

# 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: 10/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSALVI DAVID SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00030

CONTA: 000000093129-8

---

Nr. da Autenticação A1356CD04511EDBC

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROSALVI DAVID SOUZA

RG nº 3.289.409, data de expedição 09/02/09, Órgão SSP-PI.

CPF nº 028.223.643-03, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

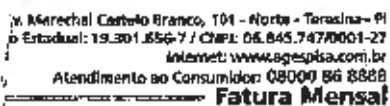
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA JAMES CLARK
Número	920
Apto / Complemento	
Bairro	SÃO BENEDITO
Cidade	PARNAIBA
Estado	PIAUI
CEP	64.202-200
Telefone de Contato	(086)3323.4075 (086)99412.1349
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PARNAIBA, PI, 15.03.2019.

Assinatura do Declarante: x Rosalvi David Souza





717401-2

SEPTEMBER 2005  
DECEMBER 2005  
JANUARY 2006

JAN/2019

Normal/Roughly Social/Endogenous

DIANA MARIA SOUZA  
RUA JAMES CLARK, 920  
SAO BENEDITO  
PARNAIBA 64202200

AG= 55

Categorías de Uso		Inscripción	
Com	Prop		
3/3	1	77 3 14 0469	0411-000

12/12/2018	14/01/2019	33
------------	------------	----

Mês/Ano	Histórico de Consumo		Consumo	Ocorr.
	Unidade	Consumo		
07/18	2714	20		
08/18	2735	21		
09/18	2754	19		
10/18	2772	18		
11/18	2793	21		
12/18	2813	20		
01/19	2836	23		

**FATURADO P/ CONSUMO NORMAL**

028726300	01
-----------	----

Completed 144-100	Coll. Rec. Ref.	Card. Flow 144-100
19		

23	23
----	----

Cód	Nome do Serviço
-----	-----------------

00 Nome do Serviço  
 AGUA  
 ESGOTO  
 MULTA IMPONTUALIDADE 001/001  
 JUROS DE MORA 001/001  
 MANUTENCAO HIDROMETRO

Value (R\$)
98,40
49,20
1,20
1,20
2,35

21/01/2019

152.47

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE CONTRATAÇÃO DE MULTA/DIROS. HORA  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30  
DIAS APÓS VENCIMENTO.

Prémissas	Despesa	Cob	Cat	Qtd	Preço	Custo Unit	Exatidão
Valor Médio do Fornecedor	5,0	15	5,0	600,00	6,2		
APRESENTAÇÃO DE JUNTAS ELÉTRICAS							
HT 400VOLT 3FAS 3W							
em Alameda que recebe ligação							
Valor Médio	3,72		2,13	3,72		2,13	6,71
PRESERVE A CULIADA DA MÃO, LAVE AS RESERVATÓRIOS CORRESPONDENTE.							

PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMPRE COM CUIDADO.

SPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA, RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETOIRA, ESSO LIXO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DE SER LANÇADO.

47  
HORA  
150 30  
PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

26 MAR 2019

DPVAT

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.040-740/001-85 Fone: (86) 3241.383-0  
Fóto Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ/PA

Nº da Nota Fiscal 016114086

A União, Estado de Energia Elétrica - TSEE Facilitada  
pela Lei nº 12.458 de 20 de Abril de 2002.

JANEIRO/2019 15-01-2019 202 209,94

JOAO MIGUEL NETO  
CJ JARDIM ESPERANÇA I 127 127 R CALAPOS CRISTO REI  
CPF: 00013133420330  
CEP: 64.215-730 - PARNAIABA

CONTAS DE ENERGIA		CONTAS DE ENERGIA	
Antes	1186	Antes	08/01/2019
Anterior	10984	Anterior	10-12-2018
Consumo de Instalação	1,000	Anterior Limitada	07-02-2019
Consumo Medido	202	Entrega	07-01-2019
Consumo Estimado	202	Apresentação	08-01-2019
FCAM			

NORMAL

29

Classificação	Região	Número Medidor	Posto	Código Tel.	Até 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1544381		1.1.1.1	214

Mês de consumo		CONSUMO		
DEZ/18	216	202 A R\$ 0,927099 =	187,27	
NOV/18	205	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	22,67	
OUT/18	204			
SET/18	226			
AGO/18	221			
JUL/18	198			
JUN/18	221			
MAI/18	206			
ABR/18	222			
MAR/18	225			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
8 A 202 - 0,927099				

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 07-01-2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AD FISCAL 9E23.1EE7.3C90.E3CS.1EB3.B480.2FE1.9727

COMPOSTO DE TRIBUTOS		COMPOSTO DE TRIBUTOS	
Distribuição	36,36	Base de Cálculo	187,27
Energia	70,24	Alíquota ICMS	27,00%
Transmissão	11,89	Valor do ICMS	50,56
Encargos	7,49	Valor do PIS	1,91
Tributos	61,29	Valor do COFINS	8,82

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
26 MAR 2019  
DPVAT

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.813/98.

Pelo exposto, eu **JOÃO MIGUEL**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **131.334.203 / 30**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

**ROSALVI DAVID SOUZA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **028.223.643/03**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **ROSALVI DAVID SOUZA**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **028.223.643 / 03**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: **RECUSO** Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <b>RUA CAIAPÓS</b>	Número: <b>127</b>	Complemento:
Bairro: <b>CRISTO REI</b>	Cidade: <b>PARNAIBA</b>	Estado: <b>PIAUI</b>
E-mail:	CEP: <b>64.215-730</b>	Tel.(DDD): <b>(086) 3323.4075</b>

Local e Data: **PARNAIBA, PI. 15 de Março de 2019.**

*João Miguel Neto*

Assinatura do Declarante



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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.813/98.

Pelo exposto, eu **JOÃO MIGUEL**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **131.334.203 / 30**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

**ROSALVI DAVID SOUZA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **028.223.643/03**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **ROSALVI DAVID SOUZA**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **028.223.643 / 03**, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: **RECUSO** Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <b>RUA CAIAPÓS</b>	Número: <b>127</b>	Complemento:
Bairro: <b>CRISTO REI</b>	Cidade: <b>PARNAIBA</b>	Estado: <b>PIAUI</b>
E-mail:	CEP: <b>64.215-730</b>	Tel.(DDD): <b>(086) 3323.4075</b>

Local e Data: **PARNAIBA.PI.15 de Março de 2019.**

*João Miguel Neto*

Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, GERALDA DA SILVA RAMOS,

RG nº 3.403.958, data de expedição 29 / 12 / 09,

Órgão SSP-PI., portador do CPF nº 269.383.162-87

com domicílio na cidade de PARNALBA, no Estado de

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

CONJ. RS. JOAO PAULO II. BLOCO F., nº 03

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

ROSALVI DAVID SOUZA, cujo o condutor era  
ROSALVI DAVID SOUZA

Veículo: HONDA/POP 110 Modelo: 2016 Ano: 2015

Placa: PIN-7951 Chassi: 9C2JB0100GR030639

Data do Acidente: 06 / 12 / 2018.



Local e Data: PARNALBA.PI.15 de Março de 2019

x Geralda da Silva Ramos.  
Assinatura do Declarante

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

Cartório do 2º Ofício de Notas  
AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, CENTRO - Nº 184, PARNALBA - PIAUÍ  
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GERALDA DA SILVA RAMOS.  
EM TEST. \_\_\_\_\_ DA VERDADE. DOU FE. PARNALBA, 12/03/2019 14:43:40

MARIA TERESA MENDES BEZERRA LIMA / ESCRITÓRIO  
Emx. R\$ 8,65 T.J: R\$ 0,77 M.P: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26

2º Ofício - Parnalba  
Maria Teresa Mendes Bezerra Lima  
Maria Alberto Mendes  
Escritório de Cartório



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE  
RUA RODRIGO COIMBRA,  
RODOVIARIA, PARNAIBA/PI - 64216-470  
CNPJ: 06553564015593  
(86) 3323-7188 - ( )

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)  
Atendimento: P0362698 Registro: 191745  
Data: 06/12/2018 Hora: 17:10:00  
Funcionario: LETICIA Tipo: CONSULTA  
Sexo: F MININO  
Senha 178 SUS

ROSALVI DAVID SOUZA

Nasc.: 06/10/1986 Idade: 32 ANOS, 2 MESES

End.: RUA JAMES CKAQUE, 920 -

IDGE: 2207202 Cor: PARDA

Mãe: GERARDA DAVID DE SOUZA

Profissão: DIARISTA

Bairro: SAO BENEDITO

Cidade: PARNAIBA/PI

Tel.: (86) 9497-4251/( )

CPF: - RG: - SUS: 165500485840002

Civil: SOLTEIRO(A) CLP: 64200-019

Clínica: ACOLHIMENTO

Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Responsável: ROSALVI DAVID SOUZA - O MESMO

### Procedimentos

06/12/2018 17:10 01 CONSULTA (ACOLHIMENTO)  
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

Exame clínico/físico:

cheio

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:



Ass. Técnico  
CSMA-P: 2710



Responsável: ROSALVI DAVID SOUZA

1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



2. CNF 5  
BD 5552  
4. CNF 5  
8015095

15 - UF      16 - CEF  
P1              64200-010

## 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

DPVAT

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SRPA

Admissão:

Necessidades	Características	Observação
Necessidades neurológicas	Comportamento: ( ) calmo; ( ) agitado; ( ) agressivo; ( ) apático.	
	Nível de consciência: ( ) acordado; ( ) sonolento; ( ) lúcido; ( ) sonolento.	
	Dor: ( ) ausente; ( ) presente. Local	
Necessidade respiratória	Via aérea: ( ) pérvia; ( ) parcialmente obstruída	
	AP: ( ) MV +; ( ) roncos; ( ) sibilos ( ) estertores.	
	Nível ventilatório: ( ) Traqueostomia; ( ) Intubação traqueal; ( ) Oxigenoterapia por máscara de Venturi; ( ) Oxigenoterapia por cateter de O <sub>2</sub> ; ( ) ar ambiente.	
Necessidades cardiovasculares	FC: ( ) normal ___ bpm; ( ) bradicardia ___ bpm; ( ) taquicardia ___ bpm.	
Necessidades gastrointestinais	( ) SNG; ( ) SNE; ( ) Gastrostomia; ( ) Jejunostomia; ( ) Ostomia	
	Náuseas: ( ) ausente; ( ) presente.	
	Vômitos: ( ) ausente; ( ) presente.	
Necessidades renais	Abdome: ( ) plano; ( ) globoso; ( ) flácido; ( ) distendido.	
	Diurese: ( ) ausente; ( ) espontânea; ( ) SVA; ( ) SVD.	
Necessidades tegumentares	( ) Hidratado; ( ) Desidratado; ( ) Corado; ( ) Ictérico; ( ) Edemaciado.	
	Acesso: ( ) AVP; ( ) dissecação venosa; ( ) punção jugular; ( ) punção de subclávia.	
	Incisão cirúrgica ( ) Limpa ( ) Parcialmente embebida de sangue ( ) Totalmente embebida em sangue.	
	Dreno: ( ) Penrose; ( ) torácico; ( ) sucção.	

Responsável:

Intervenções de enfermagem para a SRPA Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ação de Enfermagem	Horário	Executante
( ) Instalar monitoração.		
( ) Aquecer o cliente até melhora da temperatura corporal.		
( ) Administrar oxigênio úmido litro/mim, de acordo com prescrição médica.		
( ) Observar sangramentos na incisão cirúrgica.		
( ) Controlar SSVV, segundo rotina.		
( ) Observar a presença de vômitos e /ou náuseas.		
( ) Avaliar nível de consciência.		
( ) Avaliar dor, segundo rotina.		
( ) Avaliar Escala de Aldrete e Krorlik		

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:


Condições na alta da SRPA:

Estado de vigília	( ) acordado; ( ) sonolento; ( ) lúcido; ( ) sonolento.
Nível ventilatório	( ) Traqueostomia; ( ) Intubação traqueal; ( ) Oxigenoterapia por máscara Venturi; ( ) Oxigenoterapia por cateter de O <sub>2</sub> ; ( ) ar ambiente.
Curativo	
Dreno	Tipo: Observação:
Diurese	( ) espontânea; ( ) SVA; ( ) SVD.
Pertences	( ) roupas; ( ) joias; ( ) prótese dentária; ( ) outros.

Responsável: \_\_\_\_\_

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

DPVAT

# BOLETIM DE ADMISSÃO

Atendimento	1027384
Data:	06/12/2018
Hora:	18:22

**191745 - ROSALVI DAVID SOUZA**

**SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 06/10/1986 - 32 ANOS, 2 MESES**

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 027- CORREDOR Leito: 2718 Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO MÉDIO INCOMPLETO Médico: 3354 - OSMAR BEZERRA LINHARES JUNIOR

CPF: RG: C/N: SIS Prenatal:

Endereço: RUA JAMES CKAQUE, Nº 920 - CEP: 64200-010 Bairro: SAO BENEDITO

Cidade: 2207702- PARNAIBA/PI Profissão: DIARISTA Telefone: (86) 9497-4251

Pat: Mãe: GERARDA DAVID DE SOUZA

Responsável: ROSALVI DAVID SOUZA - (86) 9497-4251 - O MESMO

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

## Resultado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

-48 Horas

+48 Horas

Óbito

Transferido

## História Clínica

Diagnóstico Provável

*Fract. Plav. b. f. b. l.*

Dr. Osmar B. Linhares Jr.  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 3354 / T1155066

OSMAR BEZERRA LINHARES JUNIOR

RJ CORRETORA  
DE SEGUROS

26 MAR 2019

DPVAT

## NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PRONTUÁRIO: 191.745

PACIENTE: 1027384 ROSALVI DAVID SOUZA

ENF./LEITO: 027/2718

INÍCIO: 10:40 HORA. TÉRMINO: 11:40 HORA. DURAÇÃO: HORA. CIRURGIA: Platê tibiálCIRURGIÃO: Fabírcio 1º AUXILIAR: Guimar ANESTESISTA: Francisco

## MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Adrenalina	amp		Ocitocina	amp	
Água estéril 10ml	amp		Pancurônio	amp	
Atropina	amp		Pelidina 50mg/2ml	amp	
Clorpromazina	amp		Plasil 10mg	amp	
Cloxacilazona 4mg/2ml	amp	1	Propofol 1%, 20ml	amp	
Diazepam 10mg	amp		Prostigmine	amp	
Ethinor	amp		Soro Fisiológico 0,9%, 500ml	fr	3
Dopamina	amp		Soro Glicosado 5%, 500ml	fr	
Formonid 15mg/3ml	amp		Soro Ringer c/ lactado	fr	
Fortil 10mg/1ml	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Flurano	ml		Suxametônio 100mg	fr	
Clonergam 50mg	amp		Tionembutal	fr	
Entanil	fr		Transamin	amp	
Isotano	ml		Xilocaina 2% s/ vaso	fr	
Isoperidol	amp		Xilocaina 2% c/ vaso	fr	
Metalar	fr		Xilocaina 5% (pesada)	fr	
Metahergim	amp		<u>Midagelen</u>		1
Aloxona	amp		<u>Dipiridona</u>		2
Leocaina c/ vaso	amp		<u>Cipalotina</u>		1
Leocaina pesada	amp				
Leocaina s/ vaso	amp				

## MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Localiti nº 20	un	1	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha descart. 40x12 25x07	un	4	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha p/ raque nº 22	un	1	Algodão s/ agulha nº	env	
Algodão ortopédico	metro		Algodão s/ agulha nº	env	
Adura de crepom tam. 1m	rolo	3	Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Adura gessada tam.	rolo		Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Breno de tórax	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Breno petrose	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Equipo p/ macrogotas	un	1	Mononylon nº 3.0 2.	env	2
Equipo p/ transfusão sanguínea	un		Mononylon nº	env	
Amína p/ bisturi nº 24	un	1	Prolene nº	env	
Luva estéril nº 7.5 80 70	par	3	Prolene nº	env	
Luva p/ proced. nº M	par	8	Vicryl nº 2.0	env	
Scalp nº	un		Vicryl nº 1	env	
Sonda Foley 2 vias nº	un		<u>Excova de limpeza</u>		
Sonda Foley 3 vias nº	un		<u>Seringa 10 ml 20-50</u>		
Sonda nasogastrica nº	un		O2		
Sonda vesical simples nº	un				
Coletor de urina	un				
Clamp umbilical	un				

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM ☒ NÃO ☐QUAL O MATERIAL USADO? Placas e Parafusos

FEZ BIÓPSIA?

SIM ☐ NÃO ☒

QUE PEÇA?

ASSINATURA / CARIMBO:

Camilo

DATA: 10/12/18

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

2-6 MAR 2019

DPVAT



ga&Braga

Importação e

Exportação

COMUNICAÇÃO DE USO DE ÓRTESE E PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS

FORNECEDOR

HEIDA

PACIENTE

M. S. Silva - Daniel Souza

PROCEDIMENTO

CODIGO

MEDICO

CRM

PRODUTOS UTILIZADOS/IMPLANTADOS:

NOME	MODELO	TIPO	LOTE/VALIDADE	QTD	ANVISA
01) Placa	321	07/10/15		01	
02) Placa	321			01	
03) Placa	321			01	
04) Placa	321			02	
05) Placa	321			02	
06) Placa	321				
07) Placa	321				
08) Placa	321				
09) Placa	321				
10) Placa	321				
11) Placa	321				
12) Placa	321				
13) Placa	321				
14) Placa	321				
15) Placa	321				
16) Placa	321				
17) Placa	321				
18) Placa	321				
19) Placa	321				
20) Placa	321				
21) Placa	321				
22) Placa	321				
23) Placa	321				
24) Placa	321				
25) Placa	321				
26) Placa	321				
27) Placa	321				
28) Placa	321				
29) Placa	321				
30) Placa	321				
31) Placa	321				
32) Placa	321				
33) Placa	321				
34) Placa	321				
35) Placa	321				
36) Placa	321				
37) Placa	321				
38) Placa	321				
39) Placa	321				
40) Placa	321				
41) Placa	321				
42) Placa	321				
43) Placa	321				
44) Placa	321				
45) Placa	321				
46) Placa	321				
47) Placa	321				
48) Placa	321				
49) Placa	321				
50) Placa	321				
51) Placa	321				
52) Placa	321				
53) Placa	321				
54) Placa	321				
55) Placa	321				
56) Placa	321				
57) Placa	321				
58) Placa	321				
59) Placa	321				
60) Placa	321				
61) Placa	321				
62) Placa	321				
63) Placa	321				
64) Placa	321				
65) Placa	321				
66) Placa	321				
67) Placa	321				
68) Placa	321				
69) Placa	321				
70) Placa	321				
71) Placa	321				
72) Placa	321				
73) Placa	321				
74) Placa	321				
75) Placa	321				
76) Placa	321				
77) Placa	321				
78) Placa	321				
79) Placa	321				
80) Placa	321				
81) Placa	321				
82) Placa	321				
83) Placa	321				
84) Placa	321				
85) Placa	321				
86) Placa	321				
87) Placa	321				
88) Placa	321				
89) Placa	321				
90) Placa	321				
91) Placa	321				
92) Placa	321				
93) Placa	321				
94) Placa	321				
95) Placa	321				
96) Placa	321				
97) Placa	321				
98) Placa	321				
99) Placa	321				
100) Placa	321				

DATA

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

01/03/2019

CIRURGIÃO

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
26 MAR 2019  
DPVAT



**Piauí**  
GOVERNO DO ESTADO

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA



Hospital Estadual Dirceu Arcoverde  
Parnaíba - Piauí

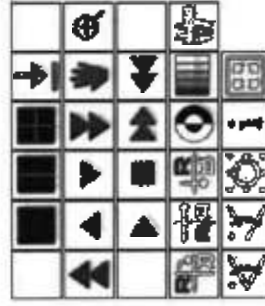
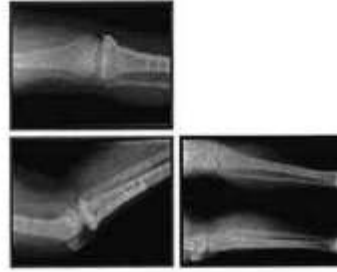
Paciente: Renato Davidson

Idade: \_\_\_\_\_ Data: 30/02/18

Checkagem antes da indução anestésica	Checkagem antes da incisão cirúrgica	Checkagem antes da paciente sair da sala de cirurgia
<p><b>Confirmar com paciente:</b></p> <p>Identificação: (X) Sim ( ) Não.            Procedimento programado: <u>Plastia facial D</u>            Sítio demarcado: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica.            Jejum: (X) Sim Quantas horas? <u>24</u> ( ) Não.</p> <p><b>Consentimento preenchido e assinado:</b>            Para a anestesia: (X) Sim ( ) Não.            Para a cirurgia: (X) Sim ( ) Não.</p> <p><b>Materiais/medicamentos para anestesia disponíveis?</b>            (X) Sim ( ) Não.</p> <p><b>Monitor cardíaco e oxímetro de pulso instalado e funcionando?</b> (X) Sim ( ) Não.</p> <p><b>Paciente possui alergia?</b> ( ) Sim Qual? _____            (X) Não.</p> <p><b>Há risco para via aérea difícil/broncoaspiração?</b>            ( ) Sim (X) Não.</p> <p><b>Há risco de perda sanguínea maior que 500ml (7ml/Kg em crianças)?</b> (X) Sim ( ) Não.            Tem acesso venoso adequado? (X) Sim ( ) Não.            Tem reserva de sangue? ( ) Sim (X) Não.</p> <p><b>Enfermeiro do CC:</b> <u>Rafaela</u>  <b>Circulante:</b> <u>Priscila</u>  <b>Anestesiista:</b> <u>Brando</u></p>	<p>(X) Confirmar que todos os membros da equipe se apresentam pelo nome e função</p> <p>(X) Confirmar com toda equipe verbalmente: Nome do paciente, Sítio cirúrgico e Procedimento programado.</p> <p><b>Antecipação dos eventos críticos:</b>            Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica? ( ) Sim Qual? _____            (X) Não.</p> <p>Equipe anestésica: alguma preocupação específica com o paciente? ( ) Sim Qual? _____            (X) Não.</p> <p><b>Checkagem da equipe de enfermagem:</b>            Instrumentais/próteses estão disponíveis e dentro do prazo de esterilização? (X) Sim ( ) Não.            Todos equipamentos necessários estão disponíveis? (X) Sim ( ) Não.</p> <p>Placa de bisturi está posicionada? ( ) Sim (X) Não ( ) Não se aplica.</p> <p>Profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? (X) Sim ( ) Não.</p> <p>Exames de imagem estão disponíveis? (X) Sim ( ) Não.</p> <p><b>Instrumentador:</b> <u>1. Brando</u> <b>Circulante:</b> <u>Priscila</u>  <b>Cirurgião:</b> <u>Brando e Brando</u> <b>Anestesiista:</b> <u>Brando</u></p>	<p>Confirmar verbalmente: procedimento realizado:  <u>Plastia facial D</u></p> <p>Contagem correta de compressas? (X) Sim ( ) Não.</p> <p>Contagem dos instrumentais cirúrgicos?            (X) Sim ( ) Não.</p> <p>Contagem de agulhas está correta? (X) Sim ( ) Não.            ( ) Não se aplica.</p> <p>Identificação da amostra com nome do paciente, idade, nome da peça, nome do cirurgião, nome do Hospital para anotação patológica e preenchimento da solicitação? ( ) Sim (X) Não ( ) Não se aplica.</p> <p>Preenchimento da ficha de utilização de prótese?            ( ) Sim (X) Não ( ) Não se aplica.</p> <p>Registro do procedimento realizado? (X) Sim ( ) Não.</p> <p>Houve problema com algum equipamento para ser resolvido? ( ) Sim Qual? _____            Não (X)</p> <p><b>Enfermeiro do CC:</b> <u>Rafaela</u>  <b>Circulante:</b> <u>Priscila</u> <b>Anestesiista:</b> <u>Brando</u>  <b>Cirurgião:</b> <u>Brando e Brando</u></p>



1301





29/03

RUA RODRIGO COIMBRA, 1.650 - PODOLASIA  
 FONE: (86) 3323-7188  
 CEP: 64216-470 - PARNABA/PI

Data de Nascimento	Endereço
06/10/1983	RUA JAMES CRACUE, 920 - SAO BENEDITO PARNAIBA/PI

PACIENTE ROSALVI DAVID SOUZA

Nº DO ATENDIMENTO 1027384

IDADE 32 ANOS, 2 MESES

ENF: 027

UF: 2718

Data	Prescrição Médica	Horário de Medicação	Quant	Evolução Médica
	PU of			PU of
	1) Dose 200			
	2) Sc 1500 1v			
	Sc 1500			
	3) Dose - 10mg 1v			
	4) Dose - 10mg 1v			
	5) Dose - 10mg 1v			
	6) Dose - 10mg 1v			
	7) Dose - 10mg 1v			
	8) Dose - 10mg 1v			
	9) Dose - 10mg 1v			
	10) Dose - 10mg 1v			
	11) Dose - 10mg 1v			
	12) Dose - 10mg 1v			
	13) Dose - 10mg 1v			
	14) Dose - 10mg 1v			
	15) Dose - 10mg 1v			
	16) Dose - 10mg 1v			
	17) Dose - 10mg 1v			
	18) Dose - 10mg 1v			
	19) Dose - 10mg 1v			
	20) Dose - 10mg 1v			

Dr. Osmair B. Linhares  
 CRM 3384 / TEOT 9846

Dr. Osmair B. Linhares  
 CRM 3384 / TEOT 9846

18h PA= 130x90mmHg





GOVERNO  
DO PLAUÍ

## GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

## PĂRINAIBA - PIAȚI


NOME Retailer David Benga

IDAIDE

LEITO

DATA 10 / 12 / 18

**'PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO  
DE ENFERMAGEM**

PREScrição	HORÁRIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
	10:24 hs	No dia 10/12/18 às 10:24hs, paciente foi admitido no CIE para tratamento cirúrgico da fratura plate tibial, presença de Clínica Cirúrgica, em boas condições, porém consciente, responde adequadamente à 34hs. Responde adequadamente às perguntas. Bom humor no momento.	
		Cem A/D em M 5E 55 UU: PA = 160x90 mmHg	
		Med. Ent. Lave Perna	
			

## CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:		DATA: 09/12/18	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA	
<p>DIETA LIVRE</p> <p>SF 0,9% 500ML EV EM 24H</p> <p>DIPIRONA 1 G EV 6/6H S/N</p> <p>DICLOFENACO 1 CP VO 12/12H S/N</p> <p>TRAMAL 100MG 8/8H S/N</p> <p>SSV + CCGG</p>				<p>PAC INTERNADA COM FRATURA DE PLATO TIBIAL</p> <p>EXAMES PRE OP OK</p> <p>AGUARDA CIRURGIA</p>	
<b>HEDA</b>		ROSALVI DAVI SOUZA		39	03
HOSPITAL ESTADUAL CIRQUEU ARCOVERDE					


Dr. Osmar B. Linhares Jr.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 3354 / TEOT 9846

CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PREScrição:	DATA: 08/12/18	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE SF 0,9% 500ML EV EM 24H HEP SODICA 5000 UI SC DE 12/12HS <i>18 06</i> DIPIRONA 1 G EV 6/6H S/N <i>18 06</i> DICLOFENACO 1 CP VO 12/12H S/N <i>18 06</i> TRAMAL 100MG 8/8H S/N <i>18 06</i> SSV + CCGG			PAC INTERNADA COM FRATURA DE PLATO TIBIAL EXAMES PRE OP OK AGUARDA CIRURGIA <i>Je la P.A. 100160mmHg;</i> <i>201 Max Tension</i>
Dr. Bernardo Sousa Filho Ortopedista e Traumatologista CRM - 2823 TEOT 8508			
<b>HEDA</b> HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE		ROSALVI DAVI SOUZA	
		39	03

## HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

## EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

[illegible]

CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO:	DATA: 07/12/18	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
<p>DIETA LIVRE</p> <p>SF 0,9% 500ML EV EM 24H 32 C ) <i>32 C</i></p> <p>HEP SODICA 5000 UI SC DE 12/12HS 3 S <i>3 S</i></p> <p>DIPIRONA 1 G EV 6/6H S/N <i>1 G EV 6/6H S/N</i></p> <p>DICLOFENACO 1 CP VO 12/12H S/N <i>1 CP VO 12/12H S/N</i></p> <p>TRAMAL 100MG 8/8H S/N <i>100MG 8/8H S/N</i></p> <p>SSV + CCGG</p> <p><i>Dr. Rosalvi Davi Souza</i></p> <p><i>Dr. Renato Souza Filho</i> Ortopedista / Traumatologista CRM 2823 TEOT RJ408</p>			PAC INTERNADA COM FRATURA DE PLATO TIBIAL SOLICITADO EXAMES PRE OP AGUARDA CIRURGIA
<b>HEDA</b>  HOSPITAL ESTADUAL DIFCEU ARCOVERDE	ROSALVI DAVI SOUZA		 <b>39103</b>



GOVERNO  
DO PIAUÍ

**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE**  
**HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE**  
**PARNAÍBA - PIAUÍ**



**PRÉSCRIÇÃO E EVOLUÇÃO  
DE MÉDICA**

NOME Frederico P. Sousa IDADE 32 a. LEITO 1017 DATA 05 / 12 / 18

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	QUANT.	EVOLUÇÃO MÉDICA
1) Anke livre			
2) Secorol 60			
3) Vo Hava 1cp	V.O. 12/12h		
4) Hepamine 5000	OT 5c 12/12h		
5) Duponone 1cp	V.O. 6/8h 5cp		
6) SSV 4 400g			
7) Strept 01 cp 1000			
8) S8h			



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDEPiauí  
GOVERNO DO ESTADO

## BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 20/12/18	SALA: 03
PRONTUÁRIO	

PACIENTE: <u>Paulo David Souza</u>	IDADE:	DATA DE NASC:	PESO:	SEXO:
PROCEDIMENTO:	ESTADO FÍSICO ASA: <u>IIA</u>			
PRESSÃO ARTERIAL: <u>160x90</u>	FC:	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:
HEMOGLOBINA:	HEMATOCRITO:	GLUCEMIA:	UREIA:	CREATININA:

OXIGÊNIO										
SEVOFLURANO										
G 50% F 0.5% R RINGER H PLASMA (COROLÓIDE) PLASMA concentrado H 100%										
SaO <sub>2</sub> (%)										
ECG										
Códigos: X - INÍCIO E FIM DA ANESTESIA V - P.A. SISTÓLICA A - P.A. DIASTÓLICA F - FREQ. CARDÍACA										
SÍMBOLOS	INÍCIO									
DIURESE	FIM									
DURAÇÃO										

Tudo bem  
Mantendo

## SEQUÊNCIA

Gly 12-14  
Artine  
wpl

Glycemia 120  
 Hb 10, 8g  
 C/pletro 10  
 Descontorno 10  
 Spona 3  
 Hidroclor. 2g  
 Fatores

P/ CORREÇÃO  
DE SEGUROS

26 MAR 2019

DPVAT

Técnica Anestésica

Observações:

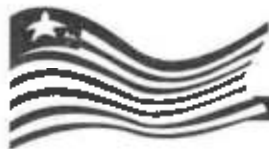
<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> PVC	<input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PAM	<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/>
GASES	l/min.	Início	Fim
Oxigênio			
Ar Medicinal			

## MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp	Ranitidina	Fras
Adrenalina	Amp	Dexamet.	Amp	Nitride	Amp	Ranitidina	Amp
Agua dest. 10ml	Amp	Eferil	Amp	Noradrenalina	Amp	Ringer-Lactate	Fras
Cipro 20mg	Fras	Etilefrina	Amp	Neocina 0.5% pesada	Amp	Sufentanil	Amp
Cefazolina 1g	Amp	Fentanil (s/cas)	Amp	Neocina 0.5% Isobar	Amp	S. Fisiolep. 0.9%	Fras
Clonidina	Amp	Fentanil (frasco)	Fras	Omeprazol	Fras	S. gliconado 5%	Fras
Coláide ( )	Fras	Sevoflurano	MI	Paracetamol	Amp	Atrocurio	Amp
Dexametasona	Amp	Hidrocortisona	Fras	Profenid	Amp	Tramadol	Amp
Diazepam	Amp	Isoturanol	MI	Propofol	Fras	Novabup 0.5% v	Fras
Diprifer	Amp	Manitol	Fras	Propofol	Amp	Lidocaina 2% v	Fras
Diprifer	Amp	Metronidazol	Fras	Propofol	Fras		
Dobutamina	Amp			Propofol	Fras		

Franco de Melo Cunha  
 ANESTESIOLOGISTA  
 CPF 800.718.643-34  
 CRM-PI 3423  
 Anestesiologista - CRM

Secretaria de Estado da Saúde / SESAP  
 Avenida Pedro Freitas, S/N, Bloco A, Centro Administrativo  
 CEP 64018-900 - Teresina, Piauí, Brasil  
 Telefone: 86 3316.1583  
 www.saude.pi.gov.br



# GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



## LAUDO CIRÚRGICO

Rosalvi David Souza

PACIENTE: *Fpt - Plavatto Leal* IDADE: *40 anos* DATA DE NASCIMENTO: *06/10/1986*  
DIAGNÓSTICO: *Fpt - Plavatto Leal* OPERAÇÃO: *Abertura*  
DATA: *10/12/18* INTERVENÇÃO:  
CIRURGIÃO: *Dr. Osmani* AUXILIARES: *Dr. Fabricio*  
ANESTESISTA:  
PRÉ-MEDICAÇÃO:  
INTERVENÇÃO: INÍCIO

TÉRMINO

DURAÇÃO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO  
(TÉCNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)

1) Pte em delt sob anest.  
2) Assup. + Aut. + AP. Campos  
3) Redutor + coloc. Placa + Parafusos  
4) Sutura + Curativo

*[Signature]*  
Dr. Osmani B. Limaes Jr.  
Cirurgião Traumatologia  
CRM 5347 T.O. 9846

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
26 MAR 2019  
DPVAT



RUA RODRIGO COIMBRA, 1.650 - RODOLAVIA

Fone: (86) 3322 7189

CEP: 64216-470 - PARNALBA/PI

Data de Nascimento

05/10/1985

Endereço

RUA JAMES KAGUUC, 030 - SAO ELNEIDITO  
PARNALBA/PI

Nº DO ATENDIMENTO 1027284

IDADE 32 ANOS, 2 MESES

FL: 027

LEITO: 2718

Paciente ROSALVI DAVID SOUZA

Prescrição Enfermagem

Horário de Medicação

QUANT

Evolução Enfermagem

Data

Paciente admitida na clínica cirurgia com  
fratura de fêmur direito. Seguindo aos  
cuidados da equipe de enfermagem de planta  
e seguindo orientada, já que conseguiu memorizar  
da

Mônica D. A. Araújo  
ENFERMEIRA  
COREN PI 010 553 813

Dr. Felipe Machado

ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA

MEDICINA DO TRABALHO

CRMPI 3658 / RQE 986



Rosahvi DAVID SOUZA

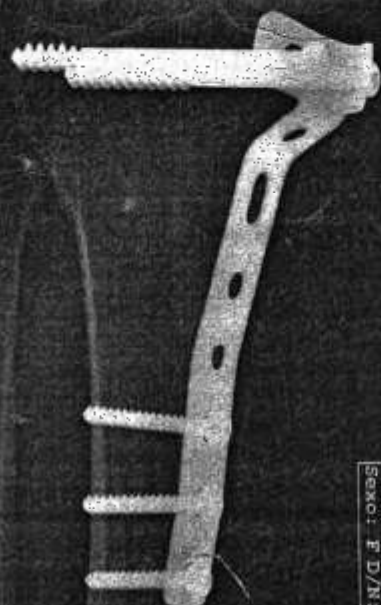
LAUDO MÉDICO

**ARTROSE** Paciente sofreu Acidente de Trânsito  
**OSTEOPOROSE** em 06/12/2018 com Trauma em Joelho  
**HÉRNIA DE DISCO** Direito evoluiu com dor e deformidade.  
**DORES NA COLUMNA**  
**BURSITE NO OMBRO** Raio X - Fratura Placa T18 e T19 Medial  
**AValiação DE TOMOGRAFIA E** realizado cirurgia com placa e parafusos  
**RAIO X** Alta Médica Definitiva, Lenço de  
**INFILTRAÇÃO ARTICULAR** Junções 75% Joelho Direito devido  
**LESÕES DE LIGAMENTOS NO JOELHO** a consolidação Viciosa e material  
**ESPORÃO NO PÉ** de síntese dentro da articulação  
**LAUDOS DPVAT** causando dor crônica e  
**FRATURAS ÓSSEAS** sinovite / Instabilidade ligamentar  
**LAUDOS PREVIDENCIÁRIOS** ruptura Cruzado, deformidade  
**CONFEÇÃO DE GESSO** por traumática em Valgo

Previclin  
Clínica Médica Popular

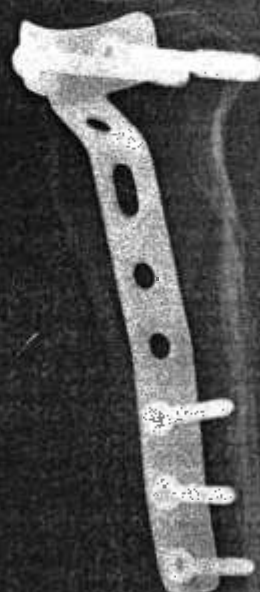
06.09.19  
Atendimento Todas as Tardes  
Av. Alvaro Mendes, 1320 Parnaíba - PI  
3322-4247

Dr. Felipe Machado  
Ortopedista/Medicina do Trabalho  
CRM-PI 3658 / RQE 986



UNIMAGEM - RADIOLOGIA DIGITAL  
 Nome: ROSALVI DAVID SOUZA  
 Sexo: F D/N: 06/10/1986 D/H: 27/05/2019 7:46 IE: 2528 T: ANT Mag: 54.61  
 Pront: 146465 Acc: 146465

LATERAL



UNIMAGEM - RADIOLOGIA DIGITAL  
 Nome: ROSALVI DAVID SOUZA  
 Sexo: F D/N: 06/10/1986 D/H: 27/05/2019 7:46 IE: 2536 T: ANT Mag: 54.61  
 Pront: 146465 Acc: 146465



*Clínica de Imagem*

NOME: **ROSALVI DAVID SOUZA**  
MÉDICO:  
CONVÊNIO: **CONVÊNIO J.U.**  
NÚMERO: **146465**

Data: **27/05/2019**

**RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA**

**RELATÓRIO**

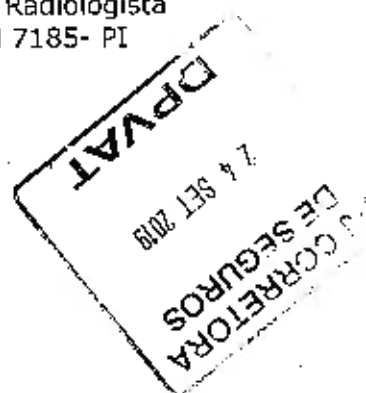
O estudo radiológico da perna, realizado em incidências antero/posterior e perfil demonstra:

- \* Redução difusa da densidade óssea (desuso).
- \* Controle de tratamento do platô tibial e extremidade proximal da tíbia mantido com placa e parafusos intrasomáticos, demonstrando bom alinhamento, sem sinais de sutura.
- \* Não caracterizados desalinhamentos ósseos apreciáveis ao método no presente estudo.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

- \* Redução difusa da densidade óssea (desuso).
- \* Controle de tratamento do platô tibial e extremidade proximal da tíbia mantido com placa e parafusos intrassomáticos, demonstrando bom alinhamento, sem sinais de soltura.

Carla Valéria V.M. de Miranda  
Médica Radiologista  
CRM 7185- PI



Rua Padre Castelo Branco, 1440  
Bairro São José - Parnaíba - PI  
e-mail: [unimagem.parnaiba@hotmail.com](mailto:unimagem.parnaiba@hotmail.com)  
Fones: (86) **3321-1120 / 1952**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




*Rosalvi David Souza*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.289.409 DATA DE EXPENÇÃO 09/02/09

NOME ROSALVI DAVID SOUZA

PROFISSÃO GERALDA MARIA DAVID SOUZA

NATURALIDADE PARNAÍBA-PI DATA DE NASCIMENTO 06/10/1986

DOC. ORGEM CERT. NASC. 103632 L. A427/F. 32  
EXP. PARNAÍBA/PI 05/02/98  
CPF TERESINA - PI

ASSINATURA do Titular Criminal  
LEI Nº 7.116 DE 29/09/80 - DECRETO Nº 89.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

**028.223.643-03**

Nome  
ROSALVI DAVID SOUZA

Nascimento  
06/10/1986



PJ CORRETORES  
DE SEGUROS

26 MAR 2019

**DPVAT**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



**ESTADO DO PIAUÍ**  
**POLÍCIA MILITAR**  
 DIRETORIA DE PESSOAL  
 GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO  
(Fornecida de Matrícula/Matriculação nº 10.1515-69, de 20. Jan. 1969)



RG Nº **10.1515-69**

Posto/Gratificação <b>3º Sgt PM</b>	Quadro <b>OPMP-0</b>	Destinação <b>RM, Proventos 2º Ten</b>	
----------------------------------------	-------------------------	-------------------------------------------	--

PRESENÇA

**JOÃO MIGUEL NETO**

CS	TID	MATRÍCULA	DECLARAÇÃO
<b>0</b>	<b>NEG</b>	<b>011025-2</b>	<b>20-Jan-1969</b>

ASSINATURA DO INTERESSADO

João Miguel Neto

CÉDULA DE IDENTIDADE - VÁLIDA EM TODA TERRITÓRIO NACIONAL

GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO - PMPI

**MIGUEL PEREIRA NETO**

**LUZA PEREIRA NETO**

LOCAL E DATA DE NASCIMENTO

**Esperantina - PI - 08 Dez 1949**

Nº DA CÉDULA

**001746**

TID

**1º**

CPF

**131.334.203-30**

ASSINATURA

**NEG**

TÍTULO ELEITORAL

**201974515/20 - 003 - 096**

CRIE

**01278510398**

DOCUMENTO APRESENTADO

**Reg. Cas nº 1.248, Cart. Raben Fortado, Pernaíba - PI, Lx 106, FLEI-V a 62, Exp. 10 Mar 1977**

LOCAL E DATA DE EXPIRAÇÃO

**Teresina-PI 07 Dez 2005**



PAINÇA GONÇALVES

FERNANDO DENIVAL RODRIGUES DA SILVA - CEL PM  
 ASSIDENTE BOMBEIROS MILITARES DO PIAUÍ

ALPOMAGE - LEM FEDERAL Nº 7.114, DE 20-10-66 E 7, DECRETO BRASILEIRO Nº 4.760, DE 11 JUL 66

**PJ CORRETORA**  
**DE SEGUROS**  
  
**26 MAR 2019**  
  
**DPVAT**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI  
0120160047065

Nº 011669996241  
87665876186

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
12790182527441124754488003244664110025116

T 01077593150 ENTRC

GERALDA DA SILVA RAMOS

CJ RES J PAULO II 03 BL F 00003  
MEDONCA CLARK HBR BID PI

26938316287 PIN-7951

PARNAUTO VEICULOS LTDA

PLACA ANT/UF 9C2JB0100GR030639

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA GASOLINA

HONDA/POP 1101 2015 2016

02P/0109CC PARTIC VERMELHA

OBSERVAÇÕES  
0 PET: 000.24

ALIENACAO FIDUCIARIA  
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

PARNAIBA LOCAL 12/02/2016

ARNO MARTINS DO RISO LONDO  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
26 MAR 2019  
DPVAT



## REQUERIMENTO DE REANÁLISE PROCESSUAL

Ao Senhor Analista de Seguro DPVAT, da Seguradora Líder

Eu, **ROSALVI DAVID SOUZA**, brasileira, maior, piauiense, RG 3.289.409 SSP-PI, CPF 028.223.643-03, residente e domiciliado na Rua James Clark, nº920, Bairro São Benedito - Parnaíba-PI, vítima e beneficiária no processo DPVAT de nº 3190229589, acidente automobilístico ocorrido em 06/12/2018; venho através deste solicitar PERÍCIA MÉDICA pois tive meu pedido indenizatório pago sem ao menos passar pela referida perícia e penso ter recebido indenização insatisfatória diante da lesão a qual fui vítima que me deixou com grave sequela.

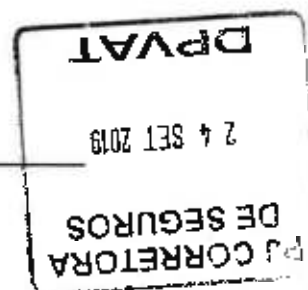
Vale ressaltar que tive uma fratura na tíbia direita e passei por procedimento cirúrgico, que resultaram em dificuldades na prática de atividades diárias.

Agradeço antecipadamente a atenção, aguardando a reanálise processual e a marcação de perícia médica

Parnaíba-PI, 29 de Abril de 2019

x Rosalvi David Souza

ROSALVI DAVID SOUZA





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ROSALVI DAVID SOUZA

RG: 3.289.409 SSP-PI. Orgão Emissor: SSP-PI. CPF: 028.223.643-03

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA Profissão: RECUSOU

Endereço: RUA JAMES CLARK 920 B.SÃO BENEDITO PARNAIBA-PI. Nº 920

Bairro: São BENEDITO Cep: 64.202.200 Cidade/UF: PARNAIBA-PI.

Telefone: ( ) ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: JOÃO MIGUEL NETO

RG: 101515-69 Orgão Emissor: PM-PI. CPF: 131.334.203-30

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: RECUSOU

Endereço: RUA CAIAPÓS Nº 127

Bairro: CRISTO REI Cep: 64.215-730 Cidade/UF: PARNAIBA-PI.

Telefone: 086) 3323.4075 086) 99412.1349 086) 99997.3115

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: Vítima: ROSALVI DAVID SOUZA

CPF: 028.223.643-03

Data do Acidente: 06 / 12 / 2018.

Cobertura solicitada: (x) Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

PARNAIBA-PI. 15 de Março de 2019.

Local e data

2º Ofício

x Rosalvi David Souza

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



Cartório do 2º Ofício de Notas  
AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, CENTRO - Nº 154, PARNAIBA - PIAUÍ  
RECONHECER POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ROSALVI DAVID SOUZA EM  
TEST. DA VERDADE. DOU FE. PARNAIBA, 14/03/2019. 09:00

CARTÓRIO BEZERRA  
2º Ofício - Parnaíba

MARIA TERESA MENDES BEZERRA LIMA - ESCRIVENTE  
Emp. R\$ 3.85 7,2 R\$ 0,77 MP, R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,20 Total: R\$ 4,92

Maria Teresa Mendes Bezerra  
Mano Alberto Mendes  
Escriventes Compromissos



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101517/19

**Vítima:** ROSALVI DAVID SOUZA

**CPF:** 028.223.643-03

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/12/2018

**Titular do CPF:** ROSALVI DAVID SOUZA

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

## 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  
DUT

### JOAO MIGUEL NETO : 131.334.203-30

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

### ROSALVI DAVID SOUZA : 028.223.643-03

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2019  
Nome: JOAO MIGUEL NETO  
CPF: 131.334.203-30

JOAO MIGUEL NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101517/19

**Número do Sinistro:** 3190229589

**Vítima:** ROSALVI DAVID SOUZA

**CPF:** 028.223.643-03

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 06/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ROSALVI DAVID SOUZA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 24/09/2019

Nome: JOAO MIGUEL NETO

CPF: 131.334.203-30

JOAO MIGUEL NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019

Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190229589 **Cidade:** Parnaíba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSALVI DAVID SOUZA **Data do acidente:** 06/12/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

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

**Data da análise:** 03/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO COM OSTEOSINTESE, PLACA E PARAFUSO  
ALTA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO LEVE DO ARCO DE MOVIMENTOS PERNA DIREITA

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE EM PERNA DIREITA

**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

---

**Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190229589**

**Vítima: ROSALVI DAVID SOUZA**

**Data do Acidente: 06/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOAO MIGUEL NETO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ROSALVI DAVID SOUZA**

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, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190229589

Vítima: ROSALVI DAVID SOUZA

Data do Acidente: 06/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MIGUEL NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSALVI DAVID SOUZA

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: ROSALVI DAVID SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000030

Conta: 0000093129-8

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190229589**

**Vítima: ROSALVI DAVID SOUZA**

**Data do Acidente: 06/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOAO MIGUEL NETO**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ROSALVI DAVID SOUZA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 26/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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: **028.223.643-03** Nome completo da vítima: **ROSALVI DAVID SOUZA**

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

Nome completo: **ROSALVI DAVID SOUZA** CPF: **028.223.643-03**

Profissão: **RECUSOU** Endereço: **RUA JAMES CLARK** Número: **920** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **SÃO BENEDITO** Cidade: **PARNAIBA** Estado: **PIAUI** CEP: **64.202-200**

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): **(086) 3323.4075**

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)

AGÊNCIA: **0030** CONTA: **93129** **8**  
(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

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.

## 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.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **PARNAIBA, PI, 15.03.219**

Nome: **ROSALVI DAVID SOUZA**

CPF: **028.223.643-03**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Rosalvi David Souza*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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





AUTO-ATENDIMENTO - SMC PARNAIBA

DATA: 11/03/2019

HORA: 17:48:30

TERMINAL: 00305078

CONTROLE: 003050780321

AGENCIA: 0030 - PARNAIBA

CONTA: 013.00093129-8

CLIENTE: ROSALVA DAVID SOUZA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA  
ULTIMOS 30 DIAS

CHUVA DO DIA DATA LIMITE





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 101301.001559/2019-98

Unidade de Registro: DELEGACIA DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER PARNALBA Registro: José Ailton De Souza Freitas

Data/Hora: 27/02/2019 11:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

1ª DP DE PARNALBA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PARNAÍBA

Endereço

AVENIDA SÃO SEBASTIÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

06/12/2018 - 17:00 ✓

Bairro

SÃO BENEDITO

Ponto de Referência

DE FRENTE AO POLE VALENTE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RASALVI DAVID SOUZA

RG: 3289409 SSP/PI

Mãe: GERALDA MARIA DAVID SOUZA

Endereço: RUA JAMES CLARK, Nº 920

Complemento: AO LADO DA ANTIGA CENTRAL DE FLAGRANTE

Bairro: SÃO BENEDITO

Cidade: PARNALBA

Telefone(s): 86-9488-5318

Tipo Envolv.: VITIMA

Nome: ELINALDA MARIA DAVID SOUZA

RG: 3.585.302 SSP-PI

Mãe: GERALDA MARIA DAVID SOUZA

Endereço: RUA JAMES CLARK, Nº 920

Bairro: SÃO BENEDITO

Cidade: PARNALBA

Telefone(s): 86-9404-0726

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Enunciante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE DECLARA QUE NA DATA ACIMA CITADA SUA IRMÃ ROSALVI DAVID SOUZA CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA POP 110 I ANO 2015/2016 COR VERMELHA PLACA PIN-7951 PARNALBA PI CHASSI 9C2JB0100191000059 DO MOTOR 01077593250 LICENCIADA EM NOME DE GERALDA DA SILVA RAMOS QUE A VÍTIMA SEGUIA NA AVENIDA SÃO SEBASTIÃO SENTIDO NASCENTE /POENTE AO DESVIAR-SE DE UM ANIMAL (CACHORRO) PERDEU O EQUILÍBRIO INDO DE FRENTE PARA AO CHÃO FRATURANDO O PLATOR DIREITO (OSSO ABAIXO DO JOELHO). QUE FOI SOCORRIDA PELA SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE ONDE FOI SUBMETIDA A EXAMES DE RAIO X CONSTATANDO A LESÃO E QUE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PERMANECENDO HOSPITALIZADA POR SEIS DIAS NA QUELA UNIDADE DE SAÚDE.

José Ailton De Souza Freitas - Mat. 0929042  
AGENTE DE POLÍCIA

Elinalda Maria David Souza  
Elinalda Maria David Souza - Noticiante  
Responsável pela Informação



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 101301.001559/2019-98**

Delegado de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **028.223.643-03** Nome completo da vítima: **ROSALVI DAVID SOUZA**

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

Nome completo: **ROSALVI DAVID SOUZA** CPF: **028.223.643-03**

Profissão: **RECUSOU** Endereço: **RUA JAMES CLARK** Número: **920** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **SÃO BENEDITO** Cidade: **PARNAIBA** Estado: **PIAUI** CEP: **64.202-200**

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): **(086) 3323.4075**

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)

AGÊNCIA: **0030** CONTA: **93129** **8**  
(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.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **PARNAIBA, PI, 15.03.219**

Nome: **ROSALVI DAVID SOUZA**

CPF: **028.223.643-03**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Rosalvi David Souza*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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



AUTO-ATENDIMENTO - SMC PARNAIBA

DATA: 11/03/2019

HORA: 17:48:30

TERMINAL: 00305078

CONTROLE: 003050780321

AGENCIA: 0030 - PARNAIBA

CONTA: 013.00093129-8

CLIENTE: ROSALVA DAVID SOUZA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA  
ULTIMOS 30 DIAS

CHUVA DO DIA DATA LIMITE



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE  
RUA RODRIGO COIMBRA,  
RODoviária, PARNAIBA/PI - 64216-470  
CNPJ: 06553664015593  
(86) 3323-7188 - ( )

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)  
Atendimento: P0362698  
Data: 06/12/2018  
Funcionário: LETICIA  
Registro: 191745  
Hora: 17:10:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: FEMININO  
SUS

Senha 178

SUS

**ROSALVI DAVID SOUZA**

Nasc.: 06/10/1986 Idade: 32 ANOS, 2 MESES

End.: RUA JAMES CKAQUE, 920 -

INSC: 2207702 Cor: PARDA

Mãe: GERARDA DAVID DE SOUZA

Profissão: DIARISTA

Bairro: SAO BENEDITO

Cidade: PARNAIBA/PI

Tel.: (86) 9497-4251/( )

CPF: - RG: - SUS: 165500485840002

Civil: SOLTEIRO(A) CUP: 64200-010

Clinica: ACOLHIMENTO

Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Responsável: ROSALVI DAVID SOUZA - O MESMO

### Procedimentos

06/12/2018 17:10 01 CONSULTA (ACOLHIMENTO)  
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

Exame clínico/físico:

cheio

Diagnostico provavel:

Fract. Plavento  
+ fratura tibial D  
- entorse  
- fratura

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

R

mt. Mergul.

teste de flexão

W. C. Santana do Carmo  
CRM: 91.8240  
Ass. Técnico

2873  
PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
26 MAR 2019  
DPVAT

Responsável: ROSALVI DAVID SOUZA

1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE