
Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190249503

Vítima: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190249503

Vítima: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190249503

Vítima: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 0000026482-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	066.093.893-65	JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA		066.093.893-65	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
KEBOSO	RUA SÃO SEBASTIÃO	319	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
URBANO	BARRO DUXO	PI	64.455-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	86. 9997 3215		

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

RENTA MENSAL:

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

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: JERESSUA, 28/03/2019
 Nome: JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA
 CPF: 066.093.893-65

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X *João Pedro Alves de Sousa*
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	066.093.893-65	JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA		066.093.893-65	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
KEOURO	RUA SÃO SEBASTIÃO	S/N	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
URBANO	BARRIO DUXO	PI	64.455-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	86. 9997 3215		

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

RENDIA MENSAL:

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

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3827 ☐ CONTA: 26482 ☐ 9
(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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, JERUSSALÉM, 28/03/2019.
Nome: JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA
CPF: 066.093.893-65

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 049/2019

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR
Resp. pelo Registro: EPC JOÃO RODRIGUES DA CUNHA
Data/ Hora: 20/03/2019-10:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI
Município: BARRO DURO-PI
Endereço: POVOADO BREJÃO
Complemento: ZONA RURAL
Data/ Hora: 11/12/2018-17:00
Bairro: ZONA RURAL

DADOS DO INFORMANTE

Nome: JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA
Documentos: RG: 4451749, SSP-PI; CPF: 066093893-65
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade: BARRO DURO-PI
Estado civil: solteiro(a)
Profissão: ESTUDANTE
Nascimento: 12/06/2000
Filiação: GRACILENE ALVES DA COSTA SOUSA E PEDRO DE SOUSA FILHO
Endereço: RUA SÃO SEBASTIÃO, S/N,
Complemento: PROXIMO A IGREJA MARANATA
Bairro: CENTRO
Município: BARRO DURO-PI
Telefone(s): 86 999773215

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- SEGURO DPVAT

- LESÕES DECORENTE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

RELATO DA OCORRÊNCIA

Dados do Veículo:
- Tipo: motocicleta
- Marca/ Modelo: HONDA /BIZ 125 ES
- Ano/Modelo: 2011/2011
- Cor: VERMELHA

- Placa: NIT-3392
- Chassi: 9C2JC4820BR020763
- Renavam: 0120110062147
- Proprietário: LUCIANA ALVES DA COSTA

Narrativa:

Declara o noticiante que quando se deslocava do Povoado Brejão, zona rural do município de Barro Duro-PI, sentido a referida cidade, quando se envolveu em um acidente automobilístico provocado pela colisão frontal com outro veículo (D-20 DE COR BRANCA PLACA NÃO IDENTIFICADA), RECEBENDO OS PRIMEIROS SOCORROS no local do acidente, em uma ambulância do Hospital da cidade de Barro Duro - PI, sendo transferido em seguida para o Hospital de Urgência Teresina (HUT), com graves lesões, foi submetido a procedimento cirúrgico no fêmur ESQUERDA em consequências das lesões sofridas no acidente, conforme documentação anexa.

EPC JOÃO RODRIGUES DA CUNHA
Resp. pelo Registro

JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA
Resp. pela Informação

Bel Sérgio Sousa Alencar
Delegado de Polícia Civil

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 01/04/19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	066.093.893-65	JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA		066.093.893-65	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
LOVISO	RUA SÃO SEBASTIÃO	310	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
URBANO	BARRIO DUXO	PI	64.455-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	86. 9997 3215		

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

RENDA MENSAL:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: JERESSUA, 28/03/2019.

Nome: JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA

CPF: 066.093.893-65

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X *João Pedro Alves de Sousa*
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 11/12/18 HORA: _____ N.º TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: _____ MUNICÍPIO: Barro Duro
MÉDICO: DEREC TALISON CRM: 7089

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatra () Outros _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: João Pedro Alun Sousa
Data de Nascimento: 12/06/2000 Idade: 18 anos Sexo: F () M ()
CPF: _____ Cartão SUS: _____

Município de Procedência: Barro Duro

HDA: Paciente com relato de acidente motorcyclístico apresentando dor
edema, deiscência e deformidade da coxa esquerda. Reduzido
Px de coxa (E) evidenciando fratura obliqua em diáfise do fêmur (E) (AI)

HD: Fratura de fêmur CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS:

Tax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg SatO₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

() Oxigênio () Hidratação Venosa _____
() Aspiração () Medicação (especificar) Paracetamol 20mg
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópia)

Px de coxa (E)

Dr. Dênis Rodrigues
MÉDICO
Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO: HUT

Clínica/Posto: 52453 Senha Regulação: 449561852

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: 12/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000026482-9

Nr. da Autenticação 53ECD856584704D0



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.789/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/90

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0730314-9

Nº da Nota Fiscal 015891177

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\$)
JANEIRO/2019	10-01-2019	88	56,06

ANTONIO CARLOS DA SILVA
R. SÃO SEBASTIAO S/N B-URBANO
CPF: 00051709392304
CEP: 64.455-000 - BARRO DURO

ROT: 187.085.03.20.106350

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	7003	Atual:	03/01/2019
Anterior:	6915	Anterior:	05-12-2018
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	04-02-2019
Consumo Medido:	88	Emissão:	02-01-2019
Consumo Faturado:	88	Apresentação:	03-01-2019
	FCAM		

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fil.	Média 12 meses
RESID. Bx. RENDA	MONO	A1044582		1.4.1.1	99

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
DEZ/18 79	CONSUMO 30 A R\$ 0,291393 = 8,74
NOV/18 95	58 A R\$ 0,499543 = 28,97
OUT/18 96	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 6,81
SET/18 107	DIFERENÇA DE TARIFA 38,23
AGO/18 83	SUBVENCAO BAIXA RENDA 27,64
JUL/18 79	CORRECAO MONETARIA IG 12/18-00 0,06
JUN/18 112	MULTA POR ATRASO 12/18-00 0,83
MAI/18 205	JUROS POR ATRASO 12/18-00 0,06
ABR/18 184	
MAR/18 41	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 88 - 0,210520	
31 A 88 - 0,361020	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano Valor R\$
11/2018 63,00

***** AVISO DE DESLIGUE VENCIDOS *****
Informamos existirem debito(s) vencido(s) no valor de R\$
XXXXXX,00 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s)
debito(s) já tenha(m) sido pago(s), encerrar uma loja de
atendimento da Eletrôbras Distribuição Piauí com o(s) compro-
vante(s) de pagamento.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 9FF1.01D2.50B7.844D.8D49.7302.1338.F62E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 15,85	Base de Cálculo: 75,94
Energia: 30,61	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 5,18	Valor do ICMS: 16,70
Encargos: 3,26	Valor do PIS: 0,77
Tributos: 21,04	Valor do COFINS: 3,57

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DRC			PIC			DMIC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Índice	8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,43	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Companhia	SAO PEDRO DO PIAUÍ			Período de apuração:			11/2018	Índice: 13,89

ROT: 187 085 03 20 106350

(86) 99773215

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luciana Alves da Costa,
RG nº 2.284.141, data de expedição 16/07/2001,
Órgão _____, portador do CPF nº 009.744.643-25, com
domicílio na cidade de Barro Duro, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Manoel Soares Teixeira, nº _____,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Santos Rêno Amor de Sousa, cujo o condutor era
Santos Rêno Amor de Sousa.
Veículo: PAS/MOTONETA
Modelo: HONDA/BIZ 125 ES
Ano: 2011
Placa: MIT-3392
Chassi: 9C27C4820BR020763
Data do Acidente: 11/12/18
Local e Data: Barro Duro

Luciana Alves da Costa
Assinatura do Declarante

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

[Assinatura]
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebe em: 01/04/19

Reconheço verdadeiro Assinatura de
Luciana Alves da Costa
do que dou fé. Em teste Assinatura da verdade
Barro Duro-PI, 18/02/2019
Assinatura
Tabelião



CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH
SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 11/12/18 HORA: _____ N.º TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: _____ MUNICÍPIO: Barro Duro
MÉDICO: DEREC TALISON CRM: 7089

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatra () Outros _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: João Pedro Alun Sousa
Data de Nascimento: 12/06/2000 Idade: 18 anos Sexo: F () M ()
CPF: _____ Cartão SUS: _____

Município de Procedência: Barro Duro

HDA: Paciente com relato de acidente motorciclístico apresentando dor,
edema, deiscência e deformidade da coxa esquerda. Reduzido
Px de coxa (E) evidenciando fratura oblíqua em diáfise do fêmur (E) (AI)

HD: Fratura de fêmur CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS:

Tax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg SatO₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

() Oxigênio () Hidratação Venosa _____
() Aspiração () Medicação (especificar) Paracetamol 20mg
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar cópia)

Px de coxa (E)

Dr. Dênis Rodrigues
MÉDICO
Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO: HUT

Clínica/Posto: 52453 Senha Regulação: 449561852

CIN. 60RAL.



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

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 12/12/2018 00:14:43

DADOS DO PACIENTE:

(User: MARIA ONEIDE)

(Estação: ACCROI)

Nome: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA		Prontuário: 496698	
Mãe: GRACILENE ALVES DA COSTA SOUSA	Pai: PEDRO DE SOUSA FILHO		
End.Resid.: RUA SAO SEBASTIAO, S/N - CENTRO - BARRO DURO - PI - CEP: 64455-000			
Nascimento: 12/06/2000	Idade: 18a5m29d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99977-3215
Responsável: GRACILENE ALVES DA COSTA SOUSA	CNS: 200625394200006	Documento: RG: 4451749 - SSP PI	
Profissão: ESTUDANTE	E.Civil: Solteiro(a)		
G. Instrução: Não informado	End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 697786	Data: 11/12/2018 23:43:28	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
CID Secundário: V299		Convênio: S U S

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: paciente com relato de acidente de motocicleta apresentando deformidade da coxa esquerda.		Profissional Clas. Risco: MARIA ONEIDE HOLANDA LUZ COREN 24003 PI Em: 12/12/2018 00:14:41	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente com história de acidente motociclistas apresentando fratura em coxa (E). Tax evidenciada fratura de deslocamento do fêmur. Exame neurológico sem alterações.
Ed. Sufrida no joelho direito.

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Analise de cirurgia geral

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Se Internação, indique o Procedimento e CID

0408050519
Procedimento

572.3
CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

Mod: 007



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de fêmur

Operação - Tipo

Redução da fratura de fêmur / Enxerto ósseo

Cirurgião

Dr. M. S. Chaves

1º Assistente

Dr. J. Campos Neto

2º Assistente

3º Assistente

Anestesia

Instrumentador(a)

Anestesista

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. Anestesia - Anest. Geral
2. Incisão Ant. Ilíaca (E) - Acesso por lb - Desbridamento Ilíaca
3. Hemostase - SGL
4. Incisão Lta. h. lta (E) - Acesso por lb - Desbridamento Ilíaca
5. Drenagem, SGL, Curto

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 1930 / CPF: 386.881.319-68



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Sala: 06

Alergia: ?

Data:

Nome:

Cirurgião:

Procedimento:

Tratamento cirúrgico de Fe de Fimex E Fco das Chagas

Agentes	Unid	8:30	15	30	45	9:30	15	30	45	10:30	15	30	45	15	30	45
1. Fentanyl	50-mcg	EV														
2. Bupiv	15mg															
3. Propofol 60mg																
4. clonidina	150-mcg															
5. Cefotaxime	2g															
6. Cefoperazone	1800mg															
7. D. pinidol	2g															
8. Dexametasona	6mg															
9. Ondansetron	4mg															
10.																
11.																
12.																
13.																
Oxigênio																
APIN20	%															
Uil																

Acesso Vascular

- ☒ Periférico
☐ Cat. Venoso n.º ____
☐ Dificuldade aces. venoso
☐ Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT n.º ____
☐ LMA n.º ____

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI em MSD
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: DDH

SPO2 (%)	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)							
Aces. Venoso							
Aces. Venoso							
Diurese							
Perdas Sanguíneas							

SFO 1,5% 1000ml

Descrição da Anestesia:

Raqui-anestesia Quimka 26 presc. med. com início entre 63-24

51 minutos ocultos

Dr. Miguel Antonio T. Ferreira
Médico Anestesiologista
CRM-SP 164.610e AMPI 4404
Anestesiologista



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 12 / 12 / 18

NOME DO PACIENTE:	<u>João Pedro Alves de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>496698</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Tumor Ductal In Situ</u>	CIRURGIA:	<u>Tratamento / Excisão</u>
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Chacur</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dr. M</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Desterris</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>-</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>-</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>-</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>-</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>10</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>-</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>150</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	<u>-</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>-</u>	
FORMOL	ML	<u>-</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES <u>5.0</u>	PAC.	<u>10</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>-</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>-</u>		<u>Eletródos</u>	und	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>Exames</u>	und	<u>03</u>	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Reponta</u>	und	<u>02</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Cera pi o 28</u>	und	<u>01</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Mononylon</u>	und	<u>04</u>	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<u>D. Suction</u>	und	<u>01</u>	
ALCOFIL							
MONONYLON <u>3.0</u>	und	<u>02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>1</u>	und	<u>04</u>		CIRCULANTE <u>Deum</u>			
PROLENE							

CONSULTA BÁSICA

DATA: 11/12/2018

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: João Pedro de Sousa
Data de Nascimento: 12/06/2000 Idade: 18 Telefone: 9977 3215
Endereço: São Sebastião Município: Barro Duro
Identidade: H. 451.749 Nº CNS 20062539420 00061

COLETA DE DADOS:

Alergias: (S) (N) _____
H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) AVC (S) (N) _____
Cirurgias (S) (N) _____ Outras: _____
Medicações em Uso: _____

EXAME FÍSICO:

PA: _____ TAX: _____ Glicemia: _____ FC: _____ FR: _____
Peso: _____ Altura: _____ Sat O₂ _____

Querixa Principal: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Prescrição: Paciente com relato de acidente motorveicular com fratura de
doe em uma extremidade. Aczome: Hematoma e comprometida a edema
na uma extremidade e deformidade.

① Tramadol 100mg 1amp + 100mg S.F.O. 9. E1.

② Solite 100mg de 100mg E1.

Fratura obliqua de fêmur do fêmur l. Solite regular para
hospital de referência.

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Hemograma () Bioquímico () Enz. Card. () EAS () RX () USG () TC () ECG () TGO () TGP ()
Parasitológico de Fezes ()

Jr. Dênis Rodrigues
MÉDICO
CRM-PI: 7089
Assinatura do Médico e Carimbo

* Grazielle Alves da Costa
Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

OBS.: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.



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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA** (Prontuário: 496698)
Endereço: RUA SAO SEBASTIAO, S/N - CENTRO - BARRO DURO - PI CEP: 64455-000
Nascimento: 12/06/2000 Idade: 18a9m12d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 228761
Requisição: 900429 Solicitação: 12/12/2018 Solicitante: ANDRE LUIS SANTANA NOGUEIRA
Controle: 1117769 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 223

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 12/12/2018

FEMUR ESQUERDO

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

- Fratura no terço médio do fêmur com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura no terço médio do fêmur com fixação metálica.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 24/03/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

ATESTADO MÉDICO

Atesto que

João Pedro A. de

Cart. Prof. Nº

Série:

necessita de 10 dias de licença para tratamento de saúde a partir

de

12/12

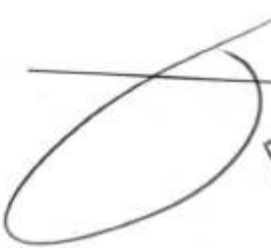
SA 23

Teresina

de

de 20

19


Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEO: 11386
Tel: (86) 98884-0561

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS




Assinatura do Titular: *João Pedro Alves da Sousa*

1552466

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.451.749 DATA DE EMISSÃO 22/08/16

NOME: JOÃO PEDRO ALVES DE SOUSA

PAIS: BRASIL

GRACILENE ALVES DA COSTA SOUSA

PEDRO DE SOUSA FILHO

NATURALIDADE: BARRO DURO-PI

DOC. CIVIL: CERT. NASC. 18133 L. A21 F. 188

EXP. BARRO DURO-PI 01/08/00

066.093.893-65

1552466

DATA DE NASCIMENTO: 12/06/2000

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

[Signature]

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

Recebido em: 01/04/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190249503 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 11/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA. P1/4/5/7/8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190249503 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 11/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA. P1/4/5/7/8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110691/19

Número do Sinistro: 3190249503

Vítima: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

CPF: 066.093.893-65

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 11/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA : 066.093.893-65

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/04/2019
Nome: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA
CPF: 066.093.893-65

JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110691/19

Vítima: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

CPF: 066.093.893-65

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 11/12/2018

Titular do CPF: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA : 066.093.893-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/04/2019
Nome: JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA
CPF: 066.093.893-65

JOAO PEDRO ALVES DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO