º | Nome: _____
 CPF: _____

DPVAT

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.

**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: 3190346408
Nome do(a) Examinado(a): Jose Rodrigues Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Julia Santiago de Matos, 2 Qf6rs Lila
Cidade Nova Campo Maior PI CEP: 64280-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2897781
Data local do acidente: [24/02/2019]
Data local do exame: [04/06/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-HEMORRAGIA SUBARACOIDE EM REGIAO PARIETAL ESQUERDA
TRAUMA FACE
FRATURAS FRONTAL, ORBITARIO, SEIO MAXILAR E ARCO ZIGOMATICO A ESQUERDA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: OSTEOSSINTESE FRONTAL E ARCO ZIGOMATICO
TRATAMENTO NEUROLOGICO CONSERVADOR

Complicações: DANO FACIAL
SEM DANOS NEUROLOGICOS.

Data da Alta: 24/03/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

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

(X) Sim **() Não**

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

(X) Sim **() Não**

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

PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL. APRESENTA TAMBEM INDICE DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO LEVEMENTE PREJUDICADO, COM DOR NA MOVIMENTACAO DA MANDIBULA DURANTE UM MOVIMENTO, DOR NA ATM A PALPACAO LATERAL E ALTERACOES NA FUNCAO DA ATM A PALPACAO DOS MUSCULOS MASTUGATORIOS.

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 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

() "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):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: **() 10% residual (X) 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 à valoração do dano corporal.

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

Frederico Foneca de Oliveira
Dr. Frederico Foneca de Oliveira
CRM/PI - 5058
SaludSEG