

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
733.671.173-55

4 - Nome completo da vítima:
João da Cruz Rocha

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

mot. Taxi

8 - Endereço:

Rua: Raimundo Nonato Moquira

6 - CPF:

733.671.173-15

11 - Bairro:

altz Slvare

12 - Cidade:

Teresina

9 - Número:

2619

10 - Complemento:

15 - E-mail:

PI

64.000.560

16 - Tel. (DDD):

(86) 9994729591

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029

013

CONTA: 28 0021 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

013

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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão capital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - Piauí 04.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Keelly Moreira Oliveira



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/01/2020 14:13 Data/Hora Fim: 31/01/2020 14:21
Delegado de Policia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 11/11/2019 04:00

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Parque Brasil
Logradouro: AV. CONQUISTA FRANCISCO NOGUEIRA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

577638

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOÃO DA CRUZ ROCHA (VITIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 16/05/1975	Idade: 44 anos
Naturalidade: PI - Alto Longá	Profissão: Autônomo		
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Dionizia Maria da Rocha			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 733.671.173-15

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: RUA RAIMUNDO NONATO MESQUITA
Bairro: ALTO ALEGRE

Nº: 2637

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

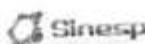
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário 733.671.173-15
Placa OEG9976	Renavam 00585211744
Número do Motor JC41E1D742683	Número do Chassi 9C2JC4110DR742683
Ano/Modelo Fabricação 2013/2013	Cor AMARELA
UF Veículo Piauí	Município Veículo Teresina
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 23/04/2014
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
João da Cruz Rocha	Proprietário

Delegado de Policia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 31/01/2020 14:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003333/2020

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTO EM ENDEREÇO CITADO, QUANDO UM ANIMAL PASSOU NA FRETE DE SUA MOTO, ONDE O MESMO CAIU E FOI LESIONADO, SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DO BUENOS AIRES, HUT, HOSPITAL DA POLICIA MILITAR. FATO TESTEMUNHADO POR YGERLAN COSTA DA SILVA, CPF 070083023-55. DECLARAÇÕES PRESTADA PELA VITIMA.

ASSINATURAS

João da Cruz Rocha

João da Cruz Rocha
(Comunicante / Vítima)

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

escrivão

Matrícula 0097616

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (meu) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ou dei. Apílome previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
733.671.173-55

4 - Nome completo da vítima:
João da Cruz Rocha

5 - Nome completo:

João da Cruz Rocha

6 - CPF:

733.671.173-55

7 - Profissão:

mot. Taxi

8 - Endereço:

Raimundo Nonato Moquira 2619

11 - Bairro:

alto Sique

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.560

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 9994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029

013

CONTA: 28 0021 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (viver)

? Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

Impressão capital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - Piauí 04.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Imp: 11/11/2019 04:48:00

(User: DINHA)

(Estação: GERENCIAMENTO)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> JOAO DA CRUZ ROCHA		<u>Prontuário:</u> 19196
<u>Mãe:</u> DIONISIA MARIA DA ROCHA		<u>Pai:</u> PEDRO B. DA ROCHA
<u>End. Resid.:</u> RUA RAIMUNDO NONATO MESQUITA 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: -		
<u>Nascimento:</u> 16/05/1975	<u>Idade:</u> 44a5m26d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-8892-0978
<u>Responsável:</u> O PR'PRIO		<u>CNS:</u> 898002345618576
<u>Profissão:</u> COMERCIANTE		<u>Documento:</u> Reg.Nasc:
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Incompleto		<u>E.Civil:</u> Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 205603	<u>Entrada:</u> 11/11/2019 04:47:13	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u>
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): QUEDA DE MOTO			
<u>Condução:</u> NÃO INFORMADO			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
		Indefinido
<u>Breve História Clas. Risco:</u>		

SSVV: (Hora: ____ : ____)

<u>Peso:</u>	Kg	<u>Altura:</u>	M	<u>IMC:</u>	Kg/m ²	<u>P脉:</u>	bpm	<u>Pressão:</u>	mmHg
--------------	----	----------------	---	-------------	-------------------	------------	-----	-----------------	------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

- Paciente vítima de queda de moto
- before der interro

Tereso Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU/CHUT
Confere com Original

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

- Rx de tórax + Rx de ombros

Prescrição Médica:

① Diprofene, 1 ampol, EV, agente
② Voltaren, 1 ampol, IM, agente

DATA: 21/11/19 HORA: 19:51
TÉCNICO: Cleide RA 2 X REALIZADO

Motivo da Alta/Encerramento:

DATA: / / HORA: :



JOAO DA CRUZ ROCHA
R. RAIMUNDO NONATO MESQUITA 2637 2619 ALTO ALEGRE
CPF: 08873367117315

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

FATURADO PELA MEDIA C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art 87), SUJEITO A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art 171) - RES 414/10 ANEEL
ITIGIE 0800 0806 0808 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 10 15 20 25

ÁGUAS DE
CE TERESINA

CNPJ 27157474000306 - I.E 105065574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 9824-3199.

MATRÍCULA
13428373-2

FATURA N°
MÊS / ANO
193198
2/2020

1.44.481
29288283182748

NOME / ENDERECO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO
001-00041-005270

GRUPO
001

NÚMERO DO HIDÔMETRO
Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO		LIDO	FATURADO
MÊS / ANO	TIPO		
01/2020	Lido	81	19
02/2019	Lido	81	18
03/2019	Lido	92	18
04/2019	Lido	91	18
05/2019	Lido	92	18
06/2019	Lido	81	18
07/2019	Lido		

DATA
ANTERIOR 02/01/2020 154
ATUAL 03/02/2020 156

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS/M3

10

UR 127410012
PV. PASE 84,79W1,69%+ 1,39
CORRE 84,79W1,69%+ 5,44

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E %
0 19 3,8560 89
19 25 5,7128 89
25 99999 9,8619 89

DESCRÍÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66	10,0 m3	30,66
> Residencial-Normal		
VALOR DE ESGOTO - 24,53	10,0 m3	24,53
> Residencial-Normal	001/001	0,11
JUROS POR ATRASO	001/001	0,68
JUROS POR ATRASO	001/001	1,15
MULTA POR ATRASO	001/001	1,10
MULTA POR ATRASO	001/001	26,56
RELIGAÇÃO POR CORTE SIMPLES	001/001	

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



VENCIMENTO

14/02/2020

TOTAL A PAGAR

84,79

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAgem
A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura, occasionará a suspensão dos serviços.
conforme Leis Federais nº 11.415/2006, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3003	2991	12	1,42	0,2-5,0 mg/l
COR APARENTE	3336	3285	51	4,59	Inferior a 15
pH	2415	2376	39	6,76	6,00-9,50
TURBIDEZ	3336	3282	54	1,23	Inferior a 5
COLIFORMES TOTais					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1184	1184	0	Ausente	Ausente
	1184	1184	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 03/02/2020

HORA DA EMISSÃO: 10:27

1.44.481 29288283182748

ÁGUAS DE
CE TERESINA

MATRÍCULA
13428373-2

FATURA N°
MÊS / ANO
193198
2/2020

VENCIMENTO

14/02/2020

VALOR A PAGAR

84,79

82660000000-2 84791535000-7 00202000019-2 31980100504-6



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu Keylly Meire de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jean da Cruz Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 733.671.173-15,
do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Jean da Cruz Rocha
inscrito (a) no CPF sob o Nº 733.671.173-15, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: 24 de janeiro</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:
Bairro:	<u>entre</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u> CEP: <u>64.000.902</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(86) 9947295411</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 31.02.2020

Keylly Meire de Oliveira
Assinatura do Declarante

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 11/11/2019 04:48:00
(User: DINHA)
(Estação: GERENCIADEENFER)

<u>Nome:</u> JOAO DA CRUZ ROCHA		<u>Frontuário:</u> 19196
<u>Mãe:</u> DIONISIA MARIA DA ROCHA		<u>Pai:</u> PEDRO B. DA ROCHA
<u>End.Resid.:</u> RUA RAIMUNDO NONATO MESQUITA 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: -		
<u>Nascimento:</u> 16/05/1975	<u>Idade:</u> 44a5m26d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-8892-0978
<u>Responsável:</u> O PR'PRIO		<u>CNS:</u> 898002345618576
<u>Profissão:</u> COMERCIANTE		<u>Documento:</u> Reg.Nasc:
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Incompleto		<u>E.Civil:</u> Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 205603	<u>Entrada:</u> 11/11/2019 04:47:13	<u>Convênio:</u> SUS	<u>Proced:</u>
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): QUEDA DE MOTO			
<u>Condução:</u> NÃO INFORMADO			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV: (Hora: ____ : ____)Peso: Kg Altura: M IMC: Kg/m² Pulso: bmp Pressão: mmHgQueixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

- Paciente vítima de queda de moto
- before dor intenso

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU/HUT
Confere com Original

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

- Rx de tórax + Rx de ombro

Prescrição Médica:

- ① Difosene, 1 ampola, EV, sgava
- ② Voltaren, 1 ampola, IM, sgava

O/10
DATA: 11/11/19 HORA: 19:00
TÉCNICO: [Signature]

Motivo da Alta/Encerramento:

DATA: / / HORA: :

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 829951920	Nº REGULAÇÃO: 100109	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D'ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: JOAO DA CRUZ ROCHA	NASCIMENTO: 16/05/1975	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: 11/11/2019 05:31:37 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO APRESENTANDO AO RAIOS X DE OMBRO ESQUERDO FRATURAS EM CLAVÍCULA - DUAS E EM ESCAPULA- UMA.
PROVAS DIAGNÓSTICAS:
EXAMES SOLICITADOS: RX DE TX E OMBRO ESQ
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA CINTURA ESCAPULAR PARTE NAO ESPECIFICADA
COMORBIDADE:
PRESSÃO ARTERIAL: 120x70(mmHg) FREQ. CARDÍACA: 82bpm SATURAÇÃO: 98% FREQ. RESPIRATÓRIA: 15rpm
GLICEMIA: 92mg/dL NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15 USO DE O2:
USO DROGAS VASOATIVAS:
USO ANTIBIÓTICOS:
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 11/11/2019 06:01:52

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Proscopio Digestivo
CRMEF: 4115

Teresa Roquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU- HUT
Confere com Original



NOME DO PACIENTE: José da Cruz Ribeiro

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 162.524

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPÉDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 058234
SAMB-HUT
Confere com Original
[Signature]

FICHA DE ADMISSÃO



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

Prontuário:
162524
Internação:
251551

Nome: JOAO DA CRUZ ROCHA

End. Resid.: RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 16/05/1975	Idade: 44a5m26d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: COMERCIANTE
Admissão: 28/10/2011	G. Instrução: Fundamental	Fone: 86-98892-0978	Cartão SUS (CNS): 898002345618576	Procedência: TERESINA

Pai: PEDRO PAULO DA ROCHA

Mãe: DIONIZIA MARIA DA ROCHA

Conjuge:

Responsável:

End. Responsável: -

Documento: RG: 1681928 - PI

Internou-se neste Hospital: ()Sim ()Não **Internou Noutros Hospitais** ()Sim ()Nâo

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NO OMBRO DIREITO

DOR EDEMA LOCAL E IMPOTENCIA FUNCIONAL

RX FRATURA CLAVICULA E ESCAPULA OMBRO FLUTUANTE

DIAGNÓSTICO:

Provisório: Fratura da clavícula	C I D: S420	
Principal:	C I D:	
Intercorrência:		
Sintomas e Sinais Principais:	Causa Mortis:	Hist. Patológico:

TRATAMENTO:

TIPO:	TERAPEUTICA MÉDICA:	OPERAÇÃO:	EFICACIA:
()Nenhum		Principal: Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234	()Eficaz ()Ineficaz
()Médico		Acessoria: SAME HUT Confere com Original	()Prejudicial
()Cirúrgico			()Não Avaliado
()Méd.Cirug.			

DURAÇÃO:

Data Internação:	Hora:	Data Alta:	Hora:	Data Hospitalização:
-------------------------	--------------	-------------------	--------------	-----------------------------

ALTA SAÍDA:

ALTA SAÍDA:	TRANSFERÊNCIA:	ÓBITO:
()Curado ()A Pedido ()Por Indisciplina	()Tisiologia	()<=48 H, estado agônico ou pré-agônico
()Melhorado ()Int.P/Diagnóstico ()Evassão	()Psiquiatria	()<=48 H, SEM estado agônico ou pré-agônico
()Inalterado ()Decisão Médica ()P.Ambulatório	()Outros	()Após 48 horas de Internação



Solicitação de Transferência

Ficha para Solicitação de Regulação/Transferência

Especialidade Requerida: ORTOPEDISTA				Nº Cartão SUS: 898002345618576
Nome do paciente: JOAO DA CRUZ ROCHA (Prontuário: 162524)				Raça/Cor:
Nascimento: 16/05/1975	Idade: 44a5m27d	Sexo: Masculino	RG/CPF: RG: 1681928 - PI	
Nome da Mãe: DIONIZIA MARIA DA ROCHA				
Endereço: RUA NONATO MESQUITA, 2637				Bairro: ALTO ALEGRE
Complemento:	CEP: 64000-010	Município: TERESINA	UF: PI	Fones: 86-98892-0978

Sinais Vitais:	PA:	Saturação:	Glicemia:	Temper.:	FC.:	FR.:	Uso O2	Niv. Consc.	Clas. Risco:
CID: s420	12070	100	80	37.	74	18	Não	15	Urgente

Quadro Clínico:

Acidente de moto com trauma em ombro D. Dor e limitação funcional de MSD

Exames/Resultados:

Rx de ombro D com fratura de clavícula D

Diagnóstico Complementar:

Fratura de Clavícula D

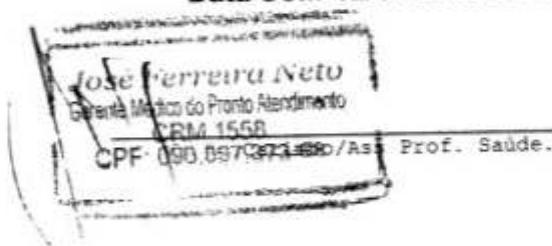
Tratamento Realizado:

Imobilização.

Motivo Transferência:

HUT superlotado.

Data Sol.: 12/11/2019 08:48:37



TPH

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU HUT
Confere com Original

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE**

Eu _____, RG _____, responsável
circunstancial pelo (a) Paciente: JOAO DA CRUZ ROCHA, Nascimento: 16/05/1975.
ID de Regulação Autorizado: 100109, autorizo a CENTRAL DE REGULACAO DE TERESINA - Transporte, para
realizar o transporte do referido paciente.

Motivo do Chamado:

AVALIACAO CLINICA/EXAME - HOSPITAL

Estabelecimento de Origem:

UNIDADE MISTA DE SAUDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES

Estabelecimento de Destino:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

Assinatura do responsável

Testemunha: _____ RG: _____

Médico responsável: _____ CRM: _____

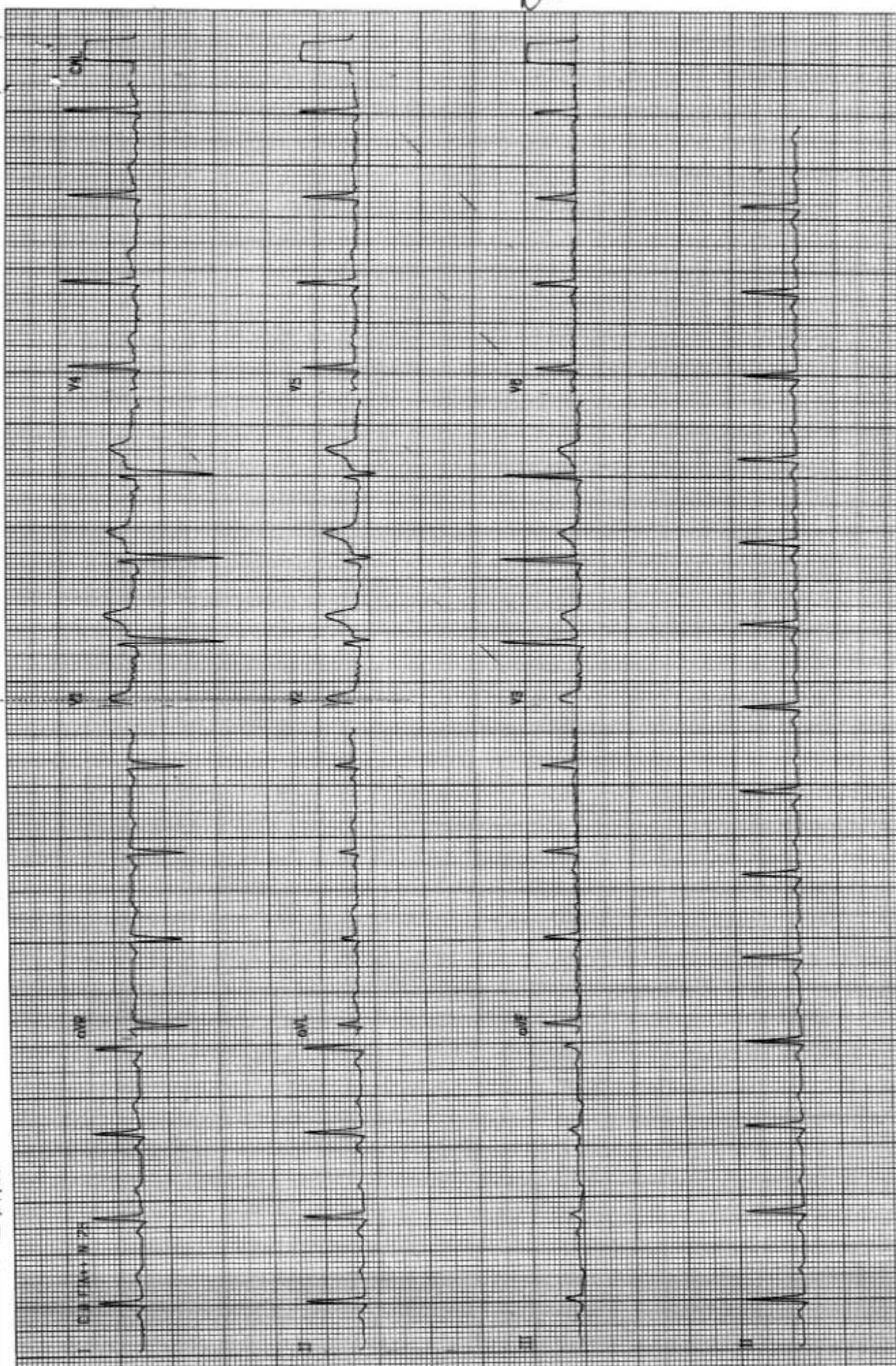
Dr. Aderson Lazzari Moura
Gastrocirurgia Endoscopia
Cirurgia Ambulatorial Digestiva
CRM PI: 4115

4115

Data/Hora Solicitada: 11/11/2019 06:31:16

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME: HUT
Confere com Original

11



Coastal Cross Rocha

9:45 AL-55.19 DN: 16.05.19975

Ponto: 02 Extra

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 260999

AIH: 2219102362059

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

898002345618576 JOAO DA CRUZ ROCHA

NASCIMENTO

PRONTUÁRIO

SEXO

M

DOCUMENTO TELEFONE NOME DA MÃE

RESPONSÁVEL

86988920978 DIONIZIA MARIA DA ROCHA

MARINETE GOMES

CEP ENDEREÇO (LOGRADOURO)

NUMERO / LOTE

64009560 RUA RAIMUNDO NONATO MESQUITA

2637

BAIRRO COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

UF

ALTO ALEGRE

TERESINA

PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA

0308010019

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

CÓDIGO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

0408010150

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

CÓDIGO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA

0308010019

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR NIVEL NAO ESPECIFICADO | T111

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NO OMBRO DIREITO DOR EDEMA LOCAL E IMPOTENCIA FUNCIONAL RX FRATURA CLAVICULA E ESCAPULA OMBRO FLUTUANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA

CNS SOLICITANTE

DATA SOLICITAÇÃO

201560410270004

22/11/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

980016000327787

22/11/2019 09:38:08

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes

Matrícula: 059234

SAME/HUT

Confere com Original



82

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**251551**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **JOAO DA CRUZ ROCHA**6 - Prontuário: **162524**7-CNS: **898002345618576** 8-Nascimento: **16/05/1975** 9-Sexo: **Masculino**RG: **1681928 - PI**11-Mãe: **DIONIEIA MARIA DA ROCHA**12-Fone: **86-98892-0978**13-Resp: **(O MESMO)**14-Cor: **Sem Informação**15-Ender: **RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE - CEP: 64000-010**16-Munic: **TERESINA**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NO OMBRO DIREITO
DOR EDEMA LOCAL E IMPOTENCIA FUNCIONAL
RX FRATURA CLAVICULA E ESCAPULA OMBRO FLUTUANTE

Tereso Rapel Pereira de Souza Lopes
Matrícula: 059234
SAME/HUT
Confere com Original

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

EXAME CLINICO E RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da clavícula

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S420

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo SUS

2

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 776.327.023-34

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054 / RQE 245

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

CAIO VAS DE OLIVEIRA NETO

34-Data Solicitação:

11/11/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vinculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento: 49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (CAIO VAS)

Consulta Local: 751179

Consulta SUS:

Impressão: 11/11/2019 11:07:24

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 260999

AIH: 2219102362059

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002345618576	JOAO DA CRUZ ROCHA	16/05/1975	M	162524
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	86988920978	DIONIZIA MARIA DA ROCHA	MARINETE GOMES	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
64009560	RUA RAIMUNDO NONATO MESQUITA			2637
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		UF
ALTO ALEGRE		TERESINA		PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA NO OMBRO DIREITO DOR EDEMA LOCAL E IMPOTENCIA FUNCIONAL RX FRATURA CLAVICULA E ESCAPULA OMBRO FLUTUANTE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO E RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

11/11/2019

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

DATA ADMISSÃO

11/11/2019 08:48

DATA ALTA

15/11/2019 12:00

MOTIVO ALTA

TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

CRM:

CPF: 77637702334

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
TANIA MOREIRA AREA LEAO CPF: 47061359315	CRM: DATA ANALISE: 11/11/2019 11:38:05

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Teresa Reginaldo Pamira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAMU - HUT
 Confere com Original

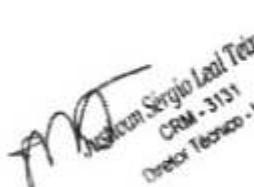
LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:
REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: José de Cruz Roche N° PRONT: 162524 N° LAUDO: 251551

- AVALIAÇÃO HOSPITALAR
- PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
- PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
- PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
- TRANSFERÊNCIA
- EVASÃO
- ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: 15/11/19

Teresia Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrículas: 050234
SAME - HUT
Confere  Original


Dr. Sérgio Lail Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



SV 2211 1176





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: #6 3210 5445
TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 75970 - Dat.: (15/11/2019)

Atendimento	Frontário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
251551	162524	JOAO DA CRUZ ROCHA	16/05/1975	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 02	JOSÉ FERREIRA NETO
Evolução:	Estável hemodinamicamente.						Diagnóstico/Comorbidades:
Horas:	06:50	Nega	44811 - Clavícula D				
Seq.: Descrição-Apresentação/Prescrição:							
Dia	DATA	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recors:	Dil. Vol.:
1	GLICOSE 5% INJ. 500ML "SERO DISCOSOL" SOS	1,00	Ampola	EV	6/6h		
2	DIRETÓRIA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD 1000:11	
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL EM 10ml 980,94	1,00	Ampola	EV	8/8h	SF 0,94	
4	RANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ml,	1,00	Ampola	EV	12/12h	1000:11	
Observações Gerais:							
Aguada HPM				José Ferreira Neto CRM: 1559 Pediatra			

Observações Gerais:

18 Tramadol
Rantidina
Sos

14.11.19 Pct referindo
dor. Abduvístico
dorsal. Afixione ev. Quer

18 Tramadol
Rantidina

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferência Original

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

PRESCRIÇÃO

75864 - Em: (14/11/2019)

Atendimento	Frontuário	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermarias:	Lito:	Médico Assistente:
251551	162524	JOAO DA CRUZ ROCHA	16/05/1975	POSSO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 02	JOSÉ FERREIRA NETO

Evolução: Estável hemodinamicamente.

Horá:

07:00

Alergias: Nega

Diagnóstico/Comorbidades:

44a... Clavícula D

Seq.: Descrição-Apresentação/Observação:

Dieta	ORAL Tipo LIVRE,	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML = "SORO GLICOSADO"	1,00	Ampola	EV	6/6h				18h - Realizado manu
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. 600ML	1,00	Ampola	EV	6/6h				ANP 0200 p/les mº do
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL EM 100ml SF0,9% SOS	1,00	Ampola	EV	8/8h	12/12h			em USD. Diferença mº do
4	RANTIDINA 250MG ML, INJ. C/2ML.	1,00	Ampola	EV	12/12h				80 administrado 18h

Observações Gerais:

Prxop. OK
Solicitado transferência para HSN

06 medicamentos belo horário
em dia

COREN-PI 1473 / 11

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME-HUT
Confere com Original

JOSÉ FERREIRA NETO
Médico de Plantão
CRM 1558
Genérgico CRM 1373 88
CPF 036 891 373-88

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

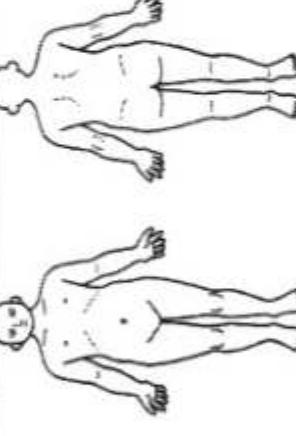
JOSÉ DR CRUZ BOCHAS

PRONTUÁRIO: _____ IDADE: 44 ENFERMARIA/LEITO: Extra

GRUPO DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: (X) MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS

DATA: 14 / 11 / 2019

SINAIS VITais



NICALA DE BRADEN:

卷之三

100

卷三

July 22nd. Pct. consciousness becomes clear again. Surprised. Starts off on new adventure.

ALTO RISCO
AR: > 51
Enfermeira
COREN: 149471

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Octo Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ ROCHA** (Prontuário: 162524)
Endereço: RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/05/1975 Idade: 44a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 751179
Requisição: 1023060 Solicitação: 11/11/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1357991 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 11/11/2019

OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva no corpo lateral da escápula esquerda.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDESCPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferência com Originário

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ ROCHA** (Prontuário: 162524)

Endereço: RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 16/05/1975 Idade: 44a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 751179

Requisição: 1023060 Solicitação: 11/11/2019

Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO

Controle: 1357992 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 11/11/2019

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio da clavícula esquerda.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresu Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU - HUT
Confere com Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Edendão - Fone: 86 3216 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ ROCHA** (Prontuário: 162524)

Endereço: RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 16/05/1975 Idade: 44a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 751179

Requisição: 1023060 Solicitação: 11/11/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO

Controle: 1357993 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 11/11/2019

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

OBS.:

- FRATURA COMINUTA NO CORPO LATERAL DA ESCÁPULA ESQUERDA.
- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMM - HUT
Confere com Original


**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ ROCHA** (Prontuário: 162524)

Endereço: RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 16/05/1975 Idade: 44a5m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 751179

Requisição: 1023061 Solicitação: 11/11/2019

Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO

Controle: 1357994 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 11/11/2019

US DE ABDOME TOTAL

Estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Pequena quantidade de líquido livre no espaço de Morison e na goteira parieto-cólica à direita.
- Fígado: com morfologia e dimensões normais e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecônico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: integros.
- Pâncreas e Baço com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecônico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares integros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Pequena quantidade de líquido livre no espaço de Morison e na goteira parieto-cólica à direita.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(LEANDRO

TERESINA - PI 11/11/2019

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMEI - HUT
Conferido com Original

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO DA CRUZ ROCHA** (Prontuário: 162524)
Endereço: RUA NONATO MESQUITA, 2637 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/05/1975 Idade: 44a5m26d Sexo: Masculino Ongem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 751179
Requisição: 1023065 Solicitação: 11/11/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1358005 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 11/11/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- FARÉNQUIMA 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.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 11/11/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIORCPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMER/HUT
Confere com Original!





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.2.2.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO:

EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA DATA DE NASCIMENTO
NATURALIDADE: BARÃO DE GRAJAU-MA 18/12/1979

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 39751 L 53A F 097
EXP. TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI 839.502.103-09 ASSINATURA DO DIRETOR

LIC. N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 88.250/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0058030/20

Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA

CPF: 733.671.173-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/11/2019

Titular do CPF: JOAO DA CRUZ ROCHA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

JOAO DA CRUZ ROCHA : 733.671.173-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para redamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/02/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200071486 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA E ESCÁPULA ESQUERDAS. P2,18.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P11.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200071486 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. P2,18.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P11.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

1133.671.173-15

4 - Nome completo da vítima:

Joaão da Cruz Rocha

5 - Nome completo:

Joaão da Cruz Rocha

6 - CPF:

1133.671.173-15

7 - Profissão:

Moto-Taxi

8 - Endereço:

Rua: Ruiimundo Norato Mexeche 2619

11 - Bairro:

alto sítio

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.560

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86)98887-7169

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0029 03 CONTA: 2800020

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - Dia: 02.03.2020

Joaão da Cruz Rocha Keyilly Lucas de Oliveira

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: José da Cruz Rocha

RG: J68192B Orgão Emissor: SSP-PE

CPF: 733.671.173-15 **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Est. Civil: CASADO Profissão: MOTO-TAXI

Endereço: R. Raimundo Nonato Mesquita nº 2619

Bairro: Alto Alegre Cep: _____ Cidade/UF: TERESINA-PI

Telefone: (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira

RG: 2.212.129 | Órgão Emissor: SSP-PI | CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade: Brasileira **Est. Civil:** Solteira, **Profissão:** Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro N° 554. **Bairro:** Centro norte

Cep: 64000-902 **Cidade/UF:** Teresina/Piauí

Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vitima: José da Cruz Reis

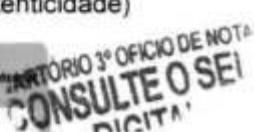
CPF: 733.671.173-15 Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

TERESA 09 DEZEMBRO 2039
Local e data

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Thimistocles Sampaio <small>em nome de outas</small>	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Rua Lázaro Neves, 122 - Centro - CEP 64000-204 - Teresina-PI - Fone (86) 3229-6133 - E-mail: anotariadoestadodepi@terra.com.br Titular: Anátilia Gonçalves de Sampaio Pereira
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOAO DA CRUZ ROCHA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 09/12/2019. Selo: AAN71847-B82F www.tjpi.jus.br/portalextra	
	
Jessica Aline de Menezes Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA ESCOL: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 145 PROCURACAO PARTICULAR	



**CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAI,
3º OFÍCIO DE NOTAS**
Jessica Aline de Meneses Silva
Escrivane Autorizada
Teresina - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0058030/20

Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA

CPF: 733.671.173-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/11/2019

Titular do CPF: JOAO DA CRUZ ROCHA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

JOAO DA CRUZ ROCHA : 733.671.173-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/02/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

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: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DA CRUZ ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 00000280002-0

Nr. da Autenticação AF490CC40234888C

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

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071486

Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO DA CRUZ ROCHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200071486

Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOAO DA CRUZ ROCHA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 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, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200071486 **Vítima: JOAO DA CRUZ ROCHA**

Data do Acidente: 11/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO DA CRUZ ROCHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO DA CRUZ ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 00000280002-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

