

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos canais 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 032 12 06 | Central Ouvintes: 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?IPD=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP³ 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 fonte 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 COAF⁴.

³ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ⁴ 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 Adriana Corfa de Souza Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.391.433 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cleyton de Souza Moura [Inscrito (a) no CPF sob o N° 071.383.403 / 03

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez de Vítima Cleyton de Souza Moura

Inscrito (a) no CPF sob o N° 071.383.403 / 03 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Protissão: _____ Retirar: _____ E apresento os documentos comprobatórios.

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Sete de Setembro</u>	Número:	<u>244</u>	Complemento:	<u>Centro</u>	
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Elzebônio Veloso</u>	Estado:	<u>Piauí</u>	
E-mail:	<u>corfaduomasava@gmail.com</u>				CEP:	<u>64325-000</u>
					Tel/fone:	<u>(86)99983-6008</u>

Local e Data: Elzebônio Veloso - Piauí - PI 18.06.2013

Adriana Corfa de Souza Silva
 Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VÉHICULO

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 9h às 20h)
 Capitais e regiões metropolitanas: 04020-1596 / 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, Albertina Alves Batista

RG nº 826.060, data de expedição 17/05/16,

Órgão SSP PI, portador do CPF nº 162.387.288-09,

com domicílio na cidade de Varzea Grande, no Estado de Pi, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Otto de dezembre nº 37,

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

Cleyton de Souza Moura, cujo o condutor era Cleyton de Souza Moura.

Veículo: motocicleta Modelo: Honda Biz 125 Ano: 2017/2017*

Placa: PIY-3283 Chassi: 9C2JC4830HR506188

Data do Acidente: 30/10/2019

Local e Data: Varzea Grande - Pi - 30/10/2019

Assinatura do Declarante: Albertina Alves Batista

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor: Cleyton de Souza Moura

Assinatura do Condutor

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

PODER JUDICIÁRIO - ESTADO DO PIAUÍ
 COMARCA DE VARZEA GRANDE
 Praça Major 246 Professor da Fonseca S/N
 CEP: 64.526-000
 Fone: (86) 3471-1288
 CARTÓRIO ÚNICO
 Tabelionato de Notas, Registro
 de Imóveis e Registro Civil



RECONHECIMENTO DE FIRMA

(Reconhecimento verdadeira e
 Falsa) Albertina
 Alves Batista e Cestaria
 de Souza Moura

Varzea Grande, 30/10/2019

(Assinatura)

Antonio Pereira da Silva

Tabelião/Oficial Intérino



HOSPITAL DE PEQUENO PORTE "CICERO RIBEIRO DE ALMEIDA"
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro - Várzea Grande-PI
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284
CNPJ: 06.554.950/0001-44 - e-mail: hospitaldevarzeagrande@hotmail.com

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Eleyton de Sousa Moura

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1996

PROFISSÃO

Trabalhador Rural

SEXO:

MASC.

FEM.

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

RG 3.886.242

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

200 500 70 902 00 05 1

RAÇA/COR:

BRANCA

PRETA

AMARELA

PARDA

INDÍGENA

SEM INFORMAÇÃO

FILIAÇÃO:

PAI: *josé Francisco de Moura Sibô*

MÃE: *Maria Raimunda de Sousa Moura*

CORRETORA DE SEGUROS
DPMAT
2 - JUN 2019

ENDEREÇO:

Rua Projetada S/Nº Bairro Vila da Esperança

MUNICÍPIO

Várzea Grande

ESTADO:

Piauí

CEP:

64525 000

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: *20/1/2019*

HORA *2:30 hs. da manhã*

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Vítima de queda de motocicleta teve escoriações pelo corpo suspeito de traumatismo craniano, atendido pelo Dr. Almeida feito o exame e sono alcoólico 0,9% encaminhado para UPA de Olíria-PI

*Maria das Mercês Santos de Sousa
Técnico de Enfermagem
Nº 1001111306-TE
CPF: 150.717.663-35*

RECEITÁRIO CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

1ª VIA FARMACÊUTICA

2ª VIA PACIENTE

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

0869 3522-1333 Telefax: 0869 3522-1323

16º Distrito Rodoviário, S/N Centro, Piauí

Procurador de Moura, S. Júnior
Assinatura do Médico - PI 367

TE: *Clayton de Souza Moura*

ESQ:

DATA: *05/06/19*

Fentane 100mg - 10x

Tensão: 0/100 mmHg

Notas:

25/06/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Org. Emissor

UE

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA:

CORRETORA
PJ CORRETORES
DE SEGUROS

24 JUN 2018

DPVAT

SSINATURA E Nº DO COBEN DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CBO DO MÉDICO ASSISTENTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

UPA24h
07/01/2019 10:00:00

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOSTONHO FREITAS, 657,00
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P065336 Registro: 34282
Data: 20/01/2019 Hora: 05:54:00
Funcionário: SILVA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

CLEYTON DE SOUSA MOURA

CEP: 58010-120 Idade: 22 ANOS,1 MÊS,11 DIAS Profissão: Civil: CAF:69320-000
Nasc.: 09/12/1996 Cidade: VARZEA GRANDE/MT
End.: RUA ARISTIDE VITTA E SILVA, 960 - Bairro: JUREMINHA Cidade: VARZEA GRANDE/MT
Pai: JOSE FRANCISCO DE MOURA
Mãe: MARIA RAIMUNDA DE SOUSA MOURA
SILVA
SUS:200500708800007
Cidade: VILA VIDA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA
Responsável: CLEYTON DE SOUSA MOURA - O MESMO Temp.:0°C Peso:0Kg P.A.:0

Procedimentos

20/01/2019 5:54 C301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
20/01/2019 6:21 C301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE CONDUZIDO PELA AMBULANCIA DE VARZEA GRANDE, VITIMA DE
ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TCE GRAVE, REBAIXAMENTO DO
NIVEL DE CONSCIENCIA, ESCOREACOES EM MMII, ENCAMINHADO PARA SALA
VERMELHA. SPO2= 89% P.A= 60/30MMHG

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
20/01/2019 06:21:21

DADOS CLÍNICOS

DADOS CLÍNICOS
PACIENTE CONDUZIDO PELA AMBULANCIA DE VARZEA GRANDE, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO,
APRESENTANDO TCE GRAVE, REBAIXAMENTO DO NIVEL DE CONSCIENCIA, GLASGOW 9-10 ESCORIAÇÕES EM
MMTI. ENCAMINHADO PARA SALA VERMELHA
SAPO2: 100% COM O2 SOB CATASTER NASAL
P.A: 90/60 MMHG

DIAGNÓSTICO

100

9254

2020/2021

EXCLUDED COMMENTARIES

جعفری

PRESCRIÇÃO MÉDICA

2 ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS	1
GORO RINGER LACTATO 500 ML -	1 BS
1000 ML EV ABERTO	
SONDA VESICAL DE DEMORA	1
GORO FISIOLOGICA 0,9% 500 ML	1 BS
EV ABERTO	
DEXAMETASONA 4MG/2,5ML - 1	1 AMP
AMP + AD EV	
TRANSMAMIM - 1 AMP + AD EV	1 AMP
LENTO	
ORAL DE LACTOGLICOSIURA	1
ORAL DE LACTOGLICOSIURA	1
ORAL DE LACTOGLICOSIURA	1

900 - 500 or 400

504

OK 06:09

OK : — —

06.08 ✓
06.50 ✓

06 : 00
06 : 00

REFERENCES

ENCONTRO PARA MEDICAÇÃO
Branquioide e sangue em 06:00
em 06:40 adentre paciente na ventilação
respiratória (hydrus) quando verba

20/01/2019 06:32 16

Corretor de Seguros
Victor Sifto
Médico
CRM-MA 9.394
CRM-FI 7.360

Felício Raimundo de Souza Filho

2160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

Upa Barreiros

Para

URTN (Floriano)

Nome da Pessoa Encaminhada:

Elefau de Souza Almeida

Registro

Motivo do Encaminhamento:

Presente de 28 dias, tuberculose pulmonar, com lesões graves, LNC, engorgando; FPOZ 1000, ERN, PA: 200/80 mHg, FC: 115. Solvente antituberculose

Observações:

1 conduta tuberculose e capturando sputos

flu (c. de resf.)

20/01/99

Data

VICENTE SANTOS

Médico

CRM-MAT 9794

Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para

Nome do Cliente

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

Data

Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 20/01/2019

Paciente: cláudia de souza nra 477.852

Leito:

DN: 0313213946

06:55: ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

PA: 100 x 57 ^{cm} ~~140~~ FC: 105 FR: 103 R: 20. Sibilito urinário 75ml de cor amarela clara. O7:05 - 1+G T: 33^o C m/3 Id. — — —

AB 07:45: FC 107 bpm, SPO2: 100%. R: 17, FR: 107, PA 112 x 50 mmHg, agitando, médico de plantão.

Coren-PI
033-TE

AB 08:05h FR: 149 bpm, Tax: 36, S^c Administrado ^{033-TE}

Ab 08:00 Plantão (SEM AGENTO)

AB 08:05h Administrado via duplo no c/ frida de médico plantão ^{033-TE}

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Cleyton de Souza Souza

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 22/01/2015

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M		
A		
N		
H		
Á		
0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T		
A		
R		
D		
E		
0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N		<u>Francisco Tiago Soares</u>
O		<u>Enfermeiro</u>
I		<u>COREN - PI: 458.659</u>
T		
E		
0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2365146
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES		4 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2365146
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES		
Identificação do Paciente		6 - N° DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE		186681
CLEYTON DE SOUSA MOURA		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
200500708800007		09/12/1996
9 - SEXO		
10 - NOME DA MÃE		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2
MARIA RAIMUNDA DE SOUSA MOURA		11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO		()
PROJETADA 11, 0 - MORRO DA ESPERANÇA		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
VARZEA GRANDE		2211407
15 - UF		16 - CEP
		PI 64525-000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
<p>doença de nervos</p> <p>tox</p> <p>- A53</p>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO		
<p>coo</p>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
<p>ta</p> <p>S068 V294</p>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID PRINCIPAL
T-5-6		22 - CID SECUNDÁRIO
		23 - CAUSAS ASSOC.
5063		0303040084
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		
70.530.000-35.000		
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
0303		
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
NEUROCIRURGIA		URGÊNCIA
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
CLECITON BRAGA TAVARES		20/01/2019
32 - ASS. E CÁRIMBO (Nº DO CRM)		
591		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)		
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE
		38 - SÉRIE
39 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		
40 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO		
41 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
() EMPREGADO		() EMPREGADOR
() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO
() APOSENTADO		() NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
OSMUNDINO DE MORAES ANDRADE		M220390901
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
() CNS (x) CPF		078.977.823-87
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASS. E CÁRIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Hora: 19:30

BOLETIM DE ADMISSAO

186681 - CLEYTON DE SOUSA MOURA

OUTROS - Sexo: MASCULINO - 09/12/1996 - 22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS

Clínica: NEUROCIRURGIA Enfermaria: N02- NEUROCIRURGIA Leito: N0202 Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO Médico: 3486 - CLECITON BRAGA TAVARES

CPF: 071.383.403-03 RG: 3886242/pi C/N: SIS Prenatal:

Endereço: PROJETADA 11, N° 0 - CEP: 64525-000 Bairro: MORRO DA ESPERANCA

Cidade: 2211407- VARZEA GRANDE/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: (89) 9992-64668

Pai: JOSE FRANCISCO DE SOUSA MOURA Mãe: MARIA RAJUMUNDA DE SOUSA MOURA

Responsável: CLEYTON DE SOUSA MOURA - (89) 9992-64668 - O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Maria de Acompanhante:

 Sim Não

Resultado	Adm.: / /	Alta: / /
Curado	Removido	-48 Horas
Melhorado	Pedido	+48 Horas
Inalterado	Evasão	Obito
Piorado	Indisciplina	
Transferido		

História Clínica

DATA: 28/06/06
HORA: 06:13
TO: HSB D/C

HOSPITAL REGIONAL FLORIANÓPOLIS /
CONFIRMADO PELA:
DATA: 29/06/06
ASSIN:

Diagnóstico Provável

DATA: 29/06/06
HORA: 06:13
ASSIN:

CLECITON BRAGA TAVARES



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N, Q - MANGUINHA

64800-000, FLORIANÓPOLIS

CNPJ: 06.553.564/0103-62

TELEFONE: (89) 3522-1489

PACIENTE: 1070188-CLEYTON DE SOUSA MOURA

LEITO:N0202

ADMISSÃO: 20/01/2019

DIAS INTERNADO: 1

22 ANOS,1 MÊS,11 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

21/01/2019 - 10:07:03
Evolução Médica

10.06.04 TCE HSAT

DESPERTO, DESORIENTADO, EGG-EI,
DOR OMBRO ESQUERDO,
PARECER ORTOPÉDIA

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML	4,00 BOL	EV	06/08H	11/08H
DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML 1G INJETÁVEL	1,00 AMP	EV	06/08H	12/08H
FENTOINA SODICA 5MG 50MG/ML	1,00 AMP	EV	08/08H	FZER 2 ML
CLORID. DE RANITIDINA 50MG/2ML AMP	1,00 AMP	EV	08/08H	DILUIDA
TENOXICAM 20MG AMP INJETÁVEL	1,00 AMP	EV	12/12H	1/8 0,6ML
BROMOPRIDA 10MG/2ML	1,00 AMP	EV	08/08H	SOS

11/08H - 1/8 0,6ML
CSUV 1/8 0,6ML

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS - PIACI
CONFIRA COM O ORIGINA
DATA: 21/01/2019
ASSIN.



Requisição de Parecer

Nome	Clayton de Souza Meirelles	Leito
Médico Consultante	CM	N. Do Prontuário
Médico Especialista	NCR	

Motivo da consulta (Indicar as Dúvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo)

paciente com TC 6 e HSD dominante
+ HSA? melhora do nível
de consciência. Só cito recomenda-
ção da NCR pt progresso obt.
do SE.

20/01/13

Punto

Ass. do Médico Consultante

Dr. Aluísio G. S. Neto
CRM-PI 0835
CPF: 035.962.913-33

PARECER

REC'D: H. L. Hanes
JULY 20 1969
- 100 -

Per Person

al. 13. 22-95-2

4000 or 5000

HOSPITAL RECORDS
PATIENT NUMBER
COVER SHEET
DATA
ASSISTANT
SUSPENDED

Ass. de Médico Consultante



Requisição de Parecer

Nome

Elvior de Souza - menino

Leito

Médico Consultante

Widnei

N.º Do Prontuário

Médico Especialista

neurocirurgia

Motivo da consulta (Indicar as Dúvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo)

*TGB, sub agudo - com Sint. no cr. sub
menino*

20/11/14

Data

*Marcio Ribeiro dos Reis
Médico
CRM-PI 2854*

Ass. do Médico Consultante

PARECER

EEG 10 (0:2, V:2, M:6) (holito atílico)

pupilo isocílico

TC de crânio: HSD lamen?

HSA?

Ec arterial: pleitos NGR

CD: sem indicação de NGR

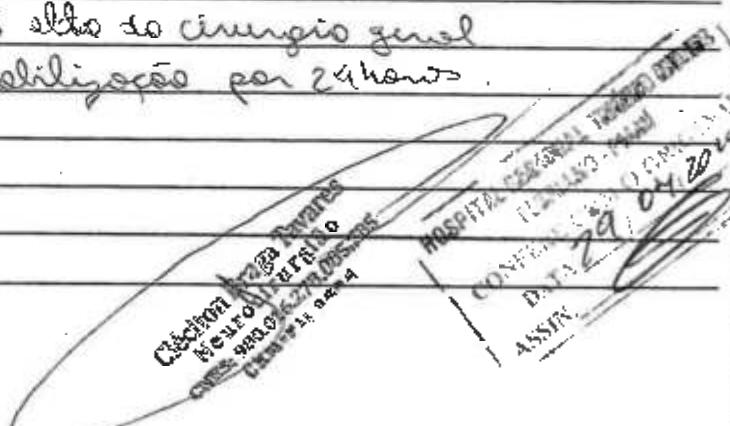
Novo parecer após alta do cirurgião geral

Sugiro obs no estabilizadores por 24 horas.

20/11/14

Data

Ass. do Médico Consultante





Requisição de Parecer

Nome	<i>Dayton de Souza Moura</i>	Leito
Médico Consultante	<i>CM</i>	N. Do Prontuário
Médico Especialista	<i>Armagão geral</i>	

Motivo da consulta (Indicar as Dúvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo)

Paciente intubado, de oculto
noticelito. Chega sonolento,
desalizados, EC 6-8 (7), pupilas
irréticas. Sócio: audíos
ABD: plaus, flácido, SSIP
Tóx: neg, Exponibilidade preservado.

Dr. Aluisio G. S. Neto
CRM-PI: 5835
CPF: 035.962.413-83

20/01/19

Data

Ass. do Médico Consultante

PARECER *Pac círurgia geral. Paciente com história de
acidente de moto com náusea inócula. VAS: reves, gástrico, hemorrágico recente estiver, AR e ABS: s/á.
TC's de rotina e endovenos não laborios até o momento,
pacem não visto manutenções.*

Sem consulta

*Dr. Aluisio Barreto
CRM-PI: 5835*

*REVISADO
CONFERIDO
DATA: 20/01/19
ASSINADO*

Data

Ass. do Médico Consultante

Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

REQUISIÇÃO DE PARECER

20/02

NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
<i>Clarissa de Souza Moraes</i>	
DA CLÍNICA:	<i>Nossa Senhora</i>
A CLÍNICA:	<i>Ortopedias</i>

MOTIVO DA CONSULTA

*Pelofrancos / TCC / Doença de origem
Sobrada pelo lado esquerdo com dor
Sobrada anterior e posterior*

DATA: 21/02/17

ASS. MÉDICO

PARECER:

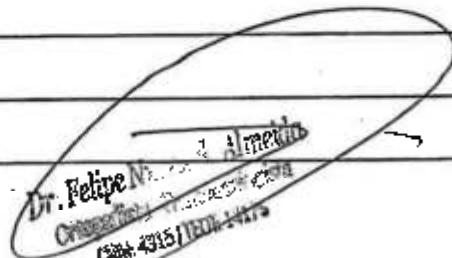
Transcrevo abaixo o

relatório médico visto

até este dia ontem

DATA: 1/1/17

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: Upa Araras

Para HRTN C Flemano

Nome da Pessoa Encaminhada: Eleyton de Souza Moraes

Registro

Motivo do Encaminhamento:

Paciente de 22 anos vítima de acidente motociclista com TCE grave, FNC, glósgos 9-40, SpO2: 100%, SCN, PA= 100/80 mmHg, FC= 115. Soluto avaliado e conduta neurológica e complementares colunas -

fric (te de mela)

20/01/19

Data

Victor Simões
Médico
CRM/MA 9794
CNPJ 150
Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Deve ser Arquivada o Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para

Nome do Cliente

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.

Data

Responsável pelo Encaminhamento

1070188 - CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data da internação: 20/01/2019 - 19:30:00

Sexo: M

Idade: 22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS

Responsável: CLEYTON DE SOUSA MOURA

Clinica: NEUROCIRURGIA

Leito: N0202

Anotação

22/01/2019

00:00:00	PACIENTE AGITADO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. SEGUO MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA E SOB CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA:150/10 TAX: 36º F.C.:99 F.R.: 0 Glcemia: 0	JOANA	
06:00	PA 120 x 90 Q.165		

Data impressão: 22

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1070188 - CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data da Internação: 20/01/2019 - 19:30:00

Idade: 22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS

Sexo: M

Responsável: CLEYTON DE SOUSA MOURA

Clinica: NEUROCIRURGIA Leito: ND202

Evolução

01/01/2019

20:20:00 ADMITIDA NESTE SETOR VINDO DO PS DE MACA, ACCOMPANHADO PELO PAI, RELATADO ACIDENTE MOTOCICLISTICO ALCOOLIZADO, SEM USO DO CAPACETE (SIC). DIAGNOSTICADO COM TCE-HSAT/HS LAMINAR DIREITO. SONOLENTO, DESORIENTADO, FÁSICO, REPIRANDO AR AMBIENTE EGGL 11. PUPILAS ISOCÓRICAS, SATURANDO: 98%; FC: 120 BPM (TAQUICARDICO), FEBRIL (37, 7°C), HGT: 178 MG/DL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES. APRESENTANDO MULTIPHAS ESCORIAÇÕES. AVALIADO PELO CIRURGIA GERAL SEM CONDUTA. ABDOME INDOLOR E PLANO; TORAX SIMETRICO E INDOLOR.


Edinalva
COREN-PI 31

Enfermeiro(a)
Assinatura

Data impresso: 20
PÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.886.242 DATA DE
REGISTRO EXPEDIÇÃO 18/04/13

GENI

Nome

CLEYTON DE SOUSA MOURA

FILIAÇÃO

MARIA RAIMUNDA DE SOUSA MOURA
JOSÉ FRANCISCO DE MOURA SILVA
NATURALIDADE VÁRZEA GRANDE - PI
DOC. ORIGEM CERT. NASC. 17777 L A90 F 239
EXP. OETRAS - PI 16/01/98
CPF 071.383.403-03
TELEFONE - (65) 3222-1000
LEI N° 7.116 DE 24/06/83 - DECRETO N° 89.260/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



0164716
Assinatura do Ministro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Assinatura do Ministro
CORRETORA
PJ CORRETORES
DE SEGUROS

24 JUN 2019

DPVAT



DPVAT
PJ CORRETORA
21, JUN 2019
DE SEGUROS

REPU Blica FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PI		Nº 013156592284	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		EXERCÍCIO	
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	2019
1	01119331983	NOME	
332	ALBERTINA ALVES BATISTA		
186	*****		
430	*****		
826	*****		
5d2	*****		
393	*****		
021	*****		
880	*****		
3851	CPF / CNPJ	PLACA	
6504	72328550363	PI-1283	
6319	PLACA ANT / UF	CHASSI	
3023148300P506188		CONSUMTÍVEL	
ESPECIE TIPO		ALUGO/ALUGO/ALUGO	
PAS/MOTONETA /NEHIMIA		ANG FAB. ANO MDC.	
- MARCA / MODELO		2017 2017	
HONDA/B16 125		COR PREDOMINANTE	
CAP / POT / CE		PARTICU	
02P/0124CC		VENC. COTA UNICA	
COTA UNICA		VENC. COTAS	
FAIXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
IPVA		1º IPVA	
		2º PAGO	
		3º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		10F (R\$)	
PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
SEGURÓ		PAGO	
		OBSERVAÇÕES	
A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS-NAC-HON			
DA		LOCAL	
VARZEA GRANDE		DATA	
09/04/2019			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PINº 013156592284 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
	123 456 789-00	2019	09/04/2019
RENAVAM		MARCA / MODELO	PLACA
01110231983		HONDA/BIZ 125	3283
ANO FAB.	CAT. IAPF	NO CHASSI	
2017	99	9C23C1630HR506188	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
PREÇO (R\$)	DESENTRAL (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
000,00	000,00	000,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	VALOR DO BILHETE SEGURO (R\$)	
000,00	000,00	084,58	
PAGAMENTO		DATA DE OUTAÇAO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	21/03/2019	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 05.240.006/0001-04			

CORRETORA
DE SEGUROS

2019 ମେରୁ ଜୟତି

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393028 **Cidade:** Tanque do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE LAMINAR.

Descrição do exame físico: LUCIDO, ORIENTADO, SEM DEFICIT MOTOR. SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/07/2019

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393028 **Cidade:** Tanque do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE LAMINAR.

Descrição do exame físico: LUCIDO, ORIENTADO, SEM DEFICIT MOTOR. SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/07/2019

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393028 **Cidade:** Tanque do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR DIREITO
HEMORRAGIA SUBARACNOIDE
TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.13) E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA 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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393028 **Cidade:** Tanque do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIOENCEFÁLICO
HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR DIREITO
HEMORRAGIA SUBARACNOIDE
TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUR ORGANIZATION:

NAME: Cleiton de Sousa Moura
nro: 3.886-242 ORGÃO EMISSOR: S.P. PI. CPFL 383.403-03
NACIONALIDADE: Brasileiro EST. CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Trab. Rural
ENDERECO: Rua das Lactadas N. 51n
BAIRRO: Ibirano CEP: 64.525-000 CIDADE/UF: Mariana Grande - MG
TELEFONE (-) - (-) - (-) - (-)

DUOTORGADIK

NAME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

EDIÇÃO: 1.554.371 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF 849.393.439-53

NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMA

ENDERECO: RUA SETE DE SETEMBRO N° 246

BAIRRO: CENTRO CEP 64.325-000 CIDADE/UF: FORTALEZA/CE

(F) 650-N6; (36) 99981-6202 (86) 99473-5001 (88) 99413-2264

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIO MEU PESSOAL PROCURADOR O OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE CONFIÓ PODERES ESPECÍFICOS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR E SOLICITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO 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 REASENDIMENTO, PODENDO SUBSTABILIZAR E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDOS PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE

Clayton and Sons Makers

025.071.383.403-03 DATA DO ACIDENTE 20/01/2019
ROBERT LIRA SOLICITADA: INVALIDEZ PERMANENTE IDAMS MORTE

Barzear Grande - Rio - fi

Chiffres De La Seine Mure

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticação)

PODER JUDICIÁRIO - ESTADO DO PIAUÍ
COMARCA DE VARZÉA GRANDE
Praça Monsenhor Diodóoro da Fonseca S/N
CEP: 84.525-000
Fone: (89) 3471-1266
CARTÓRIO ÚNICO
Tabelionato de Notas, Registro
de Imóveis e Registro Civil



RECONHECIMENTO DE FIRMA	
Reconheço como verdadeira a Firma assinada a seguir: de <u>Caixa de Fazenda</u> <u>Neusa Moura</u>	
Varreto	12/06/2019

Antonio Pereira da Silva
Tabelião/Oficial Intérino

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211518/19

Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA

CPF: 071.383.403-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/01/2019

CLEYTON DE SOUSA
MOURA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

CLEYTON DE SOUSA MOURA : 071.383.403-03

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: 24/06/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190393028**

Nome do(a) Examinado(a): **CLEYTON DE SOUSA MOURA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R PROJETADA 11, SN - URBANO - Várzea Grande - PI - CEP 64525-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3886242**

Data e local do acidente: [**20/01/2019**] **PI224 - ZONA RURAL - TANQUE DO PIAUÍ**

Data e local do exame: [**11/07/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE LAMINAR.

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

LUCIDO, ORIENTADO, SEM DEFICIT MOTOR. SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CONSERVADOR.

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

[] Sim [**X**] Não

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

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

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

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

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393028

Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEYTON DE SOUSA MOURA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393028

Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393028

Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLEYTON DE SOUSA MOURA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 315971.000015/2019-11

Unidade do Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aecio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 12/06/2019 - 11:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE TANQUE DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TANQUE DO PIAUÍ

Endereço

PI 224, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

Data/Hora

26/01/2019 - 01:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CLEYTON DE SOUSA MOURA

RG: 3886242 SSP PI

Mãe: MARIA RAIMUNDA DE SOUSA MOURA

Pai: JOSÉ FRANCISCO DE MOURA SILVA

Endereço: RJA PROJETADA 11, Nº S/N

Complemento: MORRO DA ESPERANÇA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VÁRZEA GRANDE

Telefone(s): (65) 9-9901-0162

Tipo: Envio: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA BIZ 125

Condutor: CLEYTON DE SOUSA MOURA

RG: 3886242 Órgão: SSP UF RG: PI

Cidade: VÁRZEA GRANDE LF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

No inicio da madrugada do 20 de janeiro de 2019, o noticiante conduzia sua motocicleta, acima qualificada, pela PI 224, partindo de Tanque do Piauí rumo ao município de Várzea Grande. Em determinado trecho da viagem, o pneu dianteiro da moto estourou, fazendo o condutor perder imediatamente o controle da veículo, indo direto ao chão. O condutor da moto perdeu os sentidos. O crânio. Horas mais tarde já deu entrada na UPA do município de Oeiras-PI apresentando traumatismo crânio encefálico e escoriações pelo corpo. Ainda no mesmo dia 20 de janeiro, o paciente foi transferido ao Hospital Regional Tibério Nunes, para ser internado e a realização de exames mais específicos. Faz o que tinha informar.

Aecio Antonio Coimbra De Castro - Mat. 3112764
AGENTE DE POLÍCIA

CLEYTON DE SOUSA MOURA - Noticiante
Responsável pela Informação

Paulo Gregório F. Coimbra
DELEGADO DE POLÍCIA



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

1340 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 315971.000015/2019-11

Paulo Góes de Oliveira
Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASE:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

071.383.403-03

Cleyton de Souza Moraes

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

Nome completo:

Cleyton de Souza Moraes

CPF:

071.383.403-03

Profissão:

Endereço:

Rua Projeta 41

Nome completo da vítima:

Bairro:

Cidade:

Blazeia Grande

Estado:

Piauí

Número:

57n

Complemento:

urbano

E-mail:

Recruso...se

CEP:

64.525.000

Tel.(DDD):

(86)39981.6008

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.005,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4383

CONTA: 65326

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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 das custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão devidamente com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Blazeia Grande - PI 18.06.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

101
LOTERIAS CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 8181
DUDORRIA 0800 725 7474

141-66867896-9

21/MAI/2019

NOT: 16.822897-2

LOCALIDADE: VARZEA GRANDE

16. VINCULADA: 1383

DEPOSITO EM DINHEIRO

1383 013 00065326-6

CLEYTON DE SOUSA MOURA

HORA DF 11:09:12
TERM: 049231

CONTROLE: 125043738

EM SUCESSO. A PREVISAO
ÉATE 30 MINUTOS



HOSPITAL DE PEQUENO PORTO "CICERO RIBEIRO DE ALMEIDA"
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro - Várzea Grande-PI
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284
CNPJ: 06.554.950/0001-44 - e-mail: hospitaldevarzeagrande@hotmail.com

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Eleyton de Sousa Moura

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1996

PROFISSÃO

Trabalhador Rural

SEXO:

MASC.

FEM.

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

RG 3.886.242

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

2005007090200051

RAÇA/COR:

BRANCA

PRETA

AMARELA

PARDA

INDÍGENA

SEM INFORMAÇÃO

FILIAÇÃO:

PAI: José Francisco de Moura Silve

CORRETORA
PJ DE
SEGUROS
DO

24 JUN 2019

DPVAT

MÃE: Maria Raimunda de Sousa Moura

ENDEREÇO:

Rua Projeta 51/6 Bairro Jardim da Esperança

MUNICÍPIO

Várzea Grande

ESTADO:

Piauí

CEP:

64525 000

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: 20 / Janeiro / 2019

HORA: 2:30 hs. da manhã

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Vítima de queda de motocicleta teve escoriações pelo corpo suspeito de traumatismo craniano, atendido pelo Dr. Oliveira feito atendimento e somatório biológico 0,9% medicado para UPA de Beira-PI

Maria das Mercês Santos de Sousa
Técnico de Enfermagem
CRN: 100.1111306-TE
CPF: 150.717.663-35

