

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2015

Carta nº: 7932499

A/C: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA

Sinistro: 3150790164
Vítima: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA
Data Acidente: 24/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **EDINALDO BARBOSA DE SOUSA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000001606**

Conta: **0000090726-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2015

Carta nº: 7832299

A/C: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA

Sinistro: 3150790164
Vítima: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA
Data Acidente: 24/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2015

Carta nº: 7771224

A/C: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA

Sinistro: 3150790164
Vitima: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA
Data Acidente: 24/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/09/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/09/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000090726-9

Nr. da Autenticação BF4DE3DC69D201AC

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150790164

Cidade: Timon

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA

Data do acidente: 24/05/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: joelho d - fratura exposta em patela, com cicatriz cirúrgica local

Descrição do exame médico pericial: limitação importante na mobilidade - flexão e extensão, com marcha claudicante

Resultados terapêuticos: tratamento cirúrgico com fixação ortopédica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito com alteração na marcha,

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/09/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Glausto P S da C e Silva

CRM do médico: 3760

UF do CRM do médico: MA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



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

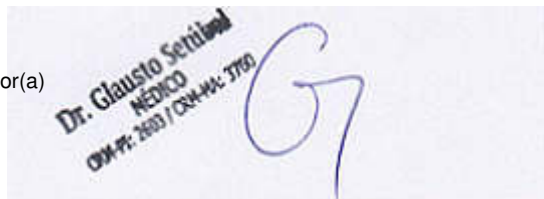
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Edinaldo Barbosa de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Wilson Carvalho, 3061
Tabuleta Teresina PI CEP: 64018-210
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2855746
Data local do exame: [24/09/2015] Timon [MA]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- joelho d - fratura exposta em patela, com cicatriz cirúrgica local, com limitação importante na mobilidade - flexão e extensão, com marcha claudicante**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- persiste alteração na marcha com redução na força muscular, em uso de muletas, com trat cirúrgico com fixação ortopédica, alta - 072015**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- joelho d - perda funcional de grau intenso, com alteração na marcha, compromete atividades laborais**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
Joelho - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



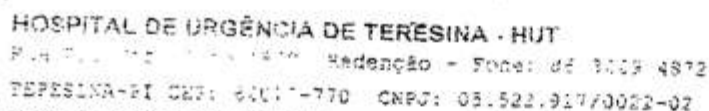


NOME DO PACIENTE: Edinaldo Benhosa de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 360.207

ARUANA SEGUROS
10 SET 2015

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 74/05/2015 04:58:30
(MARCELO POSTO)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> EDINALDO BARBOSA DE SOUSA		<u>Prontuário:</u> 360207
<u>Mãe:</u> MARIA LUIZA BARBOSA DE SOUSA	<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u> RUA DOM AVELAR - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 02/11/1989	<u>Idade:</u> 26a:6m:22d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-8802-4020
<u>Responsável:</u> JOSE MARCOS OLIVEIRA	<u>CNS:</u> 709507303891973	
<u>Profissão:</u>	<u>Documento:</u> RG: 2855746 - SSP-PI	
<u>G. Instrução:</u> Nêcio Completo	<u>Civil:</u> Solteiro(a)	
<u>End. Local:</u>		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 472744	<u>Data:</u> 24/05/2015 04:55:29	<u>Condução:</u> AMBULANCIA DO SPMU
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Acid.Trab.:</u> Não	<u>Caso Policial:</u> Não	<u>Pl.Saúde:</u> Não
	<u>Trauma:</u> Sim	<u>Maus Tratos:</u> Não

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: ____/____/____ : ____ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Neurocintogen 24/05/15

Paciente com quadro de dor crônica D. lado C
opos tórax e motossua.

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ____/____/____ : ____ Carimbo/Assinatura Solicitante

Aceroum = 800 : 15

T.C. com 100 linhas neurocintógenas.
cd: 100 neurocintógenas + 100 neurocintógenas

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: ____/____/____ : ____
ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante:

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ____/____/____ : ____

ARUANA SEGUROS
10 SET 2015
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer:

Timbro/Assinatura Prof. _____

7



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24 / 07 / 15

NOME DO PACIENTE: <u>Edvaldo Barroso de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>360207</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Duodenal Úlcera de Pele D</u>	CIRURGIA: <u>L.M.C</u>
ANESTESIA: <u>Rapier</u>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>Dr. Levis</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Tiago</u>	CPF Nº: _____
ADORA: <u>Ediane</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>8,0</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.	04	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Cateter os</u>		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Elitrods. (cateter)</u>		01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<u>Escolas.</u>		03 unid	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Crepom.</u>		02 unid	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOOL							
MONONYLON <u>2-0</u>		02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							

ENTRADA
OCCORRÊNCIA
2605/11

ARUANA SEGUROS
10 SET 2015

ENFERMARIA:
CIRCULANTE:
Edson martinho



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 - Redenção - Fone: 86 3239 4272

TERESINA-PI CEP: 64017-170 - CUF: 05.522.917/0022-01

Página: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO BARBOSA DE SOUSA** (Prontuário: 360207)
Endereço: RUA DOM AVELAR - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 02/11/1988 Idade: 26a:6m:22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 472744
Requisição: 5325:0 Solicitação: 24/05/2015 Solicitante: MARCELO COELHO AVELINO
Controle: 372856 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/05/2015

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(ANTONIO

TERESINA - PI 24/05/2015

JOELSON OLIVEIRA MENEZES

CPF: 321.029.13-30

Profissional Responsável

RECIBO
CONTROLE QUALIDADE
20/05/15
K2

ARUANA SEGUROS

10 SET 2015



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27, 05, 2015

NOME DO PACIENTE	Edivaldo Barbosa de Sousa	PROTÓTIPO Nº	38-207
DIAGNÓSTICO:	Ft. Concha (Labioplastia)	CIRURGIA:	Labioplastia Labial
ANESTESIA:	Dr. Eliane	Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Dr. Wilamildo	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Raque	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Tereza Ferreira	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		crem	Doz	03	
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	20	02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL	0	02		ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:	3mz		

HIO GANE
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, 27/05/2015
SERVIDOR

ARUANA SEGUROS
10 SET 2015

R. L. L. L.

5-07

Jo



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Edinaldo Barbosa da Silva

Diagnóstico pré-operatório

Fratura exposta do fêmur D

Operação - Tipo

Ampliação mediana unipolar

Cirurgião

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

24/05/15

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① Posição do DPH sob anestesia

② Ampliação + campo estéril

③ Fratura do fêmur da esquerda com IPQ, 3x4 cm, com fragmentos deslocados e deslocados da parte medial; verificando o estado de fragmentos e possível de sítio

④ Suturas + campo estéril

⑤ RPT

ARUANA SEGUROS

10 SET 2015

Dr. Rafael Levi Loucheard S. da Cunha
CRM: 38071 TEOT: 12983
Trauma do Tórax e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

NOME DO PACIENTE

Nº DE REGISTRO
36-0280

ALTURA	1,70
--------	------

BRONQUITE

OUTROS

FÍSICOS

5) Diamond 2.5 mg

EFEITOS

TOTAL DE DOSES

街

A. Idenitracoon
 B. Honilorigace
 C. Acasto Vm
 D. Seidicoo
 E. Pague
 F. Voudy pas Sm
 G. Dm
 H. Dipeono Z
 I. Zeha sm
 J. Hautidemp
 K. Cagolind Z
 L. Ondause sm
 M. Eadron sm
 N.
 O.
 P.
 Q.
 R.
 S.
 T.
 U.
 V.
 W.
 X.
 Y.
 Z.

260
240

1

1

1

SÍMBOLOS

DIREÇÃO

TÉCNICAS RAGUAUPTESIA

OPERAÇÕES Tbo. arrend. natureza de patela

CIRURGIÃO Dr. Wladimir

ANESTESISTAS
Dra. Gloria Eliane Sara
Psicóloga

INCIDENTE - ACIDENTE

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

ARUANA SEGUROS

MOD. 76 - HUT



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Edmundo Barros de Souza		
Diagnóstico pré-operatório	Fm. Cerebral de Pálido		
Operação - Tipo	Pneumotomia		
Cirurgião	Dr. Walek	1º Assinante	Dr. Walek
2º Assinante		3º Assinante	Dr. Walek
Instrumentador(a)	Anestesiologista	Anestesia	
Anestésico(a)			

Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
O mesmo		

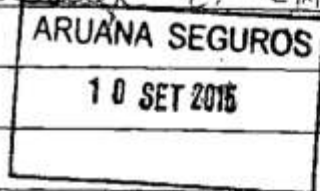
Relatório Imediato do Patologista
Ø

Acidente Durante a Operação
Não tem

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Fm. Cerebral de Pálido
2. Mandibula + Arterial + Cerebral
3. Fm. Cerebral de Pálido
4. Ressecção de Pálido
5. Ressecção de Pálido
6. Ressecção de Pálido
7. Ressecção de Pálido
8. Ressecção de Pálido





CLÍNICA

São Bernardo
consultas e exames

* CONSULTAS MÉDICAS
* RADIOLOGIA
* ULTRA-SOMOGRAFIA
* ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
* ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER
* ELETROCARDIOGRAMA
* CITOLOGIA
* COLPOSCOPIA
* EXAMES LABORATORIAIS
* ECGCARDIOGRAMA COM DOPPLER

Rua Sete de Setembro, 239/Sul • Teresina-PI • Fone/Fax: 3221-4748 / 3222-0890
e-mail: clinicasaobernardo@yahoo.com.br

Paciente : EDINALDO BARBOSA DE SOUSA
Convênio : PLANO POPULAR
Medico : Dr(a).-
RG: 2.855.746 Protocolo: 3855

CLINICA SAO BERNARDO
Unidade.: SAO BERNARDO
Cadastro: 18/06/2015 08:22h
Idade: 26A 7M

RAIOS-X - JOELHO DIREITO

- Estrutura óssea conservada
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO:

- EXAME RADIOLÓGICO NORMAL.

Dr. José Lustosa Elvas Parente
CRM-PI 444
Radiologista

ARUANA SEGUROS
10 SET 2015

15



Prefeitura de
Timon

SECRETARIA MUNICIPAL DE

SAÚDE/SUS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA



**SAMU
192**

AMBULÂNCIA ACIONADA: USB-03 24-05-13

NOME DO PACIENTE: Edinealdo Barbosa de Sousa

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Transferência do H.P.A.

SEXO M ☒ F ☐ IDADE: 23 anos

SAÍDA DO P.A.: 03:40 H.P.A. CHEGADA AO LOCAL: _____

SAÍDA DO LOCAL: _____ CHEGADA AO HOSPITAL: 03:45 UPA

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

☐ AGRESSÃO

☐ URGÊNCIA ADULTA

☐ URGÊNCIA PEDIÁTRICA

☐ ENVENENAMENTO

☐ CRISE CONVULSIVA

☐ QUEIMADURAS

☐ CHOQUE ELÉTRICO

☐ QUEDA

☐ JÁ REMOVIDO

☐ FALSO CHAMADO

☒ TRANSFERÊNCIA

☐ URGÊNCIA CARDÍACA E DIABÉTICA

☐ URGÊNCIA OBSTETRÍCIA

☐ PSIQUIÁTRICO

☐ ENTORPECENTES

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA

RESPONDE A COMANDO

RESPONDE A DOR

SEM RESPOSTA



PUPILA:

IGUAIS

DESIGUAIS



FALA:

NORMAL

CONFUSA

NENHUMA



PULSO RADIAL:

FORTE

FRACO

AUSENTE



SANGRAMENTO:

AUSENTE

MÍNIMO

MODERADO

INTENSO



SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL 120x60

PULSO

RESPIRAÇÃO

80

sat: 97%

OBSERVAÇÕES: paciente consciente apresentando prurido
expresso na região do joelho.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

☐ ASPIRAÇÃO

☐ OXIGÊNIO

☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR

☐ CURATIVOS

☐ MOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

☐ PRANCHA LONGA

☐ PRANCHA CURTA

☐ KED

☐ COLAR CERVICAL

☐ ASSIST. OBSTETRÍCIA

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

☐ MELHORADO

☐ PIORADO

☐ INALTERADO

☐ ÓBITO

☐ ANTES DO SOCORRO

☐ ANTES DO TRANSPORTE

☐ NO TRANSPORTE

Equipe Tec: Sandra

med: Daniel

ARUANA SEGUROS

10 SET 2013

HOSPITAL DE DESTINO: UPA

RESPONSÁVEL PELA REC. NO HOSPITAL

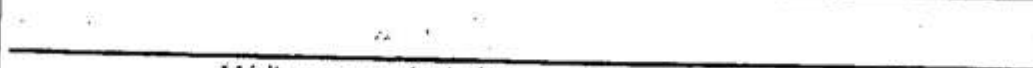
RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

JB

SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade HTA	Para Unidade
Paciente Edinaldo Barbosa de Souza	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
Paciente vítima de acidente motorciclístico, traído pelo SAMU. Consciente, orientado, vias aerias desobstruídas, oxigenação adequada, em sinais vitais ativos, nível hemodinâmico estável, glicemia 13. Tratado exposto de Joelho D. Sobrito regularização para estadia de urgência	
Data 24/09/15	 Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para Unidade
DIAGNÓSTICO	
Data	 Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

OBSERVAÇÃO:

1. Deverá ser preenchido em duas vias;
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem.

ARUANA SEGUROS
10 SET 2015

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		EDINALDO BARBOSA DE SOUSA		Nº DE REGISTRO		36 021 17	
DATA:	27.05.15	P. ARTERIAL	130x80	PULSO	78	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	36,9%	HEMOGLOBINEMIA	12,3	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA							DOS. URÉIA

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

SISTEMA CIRCULATÓRIO

SISTEMA RESPIRATÓRIO

SISTEMA DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)

AGENTES ANESTÉSICOS

LÍQUIDOS

TEMPERATURA

P. ARTERIAL V O PULSO

INÍCIO E FIM ANESTESIA X

INÍCIO E FIM OPERAÇÃO

RESPIRAÇÃO O

SÍMBOLOS

TÉCNICAS

OPERAÇÕES

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

PARTICULARIDADES

REC em 2T (cirurgia cardíaca aos 5 anos - SIC)

MM+ A/RA

xxuu > sls

consciente, orientado

Fratura de patela Dn

Dormonal 2,5 mg

OXIGÊNIO	1	2	3	TOTAL DE DOSES
SO-UTO 500				1. Identificação
SANGUE 300				2. Monitorização
OUTROS 100				3. Anestesia
				4. Sedação
				5. Dor
				6. Risco
				7. Sequência
				8. Dipeptídeos
				9. Dor
				10. Anestesia
				11. Dor
				12. Dor
				13. Dor
				14. Dor
				15. Dor

DURAÇÃO

INCIDENTE - ACIDENTE

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS

ARUANA SEGUROS
10 SET 2015



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assinante

1º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesiado

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Foi feita a laparotomia por laparoscopia
2. Mandou-se a laparoscopia e corpo de
3. Foi feita a laparoscopia e corpo de
4. Realizou-se a laparoscopia e corpo de
5. Foi feita a laparoscopia e corpo de
6. Foi feita a laparoscopia e corpo de
7. Foi feita a laparoscopia e corpo de
8. Foi feita a laparoscopia e corpo de

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, 10/09/2015
SERVIDOR: [assinatura]

QUANA SEGUROS

10 SET 2015

DOCUMENTO 6 "T6%"

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
EDINALDO BARBOSA DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA
2855746 SSP. PI

CPF
035.336.093-75

DATA NASCIMENTO
02/11/1988

FILIAÇÃO
ANTONIO BATALHA DE SOUSA
MARIA LUCIA BARBOSA DE SOUSA

PERMISSÃO
B

CATEGORIA
A2

VALIDADE
29/12/2019

Nº REGISTRO
0455735553

DATA DE EMISSÃO
07/01/2010

OBSERVAÇÕES

Edinaldo Barbosa de Sousa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
06/01/2015

14101905786
PI315019640

ASSINATURA DO DETRAN

DETRAN - PI (PIAUI)

1012682945

1012682945

1012682945

ARUANA SEGUROS
10 SET 2015



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Batalha de Sousa
 RG nº 320472, data de expedição 14/10/08,
 Órgão _____, portador do CPF nº 34014470334, com
 domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Dom Avelar, nº 306L,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Edinaldo Barbosa, cujo o condutor era
Edinaldo Barbosa de Sousa.

Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda CB Fan 125 KS
 Ano: 2013
 Placa: 0UA-4135
 Chassi: 9025C4L10DR416279
 Data do Acidente: 24/05/2015
 Local e Data: AV. PIAUI PROXIMO AO POÇO (ISCA/TIMIOM-MA) 24/05/2015

Antonio Batalha de Sousa
 Assinatura do Declarante

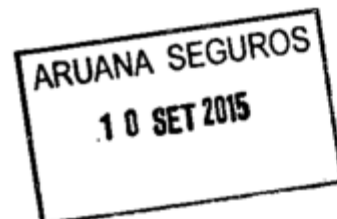
Edinaldo Barbosa de Sousa

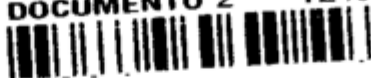
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

NAILA BUCAR 2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis,
 Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas
 Rua David Caldas, 167/14 Teresina-PI - fone: (06) 3221-7090 - email: nysibucar@nailabucar.com.br
 Bel' Lysia Bucar Lopes de Sousa - Titular

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO BATALHA
 DE SOUSA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE
 TERESINA-PI, 01/09/2015.

MARIA ELVIRA CARDOSO SOUSA - Escrevente
 Emol.: 3,18 TJ: 0,32 Selo: 0,10 Total: 3,60 (10)





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edinaldo Barbosa de SousaRG nº 2855746, data de expedição / / , Órgão SSP/PI

CPF nº 035-336.093-75 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Wilson Carvalho</u>
Número	<u>3061</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Tabulela</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64.018.210</u>
Telefone de Contato	<u>(86)3921-5607</u>
E-mail	<u>edvanaseguros@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 03/09/15Assinatura do Declarante: Edinaldo Barbosa de Sousa



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Inv. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 000475970

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2015	03/08/2015	98	62,41

ANTONIO BATALHA DE SOUSA
R. WILSON CARVALHO S/N 3061/1 TABULETA
CPF: 00034014470334
CEP: 64.018-210 - TERESINA

ROT: 9.001.03.75.245120

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	6138	Atual:	16/07/2015
Anterior:	6040	Anterior:	05/06/2015
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	16/08/2015
Consumo Medidor:	98	Emissão:	24/07/2015
Consumo Faturado:	98	Apresentação:	24/07/2015

Forma de Pagamento: NORMAL	Local de Pagamento: 4
----------------------------	-----------------------

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Endereço	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses

RESIDENCIAL	MONO	725748		1	1
-------------	------	--------	--	---	---

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA		
Mês/ano consumo	CONSUMO	98 A R\$ 0,636905 =	62,41

MAR/15 4	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		4,63
FEV/15 24	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	5,38	
JAN/15 0			
DEZ/14 0			
NOV/14 0			
OUT/14 0			
SET/14 0			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 98 - 0,473838

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

PERÍODO DE LEITURA FATURADO: 26/07/15 (CONSUMO: 98 kWh - RES: 414,70)
LIGADO POR: 08/08/15 (CADA COPCAO VENCIMENTO: R\$ 10,15420 - 25)
Prazo para pagamento: 03/08/2015. Não aceitar cobranças futuras sem a verificação
pessoalizada com o cliente.

RESERVADO AO FISCO:

6E2A 0000 E6CE D045 A70D F0A2 0C40 D000

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	15,96	Base de Cálculo:	62,41
Energia:	23,76	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	1,85	Valor do ICMS:	12,48
Encargos:	4,80	Valor do PIS:	0,63
Tributos:	16,04	Valor do COFINS:	2,93

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice de Continuidade		Índice de Continuidade	
Índice de Continuidade	Índice de Continuidade	Índice de Continuidade	Índice de Continuidade
Índice de Continuidade	Índice de Continuidade	Índice de Continuidade	Índice de Continuidade

ARUANA SEGUROS
10 SET 2015

24



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 25 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pl. de declaração VÍCIO DE DILAT

NEURO **SUS** **SUS**

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 24/05/2015 04:55:30

DADOS DO PACIENTE:

(User: MARCELO PORTO;
(Estação: PA-02)

Nome: EDINALDO BARBOSA DE SOUSA		Prontuário: 360207
Mãe: MARIA LUCIA BARBOSA DE SOUSA	Pai:	
End. Resid.: RUA DOM AVELAR - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 02/11/1988	Idade: 26a:6m:22d	Sexo: Masculino Fone: 86-8802-4020
Responsável: JOSE MARCOS OLIVEIRA	CNS: 708507303891973	
Profissão:	CPF: * RG: 2855746 - SSP-PI	
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 472744	Data: 24/05/2015 04:55:29	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não Trauma: Sim
		Convênio: S U S
		Maus Tratos: Não

DADOS CLÍNICOS:

Pol. Trauma c/ TCE, orientado ao marista, relatando dor em ombro (D), joelho (D) c/ fratura exposta em alto patellar. Sem outras queixas.

PA X mmHg

Diagnóstico Inicial:

DOCUMENTO 3 *T3%*



AME
15/15
Temp.:
CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1. Rx ombro (D)
- 2. Rx joelho (D)
- 3. SF 109% 500ml (EU) 30 g/hum
- 4. Titul. 40y 01ap + ATZ (EU) 10/5/15

HUT DR. ZENON R.C.
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME TC CRÂNIO
DATA: 24/05/15
10:23

ALTA:	() Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
DESTINO:	() Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs	() Família () IML () Anat. Patol.	DATA SAÍDA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> HORA: <u> </u> : <u> </u> : <u> </u>
ÓBITO:	() Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:		

ARUANA SEGUROS
10 SET 2015

Marcelo Coelho V. Albuquerque
MÉDICO
CRM-PI 5242

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

Assinatura Paciente ou Responsável



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edinaldo Barbosa de Sousa

portador da carteira de identidade nº 2855746 e inscrito no CPF/MF

sob o nº 035.336.093-75 residente e domiciliado na Rua Wilson

Carvalho, Tabuleta nº 3061

Cidade Teresina, Estado PI, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazos superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de **invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre**, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 91º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

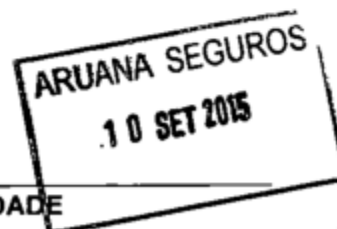
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante conforme documento de identificação

Local: Teresina - PI Data 02, 09, 15

Edinaldo Barbosa de Sousa

ASSINATURA: COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE





ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL

PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1 DP TIMON

Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237 - Centro, Fone: (99)3212-5002.



OCORRÊNCIA Nº: 2497/2015 - Registrado em 21 de Agosto de 2015 às 9:12h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 24/05/2015 às 02:42hs, Domingo

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município: Timon

Estado: MA

Logradouro: PIAUI

Nº: 00 CEP:

Bairro: GUARITA

Tp de Local: VIA URBANA

Referência: PROX. POSTO FISCAL

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

EDINALDO BARBOSA DE SOUSA (26), do sexo masculino, Brasileiro, Solteiro, exercendo a profissão de Técnico de refrigeração, RG Nº: 2855746/SSPPJ, nascido em 02/11/1988, natural de Teresina - PI. PAI: ANTONIO BATALHA DE SOUSA e MÃE: MARIA LUCIA BARBOSA DE SOUSA, Endereço: Wilson Carvalho, 3061 - Bairro: Taboleta - CEP: 64018-210 - Teresina - PI.

EXAMES SOLICITADOS

LESAO CORPORAL

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA E RELATA CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA OUA-4135, MARCA/MODELO: HONDA CG 125 FAN KS, ANO 2013/2013, COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO BATALHA DE SOUSA, NA AVENIDA PIAUI, BAIRRO GUARITA, QUANDO AO FAZER A CURVA, O COMUNICANTE/VÍTIMA ACIONOU O FREIO DA FRENTE DA MOTOCICLETA E O PNEU DA REFERIDA MOTOCICLETA DERRAPOU E BATEU NO MEIO FIO, OCASIONANDO A SUA QUEDA DA MOTOCICLETA; QUE O COMUNICANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU USB 03 ONDE INFORMA PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA NA REGIÃO DO JOELHO MID, ESCORIAÇÕES MSD E NA FACE, SENDO ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DO PARQUE ALVORADA DE TIMON-MA; QUE APÓS OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS NO HOSPITAL DO PARQUE ALVORADA DE TIMON-MA FOI TRANSFERIDO PARA UPA DE TIMON-MA E LOGO DEPOIS TRANSFERIDO PARA HUT EM TERESINA/PI; QUE SEGUNDO O PRONTUÁRIO MÉDICO DE Nº 360207 INFORMA QUE O COMUNICANTE/VÍTIMA APRESENTOU POLITRAUMA C/TCE, RELATANDO DOR EM OMBRO DIREITO, JOELHO DIREITO COM FRATURA EXPOSTA EM PATELAR.

ARUANA SEGUROS

10 SET 2015

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
 DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE
 DEPARTAMENTO DE HISTORIA Y GEOGRAFIA
 Santiago, Chile

OPORTUNIDAD DE INVESTIGACION - Registro de 2012 de 12

El presente documento tiene como finalidad informar a los interesados en la realización de una investigación científica, sobre las oportunidades de investigación que se ofrecen en el presente año.

Nombre	Apellido	Fecha
Alfonso	Alfonso	12/12/12
Alfonso	Alfonso	12/12/12
Alfonso	Alfonso	12/12/12

El presente documento tiene como finalidad informar a los interesados en la realización de una investigación científica, sobre las oportunidades de investigación que se ofrecen en el presente año.

INFORMACION GENERAL

El presente documento tiene como finalidad informar a los interesados en la realización de una investigación científica, sobre las oportunidades de investigación que se ofrecen en el presente año.

El presente documento tiene como finalidad informar a los interesados en la realización de una investigación científica, sobre las oportunidades de investigación que se ofrecen en el presente año.



ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL

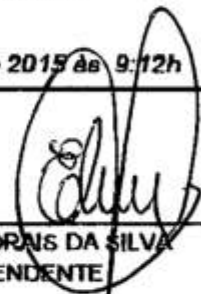
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1 DP TIMON

Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237 - Centro , Fone: (99)3212-5002.



OCORRÊNCIA Nº: 2497/2015 - Registrado em 21 de Agosto de 2015 às 9:12h


JOELSON DA SILVA CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL


ELVIS MORAIS DA SILVA
ATENDENTE


EDINALDO BARBOSA DE SOUSA
COMUNICANTE

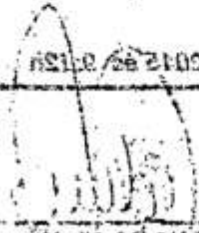


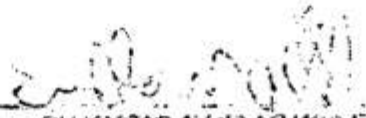


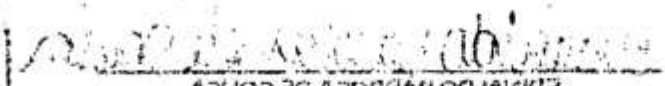
ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1º DP TIMON
Endereço: PRESIDENTE MÉDICE, 1237 - Centro, Fone: (99) 3242-2002



OCCORRÊNCIA Nº: 24978012 - Registrada em 21 de Agosto de 2012 às 09:12h


EVARISTO MORAES DA SILVA
ATENDENTE


JOELSON DA SILVA CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL


EDIVALDO BARBOSA DE SOUZA
COMISSÁRIO

10 SET 2012
20:10:02



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE

DOCUMENTO 1 *T1%*



VAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Edinaldo Barbosa de SousaPORTADOR(A) DO RG Nº 2855746 EXPEDIDO POR SSP / PI EM / / ECPF 035336093-75 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edinaldo Barbosa de Sousa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1606 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 90726-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina PI de 03 de Setembro de 2015 Edinaldo Barbosa de Sousa

LOCAL E DATA

ASSINATURA

ARUANA SEGUROS



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-033-204.

10 SET 2015

28



ARUANA SEGUROS
10 SET 2015