

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/04/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO, LAVAGEM MECÂNICO 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
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114143/19

**Vítima:** FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SC

**CPF:** 028.962.833-40

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/10/2018

FRANCISCO GUSTAVO

**Titular do CPF:** ALBUQUERQUE SOARES

SILVA

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS 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

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 03/04/2019

Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA  
CPF: 703.754.703-44

Data do cadastramento: 03/04/2019

Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa

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

---

Rio de Janeiro, 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

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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: 3190257078 CPF da vítima: 028.962.833-10 Nome completo da vítima: Francisco Guntavo Albuquerque Gouna Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:	CPF:
Francisco Guntavo Albuquerque Gouna Silva	028.962.833-10
Profissão:	Número:
Lavrador	SIN
Endereço:	Complemento:
localidade Tanque	
Bairro:	CEP:
Zona Rural	64.410-000
Cidade:	Tel.(DDD):
Angical	86199982-3093
E-mail:	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3827 CONTA: 026.385

(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 pagamento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação acima 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.

DPVAT  
LAUDO NÃO VERIFICADO  
17 ABR 2019  
RUA CONDE DA SERRA DA MATA, 1000  
BLOCO 10, SALA 1002  
CEP 64000-000  
ANGICAL - PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Vítima deixou  
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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
representante  
legal da  
vítima

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

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

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

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 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.



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

280 v. 1.0



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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ANGICAL DO PIAUÍ

Endereço

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

Complemento

Data/Hora

22/10/2018 - 16:12

5/2704

Bairro

LC TANQUES

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 ABR 2019

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

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 150

Ano: Placa: Chassi:

2015 PIN3971 9C2KC1670FR535821

Renavam:

01077296298

Cor:

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: 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 CONTRARIO VINHA UM CAMINHÃO E DE REPENTE SAIU UM VEICULO PEQUENO DE TRAIS DO CAMINHÃO E PARA NÃO COLIDIR DE FRENTES COM O VEICULO TIROU SUA MOTO PARA O ACOSTAMENTO ONDE HAVIA UMA PLACA (CAVALETE) QUE TENTOU DESVIAR DA PLACA MAS 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



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

280 v. 1.0

**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:

Lavradores

Endereço:

localidade Tanque

Número:

SIN

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Angical

CEP:

66.410-000

E-mail:

Estado:

PI

Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> 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 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
6 13 ABR 2019  
Rua Costa Rica, nº 100, Centro, São Luís, MA  
Centro de Representação da Lider SA  
CNPJ: 04.331.141/0001-40  
Término da validade da autorização  
para a realização de perícias e/ou  
avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## 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):

- |  |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou                 |
| <input type="checkbox"/> 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, apresentando, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia consentença para a realização de perícias e/ou 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

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

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

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

### 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 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 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 PIAUÍ - 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 Secundario: 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 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO Em: 22/10/2018 20:16:32
--	---

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

*Traume no dedo direito com ferimentos e disomidez no 2 dedo.*

*RAIC-X REALIZADO*

*DATA: 22/10/2018*

*Técnico: [Signature]*

PA X mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
-----------	--------------	---------------	--------------

Diagnóstico Inicial:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*Regreder com politena.*

*Ir Centro Cirúrgico para cirurgia de urgência.*

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se Internação, indique o Procedimento e CID	
DATA: / / .	HORA: : .	Procedimento
		CID

*José Gomes*  
 Assinatura Paciente ou Responsável

*Dr. Reinaldo Frutuoso*  
*Ortopedista e Traumatologista*  
*Cirurgião - Clínico e Cirúrgico*  
*CRM-PI 153356 10/10/2020*

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 SILVA** o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

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

Teresina, 23 de outubro de 2018

*Fábio Marcos de Sousa*  
Fábio Marcos de Sousa  
CRM: 3336  
Diretor Técnico – HUT

CRM: 3336



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Marechal Rondon 759 - Centro/7501 - Teresina - PI  
CNPJ: 00.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 11.301.363-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de imprensa autorizada pela SEFAZ/05/98

Nº da Nota Fiscal 016803649

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSSE foi criada  
pelo Decreto nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA 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		KWH	DATAS DA LEITURA	
Atual:	2643		Atual:	21/01/2019
Anterior:	2568		Anterior:	21/12/2018
Constante da Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	20/02/2019
Consumo Médio:	75	F CAM	Emissor:	18/01/2019
Consumo Faturado:	75		Ajustamento:	21/01/2019
NORMAL			31	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligações	Número Habitador	Ponto	Código Pnt.
RESID.BX . RENDA	MONO	A1704323	1.4.1.1	73
HISTÓRICO kWh			(DESCRITIVO DA CONTA)	
dez/18	66		CONSUMO 30 A R\$ 0,291393 = 8,74	
NOV/18	75		45 A R\$ 0,499543 = 22,47	
OUT/18	79		CONTR. ILUHINACAO PUB. (CO SIP) 5,64	
SET/18	79		DIFERENCA DE TARIFA 33,51	
AGO/18	80		SUBVENCAO BAIXA RENDA 24,23-	
JUL/18	65			
JUN/18	74			
MAI/18	74			
ABR/18	79			
MAR/18	71			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
8 A 75 - 0,210530				
31 A 75 - 0,361020				

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISOS DE VENCIMENTO

Nos/Ano	Valor R\$	Informações sobre a suspenção do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/02/2019, se fizer uso das revisões da tarifa futura. Um novo pagamento deve ocorrer tanto a inclusão do nome do consumidor na fatura, informando assim, eventual(s) vencimento(s) e já revisada(s) no valor de R\$ 220,70 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento faturado posterior ao este aviso.
12/2018	40,95	LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

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

RESERVADO AO FOCO 34E7.D557.10F0.2A71.ACSE.FB92.1798.7C79

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE		DATA	DATA
8,06	16,12	32,23	4,59
0,00		0,00	18,37
			4,48
			0,00
			0,00
			11/2018
			10,52

SAO PEDRO DO PIAU

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Marechal Rondon 759 - Centro/7501 - Teresina - PI  
CNPJ: 00.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 11.301.363-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1521791-4	46,13
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
01/2019	28/01/2019

Nº da Nota Fiscal: 016803649 F CAM

8368000000 9 46130017000 2 00000001521 4 79140119008 1



SEQ.: 00050 UC: 1521791-4 DT.LEIT.: 21/01/2019 T.ENTR.: 09  
LEITURA: 2643 NORMAL TOTAL: 46,13 CARGA: 001  
DT.VENC.: 28/01/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2461

ÁGUAS DE  
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Piçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA  
TC 1.38  
20190204130124  
13650041-2

FATURA Nº  
MÊS/ANO  
150371442  
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  
Y185035846

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  
ANTERIOR 04/01/2019 69  
ATUAL 04/02/2019 91

CONSUMO / 15 M3  
22  
LEI 12.741/2012  
PIS/PASEP 4,24% + 1,65% = 1,55  
COFINS 94,24% + 7,60% = 7,16

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 92,05		
0 18 2.8456 65	> Residencial-Normal 22,0 m3	92,05	
18 25 5.3688 65	JUROS POR ATRASO 12/2018	0,59	
25 99999 9.1500 65	MULTA POR ATRASO 12/2018	1,60	

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

VENCIMENTO  
18/02/2019

TOTAL A PAGAR  
94,24

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

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

NOTIFICAÇÃO

Até o dia da Vencimento, o não pagamento dessa fatura condicionará a suspensão dos serviços.

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 TÓXICOS	744	740	4	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	744	744	0	Ausência	Ausente

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

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 ABR 2019

TC 1.38 20190204130124

ÁGUAS DE  
TERESINA

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

MATRÍCULA  
13650041-2

FATURA Nº  
MÊS/ANO  
150371442  
2/2019

VENCIMENTO

18/02/2019

VALOR A PAGAR

94,24

82650000000-3 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 na próxima fatura.



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Olvidoria: 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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Procadonio 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>Venzelha</u>	Cidade:	<u>PI</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>64019-330</u> Tel.(DDD): <u>(86)99982-3093</u>

Local e Data: Teresina - PI 22.03.2019

Maria do Carmo Procadonio da Silva  
Assinatura do Declarante



## **DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br) ou entre em contato com a Alider Seguros.

**Central de Atendimento (para consultar sobre o seu seguro)** [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Capitais e regiões metropolitanas: 4030-1595 / Outros: 4030-1596**

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 Ouvintoria: 0800 021 91 35

Eu, Marcos Antonio Rodrigues de Araujo,  
RG nº 3.026.912, data de expedição 05/06/07,  
Órgão SSP / PI, portador do CPF nº 016.591.353-01,  
com domicílio na cidade de Angical, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
localidade Tanque, nº S/N,  
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Francklin Guntavo Albuquerque Soares Silva, cujo o condutor era  
Francklin Guntavo Albuquerque Soares Silva  
Veículo: moto Modelo: HONDA CG 150 START Ano: 2015  
Placa: PIN-3971 Chassi: 9C2KC1670FR535821  
Data do Acidente: 22/10/18

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

~~Marco Antonio Rodríguez de Arellano~~

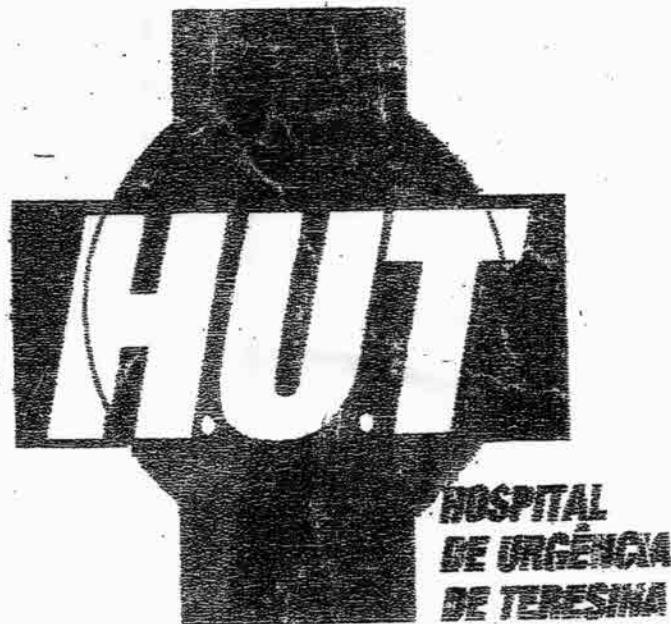
### Assinatura do Declarante

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



Lucas Emanuel A. Santos  
ESCREVENTE/SUBSTITUTO

*Altos*



NOME DO PACIENTE: Francisco Gustavo Albuquerque Farias Sforz

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 492/65



**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".



## 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 20:16:44  
(MARCO ROCHA)

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

## DADOS DO PACIENTE:

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

## DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 690406	<u>Data:</u> 22/10/2018 19:59:18	<u>Clas. Cor:</u> Laranja
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_:\_ \_\_\_ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_:\_ \_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

63 ABR 2019

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

SENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_:\_ \_\_\_ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Carimbo/Assinatura Solicitante

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 22/10/2010 HORA: 16:12 Nº DOTELEFONE: 3280-1244

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro

MÉDICO: Pauline Rocha

MUNICIPIO: São Pedro do Piauí

CRM: -PI 7306

## NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

 Obstetrícia  Trauma  Clínico  Cirúrgico  Pediatria  Outro \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Franisco Gustavo AlberguequeData de Nascimento 26.09.1988 Idade: 30 anos Sexo:  Masculino  FemininoCPF \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde 893 0037 33331321Município de Procedência Alegrete do PiauíHDA: Fratura exposta da 1<sup>a</sup> articulação da mão (D). Paciente comandante e oriundo. ACR: Sem alterações. Abdomen inquieto.

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 O<sub>2</sub> 98% Glicemia: \_\_\_\_ mg/dl

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

- Oxigênio       Hidratação Venosa \_\_\_\_\_
- Aspiração       Medicação (especificar) \_\_\_\_\_
- Curativo       Outros: \_\_\_\_\_

## EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Dra Pauline Rocha  
MÉDICA  
CRM-PI 7306

Assinatura e carimbo do Médico

## HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUTClínica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: 1046289 AUT 398041065



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Francisco Geraldo Almeida Joaquim 36

Diagnóstico pré-operatório

Fratura exposta do 2º dedo da mão (D)

Operação - Tipo

Lmc + fixação

Cirurgião

Ricardo Valença

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

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

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

22/12/13

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Ponto em DDT com ligadura torcular + náilon
- ② Retirar pinos + amarras
- ③ Progressão do campo externo
- ④ Desbridamento + Lmc com ST 0,9° em almofadas
- ⑤ Fixação com fio de Vicryl
- ⑥ Sutura de pele
- ⑦ Curativo

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



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**Fundação Municipal de Saúde**

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 22/10/13

NOME DO PACIENTE:	<i>Francisco Almeida dos Santos</i>	PRONTUÁRIO Nº:	<i>492165</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Fratura exposta do fêmur</i>	CIRURGIA:	<i>Lnc + fixação</i>
ANESTESIA:	<i>local</i>	Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Ricardo Valente</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>CRM: 3786 TEC: 11305</i>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Verônica</i>	CPF Nº:	

## 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 75	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 810	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	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVA - UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	3 ABR 2013 FASCO		
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	CENTE SEGURAD Rua Coelho de Resende Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI		
JELCO Nº	UNID.	01			UNID. ORASA 465 Loja C Teresina-PI		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	VERIFICAÇÃO COMFERIDA CONEFERIDA CONEFERIDA		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Exponencial - 02</i>			
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:	<i>lucy</i>		
PROLENE							



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO GUSTAVO ALBUQUERQUE SOARES SIL** (Prontuário:  
 Endereço: COMUNIDADE TANQUES - ZONA RURAL - ANGICAL DO PIAUÍ - 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: SUS

### 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



## ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRONTUÁRIO: 83960 NOME DO PACIENTE: FRANCISCO GUSTAVO ALBURQUERQUE NASC: 26/07/1988  
RACA: 099 IDADE: 30 Anos, 2 Meses e 26 Dias.  
SEXO: M TELEFONE MÓVEL: ??? TELEFONE FIXO: ???  
CEP: 64410-000 MUNICIPIO (RESID): ANGICAL DO PIAUÍ UF: PI IBGE: 2200608  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO: ANGICAL DO PIAUÍ UF: PI  
ENDEREÇO: RUA ANGICAL - nº 0 BAIRRO: CENTRO  
CNS: 89800373333132 RG: - ORGÃO EMISSOR:  
NOME DO PAI:  
NOME DA MÃE: MARIA DE JESUS ALBURQUERQUE SOARES

Ok

## DADOS DO ATENDIMENTO

## QUEIXA PRINCIPAL:

Fraulino de pista em 1º quadrante da mão

## HISTÓRICO CLÍNICO:

## EXAMES FÍSICOS:

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

## TRATAMENTO SOLICITADO:

- Drenagem do veno de infusão.  
- Tramal 100mg + 100ml SFO, qd. ± 16:33  
março

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

03 ABR 2019

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

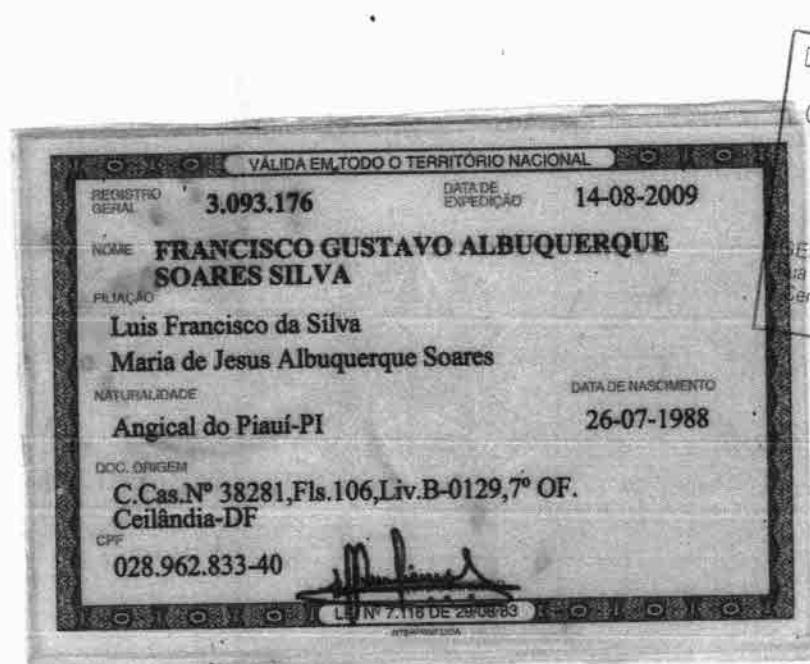
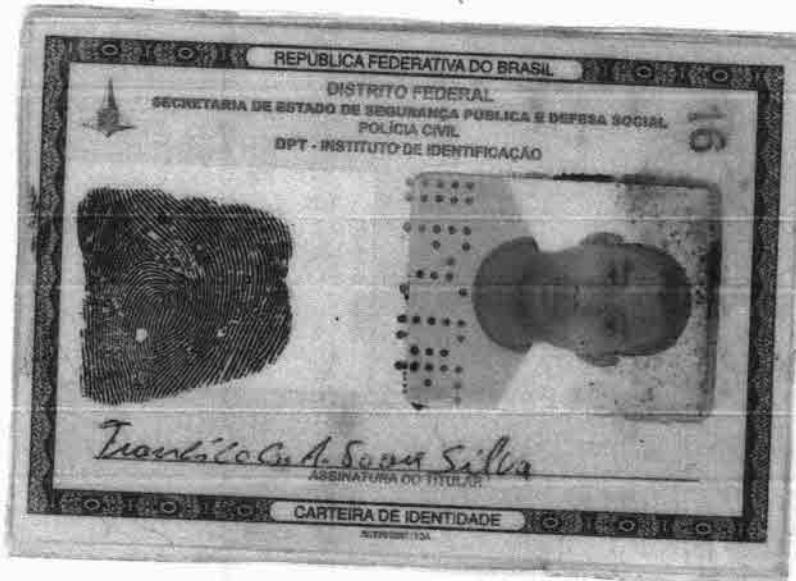
Pauline Rocha  
CRM 7306 PI

Dr. Pauline Rocha  
CRM 7306 PI  
Assinatura: 08/2018 - 08/2019  
Assinatura: 08/2018 - 08/2019

POLEGAR

Juan Mariano da Silva  
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

3190





PROIBIDO PLASTIFICAR  
1554660910

Maria do Carmo Procedomio da Silva  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO: 20/12/2017  
ARAO MARTINS DO REGO LOBÃO  
ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUÍ

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO 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      **Data do acidente:** 22/10/2018      **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.  
ALBUQUERQUE SOARES SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/04/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO, LAVAGEM MECÂNICO 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
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## PROCURACAO PARTICULAR

**OUTORGANTE**

*Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva*  
 Nacionalidade: Brasileira | Estado Civil: *Casado* | Profissão: *Lavrador*  
 Identidade nº: *3.093.176 SSP/PI* | CPF nº: *018.962.833-00*  
 Endereço: *Localidade Tanque o zona Rural de Angical - PI*  
 CEP: *64110-000* | 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 perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer 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 trânsito ocorrido no dia

22/10/18 para a Vítima *Francisco Gustavo Albuquerque*  
*Sousa Silva*



*Angical - PI*

*20/10/2019*

Local e data

*Francisco Gustavo Albuquerque Sousa Silva*

- Vítima ou Representante Legal -



*Lucas Emanuel A. Santos*  
 ESCREVENTE/SUBSTITUTO

Rua Amílio Góes n°390 - CEP: 64.410-000, Angical do Piauí - PI  
 Fone: (86) 99982-3093. Email: cartorioangical15@gmail.com

# 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2018

FRANCISCO GUSTAVO

Titular do CPF: ALBUQUERQUE SOARES

SILVA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 17/04/2019

Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

CPF: 703.754.703-44

Data do cadastramento: 17/04/2019

Nome: Paula Vargens Mendes da Costa

CPF: 004.709.313-70

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa