



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000031/2019-25

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Sara Uchoa Barros

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

JATOBÁ DO PIAUÍ

Endereço

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

Complemento

Data/Hora

24/02/2019 - 03:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO BAR DO JOSÉ ANANIAS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ RODRIGUES GOMES

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

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 125 FAN KS

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: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu neste DP, para noticiar que em data, hora e local acima conduzia a motocicleta supracitada 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 abaixo do olho(E). Era o registro.

Sara Uchoa Barros - Mat. 039914X  
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

JOSÉ RODRIGUES GOMES - Notificante  
Responsável pela Informação

Bdl. Pedro Alves da Silva Filho  
APC - 1ª Classe  
Mat. 108425-7



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000031/2019-25**

Delegado de Polícia

*[Assinatura]*  
Delegado de Polícia  
Deleg. Pedro Alves 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 sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 036.833.163-65 Nome completo da vítima: JOSE FRANCISCO GOMES

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

Nome completo: JOSE FRANCISCO GOMES CPF: 036.833.163-65

Profissão: ENCARR. DE SERV. GERAIS Endereço: RUA J. V. A. SANTIAGO DE MATOS R-F Q-06 Número: 02 Complemento: CASA

Bairro: RESID. LILA Cidade: CAMPO-MAIOR Estado: PI CEP: 84.280-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECURSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0616 CONTA: 00085779 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de sequelas 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 ÚNICO 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 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.

Local e Data: Campo-Maior PI 24.05.2019

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) 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.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolho o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASE: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 036.833.363-65 Nome completo da vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

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

Nome completo: JOSE RODRIGUES GOMES CPF: 036.833.363-65

Profissão: ENC. DE SERVIÇO GERAIS Endereço: RUA JULIA SANTIAGO DE MATOS R: F 9-06 Número: 02 Complemento: CASA

Bairro: RESID. LILA Cidade: CAMPO-MAIOR Estado: PE CEP: 67.280-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUQUANCA (Somente para as faixas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as faixas)

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

AGÊNCIA: 0616 ☐ CONTA: 85779 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 assinale uma das opções:

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: \_\_\_\_\_ 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.

Local e Data, CAMPO-MAIOR-PE 29.05.2019

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**

29 MAI 2019

**DPVAT**

Assinatura

(\*) 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.**



# REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

## Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	16 Idade	Se idade Ignorada, preencha com 999	17 Indiclos de Ingestão de bebida alcoólica?		
	18 Tipo de ocorrência	1 - Acidente de transporte 2 - Agressão física-espantamento 3 - Agressão física-FAF 4 - Agressão física-FAB 5 - Urgência psiquiátrica 6 - Tentativa de suicídio 7 - Envenenamento 8 - Afogamento 9 - 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			
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Exame Físico	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras Inapropriadas 2 - Palavras Incompreensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso <u>126</u> Resp. <u>130x40</u> PA <u>130x90</u> TAX. <u>95</u> SatO2 <u>95</u>	
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - 10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino			
	<input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemia <u>106</u> <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <u></u> b) <u></u> c) <u></u>			
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada	34 Óbito			
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>			
<p>Obs: paciente chegou em sala de emergência com lesão no tórax, apresentando hemoptise pelo corpo + forte sangramento em face + antebraço + olho de ganso. O mesmo agitado não deixou olhar, o mesmo não deixou o compressivo e solicitando sangue. O mesmo necessita medicação.</p>					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE <u>Adilene</u>		Condutor <u>André</u>	

# 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: 000000085779-4

---

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  
64260-000 CAMPO MAIOR - PI

[www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo)

Fale conosco: Central de Relacionamento  
\*8486 ou [www.vivo.com.br/faleconosco](http://www.vivo.com.br/faleconosco)

Telefônica Brasil S.A.  
Av. Joazeiro Cabre, 298 - Condomínio Eurobusiness  
Cobertura - Sala 03  
CEP 64049-240 - Joazeiro Teresina - PI  
I.E.: 19450094-2  
CNPJ Matriz: 02.658.157/0001-62  
CNPJ Filial: 02.658.157/0007-58

**Vencimento**  
**26/03/2019**

**Total a Pagar - R\$**  
**102,13**

**Seus Números Vivo**  
**86-98157-4399**

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

Aguarde informações referentes ao Vivo  
Votoriz

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



#### MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em [www.vivo.com.br/meuvivo](http://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](http://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.

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP 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\*.

\* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUR. \* 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 ANTONIO ARAÚJO DA SILVA  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 914.187.903 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
JOSE RODRIGUES GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.833.163 / 65  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE RODRIGUES GOMES  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.833.163 / 65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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. 259 do Código Penal.

Endereço: <u>AV: Nilo OLIVEIRA</u>	Número: <u>1417</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>FREIPISA</u>	Cidade: <u>CAMPO-MAJOR</u>	Estado: <u>RS</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.980-000</u>	Tel.(DDD): <u>86.99413-1468</u> <u>86.98857-4399</u>

Local e Data: Campo-Major-RS 24.05.2019

Antonio Araújo da Silva  
Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: RUA SANTIAGO DE MATOS, R-F 9-06 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, cujo o condutor era

JOSÉ RODRIGUES GOMES

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 25 FANTAS Ano: 2009/2010

Placa: NJP-6919 Chassi: 9C25C4110AR570103

Data do Acidente: 24/02/19



Local e Data:

CAMPO-MAIOR-PI  
23.05.2019

José Wilson Gomes

Assinatura do Declarante



CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL  
DE CAMPO MAIOR-PI  
Carlos Alberto Alves Rodrigues  
Escrevente

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



**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**  
CONTORNO,  
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000  
CNPJ: 06553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

**DIGITADO**

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: PD228286

Data: 24/02/2019

Funcionario: ALDENEIDE

Registro: 8340

Hora: 04:52:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

**SUS**

Senha 6

**JOSE RODRIGUES GOMES**

CPF: - RG: 2897781 - SUS: 162250184500006

Nasc.: 14/06/1988 Idade: 30 ANOS, 8 MESES, 10 Telefone: (86) 9900-0479

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64:

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

Hipotese Diagnostica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditario:

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicacao:

Conduta:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

OS: 05 GC: 126 mg/dl

PA: 130x80

HAZ:

St: 98%

FL = 126

08420

polueto panagem de ponda resica de fumarca

Dr. Antonio Carlos Bandeira e Silva  
Medico do Trabalho  
CRM 2140 - P. CRM 2140 - MA  
CPF 132.289.853-72

Responsavel: JOSE RODRIGUES GOMES

2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E S.



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Jose Rodrigues Gomes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 503753



**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".

Joana Lúcia Mendes Mesquita  
Médica - 47390  
C.R.C. - HUT  
COM O ORIGINAL

**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

Imp: 24/02/2019 10:46:40

(User: ADONIRAM)

(Estação: CONSULPA03)

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Final/Sintoma de Apresentação:</b> QUEDAS	<b>Classificação:</b> Evento recente	<b>EXAME:</b> Abdominal e Órgãos Crânio <b>DATA:</b> 24/02/2019 10:13:25 Cor: Verde
<b>Breve História Clas. Risco:</b> VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM ANIMAL), DESORIENTADO, APARELHO TECNOLÓGICO DE SEGURANÇA DESLIGADO, ALCÓOLIZADO.		

<b>SSVV:</b> (Hora: ____:____)
<b>Peso:</b> 0,00 Kg <b>Altura:</b> 0,00 M <b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2 <b>Pulso:</b> bpm <b>Pressão:</b> mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

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

A) VIAS AERÉAS PERVIAS COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 76.BPM, SAT O2: 98%

C) RR, 2T, BNF, SS.

D) GLASGOW 15 (ALCOOLIZADO) PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES.

E) ABDOME INOCENTE. PELVE ESTÁVEL.

F) LESÃO COM CURATIVO OCLUSIVO EM REGIÃO FRONTAL E EM COURO CABELUDO; MÃO DIREITA ENFAIXADA.

**Diagnóstico Inicial:**

?

**Exames Complementares:****Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:****Estabilização****DATA:** / /**HORA:** : :

Assinatura Paciente ou Responsável

ADONIRAM DE MOURA  
3745 - PI EM: 24/02/2019 10:46:39

506.2

10:45

Paciente admitida na Sala de Estabilização, vítima de acidente motorciclístico em campo maior.

Ao exame: edema periorbitário a hematomas esquerda, pupila direita fotoreagente, esquerda não pode ser avaliada, Glasgow =  $1 + 2 + 5 = 8$ , hipocrômico, PA = 130x60, Sat O<sub>2</sub> = 99%, FC = 120 bpm.

Ed. TC de crânio, cervical, Tórax; abdome; pelve; Laboratório  
- Hematologia  
- VPM

Dra. Isabel ~~de Paula~~ ~~Medica~~  
CRM-PI 5672

Cin. Geral 24/02/19 11:30 L

Paciente vítima de politrauma. Avaliada TC de tórax e abdome sem lesões de pênico/tórax/abdome com sinais intrabdominais sugerindo  
Adicionalmente: batedeira de SVD em marcha  
MD: lesão traumática de urina

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
27 MAI 2019  
DPVAT

Ata da cirurgia  
Solicitada por Vão.

Dra. Andressa M. Campelo  
Médica  
CRM-PI 7148

Joana Luísa Mendes de Azevedo  
Médica  
SABE-MED  
CONFERE COM O Q...





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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	JOSE RODRIGUES GOMES	6 - Prontuário:	503758
7-CNS:	162250184500006	8-Nascimento:	14/06/1988
11-Mãe:	MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES	12-Fone:	86-99926-4060
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:

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

## 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 Prim:

S062

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:	Tempo SUS
0303040106	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE	14
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Med. Solic.:	
	02 01 CPF 037.668.143-89	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	
ISABEL MISA SEPULVEDA CORREIA BRITO	24/02/2019	
		35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico			
38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAR Empresa:	44-CBOR:
45 - Vínculo com a Previdência:			
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento:	49-Num. Documento:	
( ) CNS ( ) CPF		
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		
		50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)
		Usuário: (ISABEL)
		Consulta Local: 709280
		Consulta SUS:
		Impressão: 24/02/2019 10:56:17

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
27 MAI 2019  
DPVAT

Dra. Isabela Sepulveda  
MEDIC  
CRM-PI 5672

Dr. Carlos Alves Araújo Filho  
ASSESSOR DE AUDIÊNCIA  
CRM-PI 1114 - CPF: 117.591.793-99  
CNS: 980016000036528

João Luiz de Albuquerque  
Médico  
CRM-PI 47320  
CONV. SUS - CADA 3





## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>José Rodrigues</u>	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA <u>Sala Vermelha</u>	LEITO
À CLÍNICA <u>Neurocirurgia</u>	

### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente motociclístico, com TEE, hematoma periorbitário a esquerda.

Solicita avaliação foto.

DATA: 24/02/19

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

### PARECER

Ac: Discutir HSA +  
+ CAD

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

27 MAI 2019

DPVAT

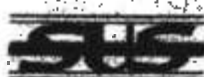
CO: Enviar pl exames  
Nervo cr. até sala  
vermelha.

Son. admit. ariz.

*[Signature]*  
62.28

DATA:   /  /  

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

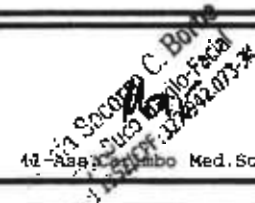
1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>233984</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: JOSE RODRIGUES GOMES			6 - Prontuário: 503758	
7-CNS: 162250184500006	8-Nascimento: 14/06/1988	9-Sexo: Masculino	nao informado	
11-Mãe: MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES			12-Fone: 86-99926-4060	
13-Resp: ANTONIO WILSON			14-Fone: 86-99926-4060	
15-Ende: 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**

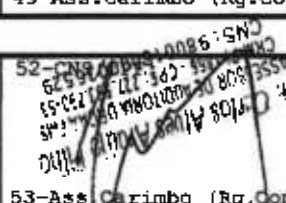
31-Cod.Proced.Princip.  0404020526	30 - Procedimento Principal / Descrição:  OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR	
31-Cod.Procedi- mento Especial  0702050482	32 - Descrição do Procedimento Especial:  PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidata:  2
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE		

38-Profissional Responsável: <b>MARCIA SOCORRO DA COSTA BORJA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	
39-Data Solicitação: <b>01/03/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>327.942.073-34</b>	
		42-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Paciente com fratura do complexo OZM e necessidade de fixação interna para obter estabilidade óssea

**AUTORIZAÇÃO**

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

(ANTONIO EURIVANI)

Joana Lúcia P. dos Santos  
Médica - CRM 11442073-8  
Data: 01/03/2019



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

**MATRIZ**  
Rua Área Leão, 598 - Centro/Sul  
Fone/Fax: (55 86) 3222-7368  
CEP 64.001-310 - Teresina - Piauí  
Insc. Est. nº 19.444.630-1  
CNPJ nº 03.512.566/0001-90  
biosintese@biosinteseprima.com.br

**FILIAL**  
Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009  
Cond. Metropolitan Market Place - Calhau  
CEP 65.071-380 - Fone: (55 98) 3227-0640  
São Luís - Maranhão  
Insc. Est. 12.310.278-6  
CNPJ 03.512.566/0002-71  
biosintese\_ma@biosinteseprima.com.br

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

Nome do Hospital: HUT cx. 0051-1

C.N.P.J. \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Nome Valda

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	<u>02 placas de titânio</u> - <u>01 para 4 F.</u>
	<u>(inclui parafusos)</u> - <u>01 orbital 4 F.</u>

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

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 01/03/19 DATA DA ALTA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PACIENTE - Nome: João Rodrigues Gomes

Nº AIH: 233984

Nº do Prontuário: 503758 Data da Internação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Procedimento Médico Realizado: 0404020526

Indicador de Compatibilidade: \_\_\_\_\_

CO RESPONSÁVEL - Nome: Sra. Márcia

Márcia Soratto C. Rocha  
CRM nº 135262  
CRM nº 54207304

João Rodrigues Gomes  
Márcia Soratto C. Rocha  
CRM nº 135262  
CRM nº 54207304  
CONF



Fis N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 01/03/19

NOME DO PACIENTE: <i>Ygor Rodrigues Gomes</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>503758</i>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <i>Local</i>	Nº DA SALA: <i>08</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. Marcelo</i>	CPF Nº:
AUXILIAR: <i>Dr. Amaro</i>	CPF Nº:
ANESTESISTA: <i>Dr. Marcelo</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO			MATERIAL DE CONSUMO				
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI Nº 5	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	—		LUVA Nº 6.5	PAR	04	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	.		PVPI 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 Nº	UNID.	.		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	.		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL Nº 10	UNID.	01	
JELCO Nº 74	UNID.	02		Bisturi Nº 11	01		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA: Bisturi nº 24 01			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				Gluon 04			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				Eutrodos 05			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.				Cupom 02			
CAT.GUT.CROMADO S/AG.				sonda uretral nº 16			
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	1						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: C.C			
VICRYL 3	1			CIRCULANTE: loyana			
PROLENE							

Nylon	5.0	(11)
-------	-----	------

Joanna Luisa M. P. 1986  
Mar 1986  
CONF. 1986



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente <b>Jose Rodrigues Gomes</b>		
Diagnóstico pré-operatório <b>fratura do complexo OZIM®.</b>		
Operação - Tipo <b>Osteossíntese de fratura do complexo OZIM</b>		
Cirurgião <b>Amorim</b>	1º Assistente <b>Marta</b>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <b>01.03.19</b>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <b>O mesmo acima</b>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

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

antissépsia, aposição dos campos operatórios, infiltração com lidocaína a 2% em região zigomáxilas e fundo de alca costal maxila®, incisões abulillar, dorsal dos planos, utilização da fratura em margem lateral medial e inferior da órbita, incis em fundo de alca costal superior, descobrimento do retalho, redução da fratura e fixação com 2 miniplocas e 8 parafusos de 1.5 mm, alongamento e sutura.

Dra. Maria do Amparo S. Amorim  
Cirurgia de Urgência e Traumatologia  
Boca Maxila Facial - Implantodontista  
CRD-PI 803 / CPF: 239.978.933-49

Marcia Socorro C. Rocha  
Cirurgia de Urgência e Traumatologia  
Boca Maxila Facial - Implantodontista  
CRD-PI 126.071 / CPF: 239.978.933-49

João Luiz B. de Sá  
Médico  
Mod. 76 HUT  
CONF. L. 10.740/2001



# 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

Prontuario:

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:  
14/06/1989

Idade:  
30a8m17d

Estado Civil:  
Casado(a)

Profissão:  
ENCAREGADO

Internação

Alta

Permanência

Data

Hora

Data

Hora

01/03/2019

10:30

03/03/19

08:00

Diagnósticos:

Frat. COEM, OPN, FRONTAL  
SD2.4

Cod.CID:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morta:

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

Excoriações em face e edema e  
equimose peribulbar

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

BEG,

MEDICAÇÕES:

7ico

Analgésico, Anti-inflamatório, Antibiótico

CIRURGIA:

Data:

01/03/19

Tipo:

Otimização fac. COEM

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

acompanhamento ambulatorial

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

27 MAI 2019

DPVAT

Tipo de Alta: ( ) Curado (X) 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

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Joana Lúcia  
Mestre  
S. 14.01.2019  
CONF. 14.01.2019



## FICHA DE ANESTESIA

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

Nome:

José Rodrigues Gomes

Bela:

08

Alergia:

Nega

Data:

01/03/19

Procedimento:

Osteomíntese de protuberância facial

Cirurgião:

MARCIA

Observações:

11:30

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 PROPOFOL	120mg												
2 FENTANYL	200µg												
3 ATRACÚRIO	35mg												
4 CLONIDINA	75µg												
5 CEFAZOLINA	2g												
6 RANITIDINA	50mg												
7 DIPYRONA	2g												
8 DECAFRON	40mg												
9 CETOPROFENO	100mg												
10 MAUSCLODA	4mg												
11 BROMOPRIDA	10mg												
12 MORFINA	4mg												
13													

Oxigênio

Ajuste

Ventil SEVFLURANO 2%

Acesso Vascular

- Periférico PRÉVIO MSD
- Cat. Venoso nº 16
- Dificuldade acces. venoso
- Gastos cateteres
- Central

Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT nº 7,5
- LMA nº

Monitorização:

- Cardioscopia
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO2
- Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raqui-anestesia
- Peridural
- Bliqueiro Periférico
- Outros

Decúbito: Dorsal

	RE	RC	RC	RC	RC	RE	RE	RE	RE
SPO2 (%)	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%
ETCO2 (mmHg)	36	34	35	35	36	35	36	36	36
Acas. Venoso	(SF)	(RL)	(SF)						
Acas. Venoso									
Diurese									
Perdas Sanguíneas									

Descrição da Anestesia:

Monitorização + revisão de ventilação. Pré-oxigenação. Indução venosa + TOT (TOT 7,5 cmpp) em sistema circular com absorvedor de CO2 e filtro bacteriológico. Extubação no fim da cirurgia. A SRPA acordada, estável, sem queixas.

Dr. Marcelo G. Oliveira  
Anestesiologista  
CRM-AM: 4646

Anestesiologista



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	Jone Rodrigues Gomes		IDADE	30 anos	DATA	01/03/2019	
HORÁRIO DE ADMISSÃO	11h35 min	TIPO DE ANESTESIA	GERAL	( ) RAQUE	( ) BLOQUEIO	( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO	
CIRURGIA REALIZADA	Fud. CO2m @ +				CIRURGIÃO		
SINAIS VITAIS	HORÁRIO						
	ADMISSÃO			SAÍDA			
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	114/59			118x56			
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	77			73			
SATURAÇÃO DE O2 (%)	99%			98%			
TEMPERATURA AXILAR (°C)							
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)							
NOME/MATRÍCULA	Solite						
ÍNDICE DE ALDRETT-KEE KROGLIK				ADMISSÃO	SAÍDA		
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
ESCALA DE DOR ADMISSÃO						TOTAL	09
ESCALA DE DOR ALTA						ASS.	Me Anestesiologista
( ) Sonda vesical	( ) Dreno de sucção	( ) Dreno torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	Sonda ( ) Nasogástrica ( ) Nasojejunal		
10 mL	hs	mL	hs	mL	hs		
10 mL	hs	mL	hs	mL	hs		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:							
11:35 admitido na SRPA em POE do cirurgião para internar em CO2m. Submetido a anest. geral. Sono leve, expulso, respirando bem. FC com curvas normais.							
<div style="text-align: right;"> <p>PJ CORRETOR DE SEGUROS</p> <p>27 MAI 2019</p> <p>DPVAT</p> </div>							
PRESCRIÇÃO MÉDICA				ALTA SRPA			
				HORÁRIO			
ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )							
POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) CIR ( ) MÉD							

<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>	Nº LAUDO: 189846 AIH: 2219100201967
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	CNES 7569963
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828836

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b> 16230184506006	<b>NOME DO PACIENTE</b> JOSE RODRIGUES GOMES	<b>NASCIMENTO</b> 14/06/1968	<b>SEXO</b> M	<b>PRONTUÁRIO</b> 503758
<b>DOCUMENTO CPF</b> 86998107152	<b>TELEFONE</b> 86998107152	<b>NOME DA MÃE</b> MARIA VITORIA RODRIGUES GOMES	<b>RESPONSÁVEL</b> ANTONIO WILSON	
<b>CEP</b> 60	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b> RESIDENCIAL LILA Q 06 C 2			<b>NUMERO / LOTE</b> 60
<b>BAIRRO</b> CIDADE NOVA 1	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b> CAMPO MAIOR	<b>UF</b> 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

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
AS ACIMA

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
EXAME FÍSICO, TOMOGRAFIA DE ABDOME, TORAX E CRÂNIO.

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
---	--------------------------	---------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0404020526 - OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMATICO-MAXILAR

<b>LEITO/CLÍNICA</b> NEUROCIRURGIA	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> MARCIA SOCORRO DA COSTA BOBBA CPF: 32.794.207/334 CRM:
<b>CARÁTER</b> URGENCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 01/03/2019
<b>DATA ADMISSÃO</b> 01/03/2019 11:35	<b>DATA ALTA</b> 03/03/2019 19:35
<b>MOTIVO ALTA</b> MELHORADO	

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

<b>TIPO ACIDENTE</b>	<b>CNPJ SEGURADORA</b>	<b>Nº DO BILHETE</b>	<b>SÉRIE</b>	<b>CNPJ DA EMPRESA</b>	<b>CNAE EMPRESA</b>	<b>CID NATUREZA DA LESÃO</b>
----------------------	------------------------	----------------------	--------------	------------------------	---------------------	------------------------------

### AUTORIZAÇÃO

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> FABIANNE CAMILO DA SILVEIRA PEREIRA CPF: 20171471334 CRM:	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE INTERNAÇÃO / AUDITORIA</b> CPF: CRM: DATA ANALISE:
--	--

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
27 MAI 2019  
**DPVAT**  
Joana Lúcia A. ...  
Mestrado em ...  
CONFERÊNCIA

## REQUISIÇÃO DE PARECER

216/154

NOME <u>José Rodrigues Gomes</u>	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA <u>BUCO</u>	LEITO
A CLÍNICA <u>Urológico</u>	

### MOTIVO DA CONSULTA

Quelhor a cistostomia

Dr. Matias Araújo da Silva  
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial  
CRM-PI 778

DATA: 02/03/19

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

### PARECER

Paciente vítima de trauma de sondagem há 10 dias. Está com cistostomia e tem secreção purulenta pela uretra.

CD: ① Fecho cistostomia, caso tenha infecção via uretral retirar sonda e fazer curativo.

② Caso não urina abrir coletor e alta com sonda.

③ Deixar encaminhamento ambulatório.

Joana Lúcia A. Silva  
Mestre em Saúde  
SUS  
CONSELHO COMUNITÁRIO

Dr. Francisco Couto  
Cirurgião  
CRM - 2674

DATA: 03/03/19

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



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

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

CORRETORA  
DE SEGUROS

27 MAI 2019

DPVAT

NOME DO PACIENTE	JOSÉ RODRIGUES GOMES		PRONTUÁRIO	503758	D. NASCIMENTO	14/06/88	CLÍNICA	216	ENF. ou APT.	154	LEITO
DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES	3º DPD. frst. COM		ALERGIAS								
PRESCRIÇÃO MÉDICA	DATA: 05/03/19 HORA: 08:00		HORÁRIO								
1) Dieta líquida pastosa	Dr. Joelmu Nutricionista Clínica										
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h											
3) Cefalosolina 1g+AD, EV de 6/6h											
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h											
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h											
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h											
7) Tilactil 20 mg + AD EV de 12/12h											
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia											
9) SSVV + CCGG											
10) APTA APOS AVALIAÇÃO DA											
PRESCRIÇÃO											

Dr. José Carlos A. Gomes Filho  
Otorrinolaringologista  
IMPLANTODONTIA  
CRM 20.700

**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 RODRIGUES GOMES** (Prontuário: 803758)  
 Endereço: CONJ RESIDENCIAL LIRA CASA 02 - CIDADE NOVA - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-000  
 Nascimento: 14/05/1988 Idade: 30a8m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 233648  
 Requisição: 925269 Solicitação: 24/02/2019 Solicitante: ISABEL MISIA SEPULVEDA COELHO BRITO  
 Controle: 1160815 Convênio: S U S CENTRO CIRURGICO CENTRO LEITO 06

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: Q206010079

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 SUBARACNOIDE 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: 867.804.833-91 4146

Profissional Responsável



João ...  
 ...  
 ...

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otio 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: 14/06/1988 Idade: 30a8m12d Sexo: Masculino Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: 233648  
 Requisição: 926010 Solicitação: 26/02/2019 Solicitante: **ISABEL MISIA SEPULVEDA COELHO BRITO**  
 Controle: 1182109 Convênio: **S U S** CENTRO CIRURGICO CENTRO LEITO 05

**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



Joana Lúcia P. de Araújo  
 Med. Radiol. Diagn.  
 CRM 10.000  
 26/02/2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POSSESSOR DIREITO

*Jose Rodrigues Gomes*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.897.781 DATA DE EMISSÃO 20/07/06

JOSE RODRIGUES GOMES

RELACÃO

MARIA VITÓRIA RODRIGUES GOMES  
JOSE WILSON GOMES

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

CAMPO MAIOR-PI 14/06/1988

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

Assinatura do Diretor  
LEI N° 7.116 DE 29/08/83

Nascimento 14/06/1988

Nome JOSE RODRIGUES GOMES

Número 036.833.163-65

Ministério da Fazenda  
Recetta Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

CÓDIGO DE CONTROLE  
8BC6479FE125DA88

QR Code

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

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DPVAT  
CORRETORA  
DE SEGUROS  
27 MAI 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0116014

YANTONIO AMATO DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DENATRAN

DETRAN - PI Nº 011583596024  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 00190541180 EXERCÍCIO 2014

JOSE WILSON GOMES

3063  
0000  
4444  
9223  
7028  
5914  
6592  
3282  
4532  
3809  
1814

20784325391

RUA NIP-6919

9C2JC4110AR570103

PAB/MOTOCICLETA/NEUTRA

GASOLINA

RODADA 134, 135, 136, 137, 138

2009 2010

02P/0124CC

CATEGORIA PARTICU

PRETA

COTA ÚNICA

VENIO COTA ÚNICA

1º 1ºVA

P

PARCELAMENTO / COTAS

2º 2ºVA

3º 3ºVA

SEGURO (R\$) PAGO (R\$) PÉSSIMO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEM RESSTRICÇÕES DESENVOLVIDAS  
SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CAMPO MAIOR

30/09/2014

JOSE WILSON GOMES

PI Nº 011583596024 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodoctransito.com.br](http://www.dpvatsegurodoctransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

20784325391

RUA NIP-6919

021JC211103

ICONE/CO 125 500V 112

2009

09

9C2JC4110AR570103

PRÊMIO TARIFARIO

024/93 (R\$)

024/93 (R\$)

129,08

001,10

001,10

0004,48 (R\$)

001,10

001,10

0004,48 (R\$)

001,10

001,10

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHAMADA 0800 022 1204  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)



CORRETORA  
DE SEGUROS  
27 MAI 2019  
DPVAT

# 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/PF CPF: 036.833.163-65  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: ENCARREGADO DE SERVIÇOS  
Endereço: RUA: JULIA JANTIGO DE MATOS, R.F. Q=06 Nº 02  
Bairro: RESID. JILA CEP: 64.280-000 Cidade/UF: Campo-Maior-PI  
Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

## OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: ANTONIO ARAUJO DA SILVA  
RG: 2.084.501 Órgão Emissor: SSP/PF CPF: 914.387.203-72  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: NOTÁRIO  
Endereço: AV: NÉO OLIVEIRA Nº 1417  
Bairro: FRIPISA CEP: 64.280-000 Cidade/UF: Campo-Maior-PI  
Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) 89857-4399 ( ) 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 Lider 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 medica 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

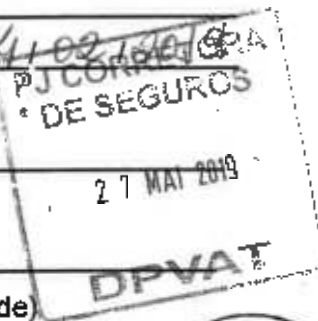
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

Campo-Maior-PI 23.05.2019

Local e data

João Rodrigues Gomes

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177957/19

**Vítima:** JOSE RODRIGUES GOMES

**CPF:** 036.833.163-65

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 24/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE RODRIGUES GOMES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
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](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: 27/05/2019  
Nome: ANTONIO ARAUJO DA SILVA  
CPF: 914.187.203-72

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 24/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE RODRIGUES GOMES

## 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](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: 29/05/2019  
Nome: ANTONIO ARAUJO DA SILVA  
CPF: 914.187.203-72

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

---

**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

---

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](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, 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: INTERRUÇÃO 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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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 sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 036.833.163-65 Nome completo da vítima: JOSE FRANCISCO GOMES

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

Nome completo: JOSE FRANCISCO GOMES CPF: 036.833.163-65

Profissão: ENCARR. DE SERV. GERAIS Endereço: RUA J. A. SANTIAGO DE MATOS R-F Q-06 Número: 02 Complemento: CASA

Bairro: RESID. LILA Cidade: CAMPO-MAIOR Estado: PI CEP: 84.280-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECURSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0616 CONTA: 00085779 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de 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 ÚNICO 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 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.

Local e Data: Campo-Maior PI 24.05.2019

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) 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.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolho o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASE: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 036.833.363-65 Nome completo da vítima: JOSE RODRIGUES GOMES

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

Nome completo: JOSE RODRIGUES GOMES CPF: 036.833.363-65

Profissão: ENC. DE SERVIÇO GERAIS Endereço: RUA JULIA SANTIAGO DE MATOS R: F 9-06 Número: 02 Complemento: CASA

Bairro: RES. D. LIA Cidade: CAMPO-MAIOR Estado: PE CEP: 67.280-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as faixas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as faixas)

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

AGÊNCIA: 0616 ☐ CONTA: 85779 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 assinale uma das opções:

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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-PE 29.05.2019

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

29 MAI 2019

**DPVAT**

Assinatura

(\*) 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.**



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

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: OSTEOSINTESE 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 casualidade: 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  
MASTIGATORIOS.**

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) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

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