



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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 10/06/2019 09:43:17

(User: ANTONINO MOITA)

(Estação: CONSULPAC3)

6:30
OK

Nome: HERR JAMES ROHA SANTOS		Prontuário: 513594	
Mãe: MARIA DE FARTIMA ROCHA SANTOS	Pai: JOSE ALVES DOS SANTOS		
End.Resid.: QD-04 CASA-22 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/08/1975	Idade: 43a9m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99835-8878
Responsável: O MESMO	CNS:		
Profissão: PROMOTOR DE VENDAS	Documento: Reg.Nasc:		
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 725765	Entrada: 10/06/2019 09:30:29	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Cias. Risco:		
		12 SET 2019
		DPVA

SSVV:	(Hora: _____)					
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: _____	bmp	Pressão: _____	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 30MIN. USAVA CAPACETE. TRAZIDO SEM USO DE COLAR E PRANCHA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, RINORREIA OU OTORRAGIA.
A) VIAS AERIAS PERVIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA;
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS
C) RR, 2T, SNF, SS, SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELVE ESTÁVEL.
D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE. MOTRICIDADE E SENSIBILIDADE PRESERVADAS.
E) POSSÍVEL FRATURA EM MIE

DATA **10/06/19** HORA **09:59**
TÉCNICO: **[Assinatura]**

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

(1236612) - MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Felipe José M. Raulino Neto
Proctologia / Cir Geral
CRM - PI 3128

CID-10: **582.2**
Proc.: **0408050500**

ANTONINO METACORREIA MOITA
CRM 4330 Em: 10/06/2019 09:43:16

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: 25/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HERR JAMES ROCHA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000048878-0

Nr. da Autenticação 198B17E743667354

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 32.354.710/000195 - LE 108465574
Av. Prof. Carlos Filho, 1980, Bodoquena - CEP 64005-050, Teresina - PI
Telefone: 0100 223 2000 ou 315 / Fax: 98124-3139

INSCRIÇÃO 26849336-1 NÚMERO 151671430
NÚMERO 5/2019

Nome/Endereço
ABRADOR ANTONIA MARIA A FERREIRA
RUA MAL LOT, 5859A-SAO FRANCISCO-TERESINA-PI-cep: 64009720

LDC/EXATÃO
016-00038-000135

GRUP
016

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
Y10N306307

PERÍODOS DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	LITROS	FATURADO
04/2019	Lido	12	12
05/2019	Lido	13	13
06/2019	Lido	07	14
07/2019	Lido	10	10
08/2019	Lido	09	10
09/2019	Lido	09	10

CONDIÇÃO DE CONSUMO / TIPO DE REDE
1 Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR 04/08/2019 885
ATUAL 24/05/2019 677

CONDIÇÃO DE CONSUMO
10

PREÇO
PREÇO 20,16xT=0,00x 3,04

TABELA DE TÁRIFAS

RENDIMENTO	PREÇO DE CONSUMO (R\$/m³ E 0%)	VALOR
0	10	2,0000 20
10	20	4,0000 20
20	30	6,0000 20

VALOR REFERENTE AGUA - 39,05

VALOR
12,0 m³ 39,05
03/2019 0,15
03/2019 0,90

VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 39,05
> Residencial-Normal
JUROS POR ATRASO
BILTA POR ATRASO

PPVAT
12 SET 2019
PJ CORRETORES
DE SEGUROS

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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: 4020-1595 / 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 Ovidorla: 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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINALASPX?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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônia Cláudia Araújo Leiteira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 296.411.498 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Herci James Rocha Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 750.041.003-49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez, da Vítima Herci James Rocha Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 750.041.003-49, 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>Rua: Marechal Lott</u>	Número: <u>5859</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Vila São Francisco</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64009-720</u>	Tel. (DDD): <u>86-99866-4205</u>

Local e Data: Teresina - PI 11 de Setembro de 2019

Antônia Cláudia Araújo Leiteira
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 SET 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 Ouidoria: 0800 021 91 35

Eu, Samuel de Jesus Rocha Santos
RG nº 2.634.649, data de expedição ___/___/___
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 024.689.423-70
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Estudante: Irlan Rangel de Araujo nº 13
complemento ___, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Henri James Rocha Santos, cujo o condutor era
Henri James Rocha Santos
Veículo: Motocicl Modelo: YAMAHA XTZ 125 Ano: 2012
Placa: DDD-2017 Chassi: 9CGKE1260C002936
Data do Acidente: 10/06/2018

Local e Data: THE-PI 01/07/2019

Samuel de Jesus Rocha Santos
Assinatura do Declarante

PJ CORRETO
DE SEGUROS

12 SET 2019

DPVAT

Assinatura do Condutor

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

Cartório 6º Ofício de Notas da Teresina

ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FRETAS SILVEIRA - TABELA ANTERIOR

CPF: 020272900-25 E-15-70001

ALVARO JOACQUIM NELSON DIAS DE SA E FRETAS - Nº 12 - TERESINA - PI, TEL: (06) 32067402

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SAMUEL DE JESUS ROCHA SANTOS NO
DOCUMENTO DECLARAÇÃO EM TESTE DA VERDADE DOU-PE-TERESINA

31/05/2019 11:54:05

SELO APT04066 - PVN CONSULTA EM www.tpijus.br/portal/ptn

IA JUIZ DE MACEJO SANTOS - ESCRIVENTE

Rev. R\$ 2.500,00 REC 17 NF. REC 10. Selo. R\$ 0,20 Taxa R\$ 1,00





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

PJ CORRETO
DE SEGUROS

12 SET 2019

DPV

NOME DO PACIENTE:

Henr James Rocha Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

513595

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".

UR10PED14



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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: HERR JAMES ROHA SANTOS		Prontuário: 513594	
Mãe: MARIA DE FARTIMA ROCHA SANTOS	Pai: JOSE ALVES DOS SANTOS		
End. Resid.: QD-04 CASA-22 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/08/1975	Idade: 43a9m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99835-8878
Responsável: O MESMO	CNS:		
Profissão: PROMOTOR DE VENDAS	Documento: Reg. Nasc:		
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Casado(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 725765	Entrada: 10/06/2019 09:30:29	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clás. Risco:		12 SET 2019

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 VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 30MIN. USAVA CAPACETE. TRAZIDO SEM USO DE COLAR E PRANCHA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, RINORRÉIA OU OTORRÁGIA.
A) VIAS AERÉAS PERVIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA;
B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS
C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. Pelve estável.
D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES. MOTRICIDADE E SENSIBILIDADE PRESERVADAS.
E) POSSÍVEL FRATURA EM MJE

DATA **10/06/19** HORA **09:59**
TÉCNICO: **[Assinatura]**

Diagnóstico Inicial:

7

CID:

Exames Complementares:

(1236612) - MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

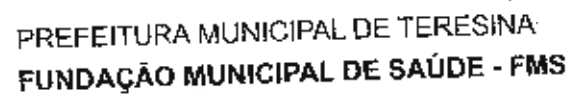
Observação (Adulto)

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COSTA MOITA
CRM 4330 Em: 10/06/2019 09:43:16



PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

[illegible]



240828

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

213419

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

240828

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: HERR JAMES ROMA SANTOS

6 - Prontuário: 513594

7-CNS: 700400925232840

8-Nascimento: 30/08/1975

9-Sexo: Masculino

12-Fone: 86-99835-8878

1-Mãe: MARIA DE FÁTIMA ROCHA SANTOS

14-Cor: Parda

13-Resp: O MESMO

15-Endereço: QD-04 CASA-22 - CONJ. RENASCENÇA - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE TÍBIA

21 - Condições que justificam a internação:

TTO CIRURGICO

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

1- EXAME FÍSICO

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia

24-CID Prim.

S82

25-CID Sec.

26-CID C. Ass.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: 0408050500

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02 01

CPF

841.275.623-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

10/06/2019

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (MARIA SILVA)

Consulta Local: 725760

Consulta SUS:

Impressão: 10/06/2019 10:27:34



BIOSÍNTESE

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

MATRIZ

Rua Ágaa Leão, 596 - 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@biosinteseplma.com.br

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1033/1035/10
Cent. Metropolitano Market Place - Calhau
CEP 65.071-380 - Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseplma.com.br

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

Nome do Hospital: HUT

cx 0129-1

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome Valda

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	<u>01 placa DCP 4,5mm estriata (12 f.)</u> <u>(inclui parafusos)</u>

Placa Metálica do S. Colunar
Orig. - Brasil - Transologia
CNPJ 03.512.566/0002-71

12 SET 2019
CORRETO
DE SEGUROS

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

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 10/06/19

DATA DA ALTA: 1/1/1

PACIENTE - Nome: Herr James Roberto Santos

Nº AIH: 240828

Nº do Prontuário: 513594 Data da Internação: 1/1/1

Procedimento Médico Realizado: 0408050 500

Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Flávio

CRM Nº _____

53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(KARLA BAILEIRA)



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Alex James Rocha Santos*

Diagnóstico pré-operatório *Foot - não conhecido*

Operação - Tipo *Osteomielite*

Cirurgião

Dr. Flávio B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3102

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Rosy

Anestesista

Dr. Elime

Anestesia

Rogério

Anestésico(a)

Data da Operação

10/06/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

*Raquiocetom, DDA, enxerto, osteotomia
cunha, incisões anteriores, RTF e
placa e parafusos, sutura e enxada.*

Flávio B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3102



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10/06/19

NOME DO PACIENTE:	1ª. JANE ROCHA SANTOS	PRONTUÁRIO Nº:	513594
DIAGNÓSTICO:	Fuor hio	CIRURGIA:	Osteomielite
ANESTESIA:	Dr. Cláudio	Nº DA SALA:	08
CIRURGIÃO:	Dr. F. de S. Coutinho	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Ryane	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Roni	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 715	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 810	PAR	01	
AGULHA RAQUE 22	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	1		PVPI TÓPICO	ML	290	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	1	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	1		Ocorrência			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	Eletródos - 04			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Canais - 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	02			CIRCULANTE:	Ryane		
PROLENE							

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Cato Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HERR JAMES ROCHA SANTOS** (Prontuário: 513594)
 Endereço: QD-04 CASA-22 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 30/08/1975 Idade: 43a10m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 725765
 Requisição: 963931 Solicitação: 10/06/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
 Controle: 1236612 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 10/06/2019

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas na tíbia e fibula 
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fraturas na tíbia e fibula.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 21/07/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685 043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



Joana Lúcia Mendes de M. Aquino
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Alex James Rocha Santos

Diagnóstico pré-operatório Foot nail, xoncha

Operação - Tipo Oscilante

Cirurgião Dr. Flávio B. de S. Coutinho 1º Assistente

2º Assistente Dr. Flávio B. de S. Coutinho 3º Assistente

Instrumentador(a) Rosy Anestesista Dr. Elme Anestesia Rogério

Anestésico(a)

Data da Operação 10/06/19 Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
18 SET 2019

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

Rapieramento, DDA, onguento, putrefação
cutânea, suturas anteriores, RTF e
pelo e perfuro, futuro e amotiva.

Flávia Maria B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CPA 1.013.102



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1654675184

NOME
HERR JAMES ROCHA SANTOS

DOC. IDENTIDADE/CNPJ
1489813 SSP/PI PE

CPF
750.041.003-49

DATA NASCIMENTO
30/08/1973

REL.ÇÃO
JOSE ALVES DOS SANTOS

MARIA DE FATIMA ROCHA
SANTOS

PERMISSÃO
222222222222

ACC
222222222222

CAT.VEIC
A

Nº REGISTRO
04606074890

VALIDADE
30/08/2023

1ª EMISSÃO
31/03/2009

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR
[Signature]

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
31/08/2008

ASSINATURA DO EMISOR
[Signature]

05901303305
PI320656921

PIAUI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 SET 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: ANTONIA CLAUDIA ARAGUO FERREIRA

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR: 1866292 SSP PI

CPF: 296.411.498-65

DATA DO CANCELAMENTO: 15/11/1999

Função: RAIMUNDO FRANCISCO FERREIRA

ANTONIA MARIA ARAGUO FERREIRA

PERMISSÃO: 22/01/2010

VALIDADE: 29/07/2019

Nº REGISTRO: 04067849613

COEFICIENTE: 1

Assinatura: *Antônia Cláudia A. Araújo*

DATA DE EMISSÃO: 01/08/2014

LOCAL: TERESINA

15040603819

PI314344854

DETRAN-PI (PJAU)

976665003

976665003

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

DPVAT

12 SET 2013

PJ CORRETORIA DE SEGUROS

**SECRETARIA
DE SEGUROS**

12 SET 2019

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PI 9020170072541 Nº 012B98386024
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 545555477 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO: 2017

NOME: **SAMUEL DE JESUS ROCHA SANTOS**

CPF / CNPJ: 02468942370 PLACA: OUD-2017

PLACA ANT. / UF: CHASSI: 9C6KE1260C0029236

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: YAMAHA/XTZ 125K ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2012

CAP / POT / CL: 002P/124CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1º IPVA
PACOTA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS: 2º
3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO IOP (R\$): PAGO PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES: A/FID BANCO YAMAHA MOTOR DO BR

TERESINA LO: [Assinatura] DATA: 24/8/2017

ARNO MARTINS DO REGO LÓBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT**

PI Nº 012B98386024 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 24/8/2017
VIA: 1 CPF / CNPJ: 02468942370 PLACA: OUD-2017

RENAVAM: 545555477 MARCA / MODELO: YAMAHA/XTZ 125K
ANO FAB: 2012 CAT. DAVE: 09 Nº CHASSI: 9C6KE1260C0029236

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

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 IOP (R\$): 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$): 185,50
PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 21/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.342.005/0001-04
www.seguradalider.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528248 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS **Data do acidente:** 10/06/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P2
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528248 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS **Data do acidente:** 10/06/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P2
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528248 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS **Data do acidente:** 10/06/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P5/6 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Here James Rocha Santos
 RG: 1458843 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 750.041.003-49
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Profissão: Promotor de Vendas
 Endereço: Rua: Beira Propriedade 01; Qd: 03 Nº Casa: 06
 Bairro: Vila Monteiro Cep: 65630-000 Cidade/UF: Timon - MA
 Telefone: (86) 94560-2419 (86) 94469-4467 ()

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 SET 2019

OUTORGADO:

Nome: Antonia Cláudia Araújo Ferreira
 RG: 1866292 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 296.411.498-65 **DPVAT**
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Autônoma
 Endereço: Rua Marechal Lot Nº 5059 A
 Bairro: São Francisco Cep: 64009-720 Cidade/UF: Teresina - PI
 Telefone: (86) 98861-9597 (86) 98527-1808 (86) 99866-4205

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 referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar resgendamento, 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: Here James Rocha Santos
 CPF: 750.041.003-49 Data do Acidente: 10/06/2019
 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DADS ☐ Morte

Timon - MA

Local e data

6 - 9 - 2019



Here James Rocha Santos
 Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL
Comarca de
Dr. Raimundo Lins
Tabelião



Cartório do 1º Ofício
TIMON - MA

Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Here James Rocha Santos
 Em Testemunho da verdade:
06/09/2019
Jandaina Jansen Carneiro e Silva
 Escrevente

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315828/19

Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS

CPF: 750.041.003-49

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 10/06/2019

Titular do CPF: HERR JAMES ROCHA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA : 296.411.498-65

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

HERR JAMES ROCHA SANTOS : 750.041.003-49

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: 12/09/2019
Nome: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA
CPF: 296.411.498-65

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315828/19

Número do Sinistro: 3190528248

Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS

CPF: 750.041.003-49

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 10/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HERR JAMES ROCHA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 18/09/2019
Nome: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA
CPF: 296.411.498-65

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528248

Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HERR JAMES ROCHA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: HERR JAMES ROCHA SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 0000048878-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528248

Vítima: HERR JAMES ROCHA SANTOS

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HERR JAMES ROCHA SANTOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

750.041.003-49 Hero James Rocha Santos

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

5 - Nome completo: Hero James Rocha Santos 6 - CPF: 750.041.003-49
7 - Profissão: Promotor de Vendas Rua: Bco Projectada 01; Qd: 03 Casa: 06 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Monteiro 12 - Cidade: Timon 13 - Estado: MA 14 - CEP: 65630-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86-99469-4967

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0855 CONTA: 48878 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI, 11 de Setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002471/2019-39

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 01/07/2019 - 16:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA DE FRENTE A PRAÇA DO BAIRRO REDENÇÃO, Nº:

Complemento

Bairro

REDENÇÃO

Ponto de Referência

Data/Hora

10/06/2019 - 09:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JAMES DAVID DA CRUZ MATOS

RG: 0237653420032

Mãe: ELOISA SALES DA CRUZ MATOS

Endereço: QUADRA 4, CASA 22, Nº

Bairro: RENASCENÇA I

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9864-1670

Tipo Envolv: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: HERR JAMES ROCHA SANTOS

RG: 1458813

Mãe: MARIA DE FATIMA ROCHA SANTOS

Endereço: RUA BECO PROJETADA 01, QUADRA 3, CASA 06, Nº

Complemento: ENDEREÇO AV. LUIS FIRMINO, BAIRRO VILA MONTEIRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-9469-4967

Tipo Envolv: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE/ADVOGADO OAB 16727, QUE A VITIMA CONDUZIA A MOTO YAMAHA 125, ANO 2012, PLACA OUD-2017. PROPRIETÁRIO SAMUEL DE JESUS ROCHA SANTOS, RELATA QUE A VITIMA TRAFEGAVA NA RUA DE FRENTE A PRAÇA, QUANDO O VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO, SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA O HU1. PRONTUÁRIO 513594. FATO TESTEMUNHADO POR ADRIANA DA SILVA MEDEIROS, CPF 048.105.863-08. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

James David da Cruz Matos
JAMES DAVID DA CRUZ MATOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as opções abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI, 11 de Setembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)