

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190257078 **Cidade:** Angical do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA **Data do acidente:** 22/10/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO, LAVAGEM MECÂNICA CIRÚRGICA E FIO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114143/19

Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SC

CPF: 028.962.833-40

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: FRANCISCO GUSTAVO
ALBUQUERQUE SOARES
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA : 028.962.833-40

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: 03/04/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190257078

Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

Data do Acidente: 22/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190257078

Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

Data do Acidente: 22/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190257078

Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

Data do Acidente: 22/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000003827**

Conta: **00000026385-7**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

028.962.833-40

Francisco Gustavo Albuquerque

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

Nome completo:

Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva

CPF:

028.962.833-40

Profissão:

Lavrador

Endereço:

Localidade Tanque

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Angical

Número:

SIN

Complemento:

CEP:

64.410-000

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para 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:

CONTA:

(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.

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

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

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 ABR 2019
GÊNESE DO PEDIDO
RUA COELHO DE SOUZA, 193A
CENTRO - NITERÓI - RJ
CNPJ: 06.948.468/0001-70
E-mail: gine@liderseguros.com.br

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/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Angical - PI 20/03/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190257078 CPF da vítima: 028.962.833-40 Nome completo da vítima: Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva

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

Nome completo: Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva CPF: 028.962.833-40

Profissão: Lavrador Endereço: Localidade Tanque Número: SIN Complemento:

Bairro: Zona Rural Cidade: Angical Estado: PI CEP: 64.410-000

E-mail: Tel.(DDD): 86 99982-3093

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para 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: 3827 CONTA: 026385 7

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

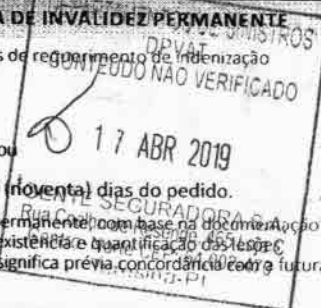
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido

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

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

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

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



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão
de quem assina
a declaração
de indenização
não é obrigatória

Local e Data, Angical - PI 16/04/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 193728.000031/2019-09

Unidade de Registro: 11ª DRPC- AGUA BRANCA

Resp. pelo Registro: Roberto Ribeiro Soares

Data/Hora: 20/03/2019 - 10:22

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ANGICAL DO PIAUÍ

Data/Hora

22/10/2018 - 16:12

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ANGICAL DO PIAUÍ

Bairro

LC TANQUES

512704

Endereço

BR 343 ENTRE ANGICAL DO PIAUÍ E SÃO PEDRO DO PIAUÍ, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3093176 SSP PI

Mãe: MARIA DE JESUS ALBUQUERQUE SOARES

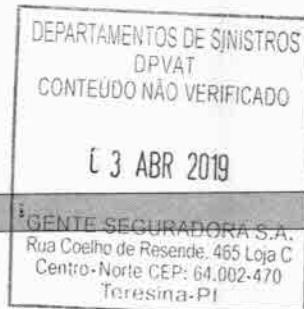
Pai: LUIS FRANCISCO DA SILVA

Endereço: COMUNIDADE TANQUES, Nº

Bairro: LC TANQUES

Cidade: ANGICAL DO PIAUÍ

Telefone(s): 94-2416-27



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA.	CG 150	2015	PIN3971	9C2KC1670FR535821	01077296298	Vermelha

Condutor: FRANCISCO AUGUSTO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

End: COMUNIDADE TANQUES Número: Complemento:

Cidade: ANGICAL DO PIAUÍ UF: PI Bairro: LC TANQUES

Proprietário: MARCOS ANTONIO RODRIGUES DE ABREU

Cidade: ANGICAL DO PIAUÍ UF: PI Bairro: LC TANQUES

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO SAIU DE ANGICAL COM DESTINO A CIDADE DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ PELA BR 343 E PRÓXIMO A PRIMEIRA ENTRADA QUE DAR ACESSO A CIDADE DE SÃO PEDRO HAVIA VÁRIOS FUNCIONÁRIOS DO DENIT FAZENDO LIMPEZA NO LOCAL E EM SENTIDO CONTRÁRIO VINHA UM CAMINHÃO E DE REPENTE SAIU UM VEÍCULO PEQUENO DE TRÁIS DO CAMINHÃO E PARA NÃO COLIDIR DE FRENTE COM O VEÍCULO TIROU SUA MOTO PARA O ACOSTAMENTO ONDE HAVIA UMA PLACA (CAVALETE) QUE TENTOU DESVIAR DA PLACA MAIS BATEU NA MESMA E TEVE FRATURAS NA MÃO DIREITA E PÉ DIREITO, QUE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL DE SÃO PEDRO DE EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA ONDE PASSOU POR CIRURGIA. ERA O REGISTRO.

Roberto Ribeiro Soares - Mat. 0094480
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 193728.000031/2019-09



Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

028.962.833-40

Francisco Gustavo Albuquerque

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

Nome completo:

Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva

CPF:

028.962.833-40

Profissão:

Lavrador

Endereço:

Localidade Tanque

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Angical

Número:

SIN

Complemento:

CEP:

64.410-000

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para 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:

CONTA:

(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.

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

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

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 ABR 2019
GENTIL DO PEDIDO
RUA COELHO DE SOUZA, 193A
CENTRO - NITERÓI - RJ
CEP: 24020-000

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/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Angical - PI 20/03/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 22/10/2018 20:16:32

(User: MARCO ROCHA)

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SIL		Prontuário: 492165
Mãe: MARIA DE JESUS ALBUQUERQUE SOARES		Pai: LUIS FRANCISCO DA SILVA
End.Resid.: COMUNIDADE TANQUES - ZONA RURAL - ANGICAL DO PIAUI - PI - CEP: 64410-000		
Nascimento: 26/07/1988	Idade: 30a2m27d	Sexo: Masculino Fone: 86-99424-1627
Responsável: RITA		CNS: 705006253357951
Profissão: NAO INFORMADO		Documento:
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 690406	Data: 22/10/2018 19:59:18	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Pele crítica	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM 2 DEDO, FRATURA EXPOSTA, SANGRAMENTO ATIVO. SEM OUTRO TRAUMA.		Profissional Clas. Risco: MARCO ANTONIO VERAS ROCHA COREN 274043 Em: 22/10/2018 20:16:32	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Lesão na mão direita
com ferimentos e dor
no 2 dedo.

RAIC-X REALIZADO

DATA 22/10

Técnico:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 ABR 2019

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

PA ____ X ____ mmHg

Pulso: ____

FC: ____ bpm

Temp.: ____

CID: ____

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Levar para o Centro Cirúrgico para cirurgia de urgência.

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Procedimento

CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 22/10/2018 do (a) paciente **FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SIL** o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

- 1 Nome : onde consta FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SIL para **FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA.**

Teresina, 23 de outubro de 2018

Fábio Marcos de Sousa
Diretor Técnico

CRM: 3336
União das Freguesias de Teresina-HUT

Diretor Técnico – HUT

CRM: 3336



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.040.746/0001-85 | Ins. Estadual: 19.301.363-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de inscrição autorizado pela SEFAZ/05/08

Nº da Nota Fiscal 016803649

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

CORTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	28/01/2019	75	46,13

MARCOS ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
LC TANQUE 0 TANQUE
CPF: 00004655135301
CEP: 64.410-000 - ANGICAL DO PIAUÍ

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	2643	Atual:	21/01/2019
Anterior:	2568	Anterior:	21/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	20/02/2019
Consumo Medido:	75	Emissor:	18/01/2019
Consumo Faturado:	75	Apresentação:	21/01/2019
			31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Class/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pst. Med. 12 meses
RESID. BX. RENDA MONO		A1704323		1.4.1.1 73

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	
DEZ/18	66	30 A R\$ 0,291393 =	8,74
NOV/18	75	45 A R\$ 0,499543 =	22,47
OUT/18	79		5,64
SET/18	79	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	33,51
AGO/18	80	DIFFERENÇA DE TARIFA	24,23
JUL/18	65	SUBVENCAO BAIXA RENDA	
JUN/18	74		
MAI/18	74		
ABR/18	79		
MAR/18	71		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30 - R\$ 0,210526			
31 A 75 - R\$ 0,361026			

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/01/2019 em função das contas vencidas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor no Serasa, impedindo assim a existência de novas parcelas e a realização de novos empréstimos. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 036 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 34E7.D557.10F0.2A71.AC5E.FB92.1798.7C79

COMPOSIÇÃO DA CORTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	13,51	Base de Cálculo:	64,72
Energia:	26,09	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,41	Valor do ICMS:	14,23
Encargos:	2,78	Valor do PIS:	0,66
Tributos:	17,93	Valor do COFINS:	3,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,48			
0,00			0,00			0,00			

SÃO PEDRO DO PIAUÍ

11/2018 10,52



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
3 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-420
Teresina-PI

TC 1.38
20190204130124

MATRÍCULA 13650041-2
FATURA Nº 150371442
MÊS / ANO 2/2019

NOME / ENDEREÇO
MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep:64019330

LOCALIZAÇÃO 002-00019-002030
GRUPO 002
NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y18S035846

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS / ANO TIPO LIDO FATURADO
01/2019 Lido 16 16
12/2018 Lido 20 20
11/2018 Lido 24 24
10/2018 Lido 16 16
09/2018 Lido 16 16
08/2018 Lido 17 17

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 04/01/2019 69
ATUAL 04/02/2019 91
CONSUMO / LÊS M3 22
LEI 12.741/2012
PIS. PASEP 94,24*1,65% = 1,55
COFINS 94,24*7,60% = 7,16

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0 10 2,8450 65
10 25 5,3000 65
25 999999 9,1500 65
NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
DESCRÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
VALOR REFERENTE AGUA - 92,05
> Residencial-Normal 22,0 m3 92,05
JUROS POR ATRASO 12/2018 0,59
MULTA POR ATRASO 12/2018 1,60

VENCIMENTO 18/02/2019
TOTAL A PAGAR 94,24

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Após o prazo do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços.
conforme Lei Federal nº 11.450/07. Em 10 dias após a emissão, o valor devido será acrescido de multa.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2672	2669	3	1,49	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2653	2575	78	5,80	Inferior a 15
PH	2681	2631	50	6,63	6,00-9,50
TURBIDEZ	2685	2645	40	1,75	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	744	740	4	Ausente	Ausente
ESCHERICHIA COLI	744	744	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 04/02/2019 HORA DA EMISSÃO: 13:01

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

3 ABR 2019

TC 1.38 20190204130124

ÁGUAS DE
TERESINA

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

MATRÍCULA 13650041-2
FATURA Nº 150371442
MÊS / ANO 2/2019

VENCIMENTO 18/02/2019
VALOR A PAGAR 94,24

8265000000-3 94241535000-1 00201915037-0 14420100104-3



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listados serão cobrados por meio de boleto.

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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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 Maria do Carmo Procondonio da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 114 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Gustavo Albuquerque Soares Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 098.962.833 / 110

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Gustavo Albuquerque Soares Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.962.833 / 110, 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 Henrique Dias</u>	Número: <u>790</u>	Complemento:
Bairro: <u>Vermelha</u>	Cidade: <u>Terresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64019-330</u>	
		Tel.(DDD): <u>(86)99982.3093</u>

Local e Data: Terresina - PI 22.03.2019

Maria do Carmo Procondonio da Silva
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, marcos Antonio Rodrigues de Araujo

RG nº 3.026.542, data de expedição 05/06/07

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 046.551.353-01

com domicílio na cidade de Angical, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

localidade Tanque, nº SIN

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Francisco Gurtavo Albuquerque Soares Silva, cujo o condutor era

Francisco Gurtavo Albuquerque Soares Silva

Veículo: moto Modelo: HONDA/CB 150 START Ano: 2015

Placa: PIN-3971 Chassi: 9C2KC1670FR535821

Data do Acidente: 22/10/18

Local e Data: Angical - PI 20/03/2019

marcos Antonio Rodrigues de Araujo

Assinatura do Declarante

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





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

Alton

NOME DO PACIENTE: Francisco Gustavo Albuquerque Soares Sbr.
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 492165

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".





(MARCO ROCHA)

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __: __

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



GOVERNO
DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAUDE-SUPAS

DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA – DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 22/10/2018 HORA: 16:12 Nº DOTELEFONE: 3280 - 1244

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro

MUNICIPIO: São Pedro do Piauí

MÉDICO: Pauline Rocha

CRM: -PI 7306

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Francisco Gustavo Albuquerque

Data de Nascimento 26.07.1988 Idade: 30 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde 898 0037 33331321

Município de Procedência Angical do Piauí

HDA: Fratura exposta de 2ª art. da mão @. Paciente consciente e orientado. ACR: Sem alteração. Abdomen inerte.

HD: _____ CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

4 – Espontânea

3 – Comandos

2 – À dor

1 – Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

5 – Orientado

4 – Confusa

3 – Palavras inapropriadas

2 – Palavras incompreensíveis

1 – Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

6 – Obedece a comandos

5 – Localiza dor

4 – Movimento de retirada

3 – Flexão anormal

2 – Extensão anormal

1 – Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. _____ °C P: 88 bpm R: _____ mrm PA: 120x70 mmHg Sat O₂ 98% Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

() Oxigênio () Hidratação Venosa _____
() Aspiração () Medicação (especificar) _____
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Drª Pauline Rocha
MÉDICA
CRM: 7306

Assinatura e carimbo do Médico



HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clínica/Posto: _____ Senha: 1046289 AUT 398041065



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Francisco Vinícius Albuquerque Soares Neto</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura exposta do 2º dedo de mão @</i>		
Operação - Tipo <i>LMC + fixação</i>		
Cirurgião <i>Ricardo Valença</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Dr. Ricardo Valença</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>CRM: 3766 - TEOT: 11305</i>	Anestesia	
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>22/12/13</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>2 mm</i>		
Relatório Imediato do Patologista <i>/</i>		
Acidente Durante a Operação <i>/</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Ponto em DOH com bloqueio de dor + robô
- ② Antérmico + compressa
- ③ Proteção de campos estéril
- ④ Desbridamento + LMC com SF 9,35 em alveolo
- ⑤ Fixação com fio de Kirschner
- ⑥ Sutura de pele
- ⑦ Curativo

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11305



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22/10/13

NOME DO PACIENTE: <u>Francisco Albuquerque Soares</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>492165</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura exposta do fêmur</u>	CIRURGIA: <u>inc + fixação</u>
ANESTESIA: <u>local</u>	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Ricardo</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>—</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Verismon</u>	CPF Nº:

Dr. Ricardo
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEO: 11385

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>3.5</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	UNID.	05	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	3.0	03.					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
UNID.
13 ABR 2014
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Esta é uma cópia original
CONFERE COPIA ORIGINAL
Vg

MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO PACIENTE

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO

492165

CLÍNICA

Ortopédica

ENF. OU AP

LEITO

MÉDICO ASSISTENTE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

125 or de peso de balano
126 or de peso de balano

22/10/18

DIETA ORAL LIVRE

SF 0.9% 500 ml EV AO DIA

BANITIDINA 50 MG- A AMP + AD. EV. 8/8 H

	DIPBONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H
--	----------------------------------

TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H

| TRAMAI | 100 MG + 100 MI | SF 0.9%, IV, 8/6 H |

CEEALOTINA 1G + AD EV 6/6 H

SSW e CCGG

~~Dr. L. A. ...
Med Co
RM-PI 647A~~

ref	2500	AYENÇAO
-----	------	---------

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3786 - TEOT: 11305

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 ABR 2019

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SIL** (Prontuário:
Endereço: COMUNIDADE TANQUES - ZONA RURAL - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000
Nascimento: 26/07/1988 Idade: 30a6m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 690406
Requisição: 885598 Solicitação: 22/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1097607 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/10/2018

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura nas falanges do 2º dedo.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura nas falanges do 2º dedo.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/01/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



*Atestado de Verificação de Originalidade
Manuseio: 03/04
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL*

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRONTUARIO:83960 NOME DO PACIENTE: FRANCISCO GUSTAVO ALBURQUERQUE NASC:26/07/1988
RAÇA:099 IDADE:30 Anos, 2 Meses e 26 Dias.
SEXO:M TELEFONE MOVEL:??? TELEFONE FIXO:???
CEP:64410-000 MUNICIPIO (RESID): ANGICAL DO PIAUI UF:PI IBGE: 2200608
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO:ANGICAL DO PIAUI UF:PI
ENDEREÇO:RUA ANGICAL - nº 0 BAIRRO: CENTRO
CNS:8980037333332RG: - ORGÃO EMISSOR:
NOME DO PAI:
NOME DA MÃE: MARIA DE JESUS ALBURQUERQUE SOARES

OK

DADOS DO ATENDIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

Furúnculo exposto em 1º quadrante da mão (7)
HISTORICO CLINICO:

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

- Duplicação do horário de infusão
- Tramadol 100mg + 100ml SFO, 9% # 16:33
harmio

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

C 3 ABR 2019

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

Pauline Rocha
CRM 7306 PI

Dr. Pauline Rocha
Médica
CRM 7306 PI

Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO
22/10/2018 16:12:54

POLEGAR

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

3190

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DISTRITO FEDERAL
 SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL
 DPT - INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

16

Francisco G. A. Soares Silva
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

2079007130A

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.093.176 DATA DE EXPEDIÇÃO 14-08-2009

NOME FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA

FILIAÇÃO Luis Francisco da Silva Maria de Jesus Albuquerque Soares

NATURALIDADE Angical do Piauí-PI DATA DE NASCIMENTO 26-07-1988

DOC. ORIGEM C.Cas. Nº 38281, Fls. 106, Liv. B-0129, 7º OF. Ceilândia-DF

CPF 028.962.833-40

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

3 ABR 2019

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

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

NOME
MARIA DO CARMO PROCEDIMIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
1457994 SSP PI

CPF
703.754.703-44

DATA NASCIMENTO
10/09/1971

FILIAÇÃO
LUIZ PROCEDIMIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
02851011130

VALIDADE
15/12/2022

1ª HABILITAÇÃO
29/04/2003



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910



OBSERVAÇÕES
A

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

ASSINATURA DO PORTADOR
MARIA DO CARMO PROCEDIMIO DA SILVA

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
20/12/2017

70615801046
PI320021300

ASSINATURA DO EMISSOR
ARÃO MARTINS DO REGO LOBÃO

PIAUI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
3 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190257078 **Cidade:** Angical do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA **Data do acidente:** 22/10/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO, LAVAGEM MECÂNICA CIRÚRGICA E FIO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PG4

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Casado	Profissão: Lavrador
Identidade nº: 3.093.176 SSP/PI	CPF nº: 028.962.833-10	
Endereço: Localidade Tanque O zona Rural de Angical- PI		
CEP: 64410-000	Telefone: (86) 99982.3093	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira	Profissão: Bacharel em Direito
Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI	CPF/MF nº: 703.754.703-44	
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,		
CEP: 64.019-330	Telefone: (86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055	

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () **POR MORTE** (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () **DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia 22/10/18 para a Vitima Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva



Angical-PI 20/03/2019

Local e data



Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva

- Vitima ou Representante Legal -



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114143/19

Número do Sinistro: 3190257078

Vítima: FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SC

CPF: 028.962.833-40

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: FRANCISCO GUSTAVO
ALBUQUERQUE SOARES
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SILVA : 028.962.833-40

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/04/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa