

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000296

Vítima: ANTONIO MARCOS DE SOUSA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARCOS DE SOUSA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ANTONIO MARCOS DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003808

Conta: 000003161-8

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000296

Vítima: ANTONIO MARCOS DE SOUSA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO MARCOS DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000296

Vítima: ANTONIO MARCOS DE SOUSA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARCOS DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: ANTONIO MARCOS DE SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003808

Conta: 000003161-8

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000296 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS DE SOUSA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO E ULNA ESQUERDO. P.15

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.5,10,17

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000296 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS DE SOUSA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO RADIO DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PUNHO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO GRAU 3, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO-LIMITADO EM 25 GRAUS.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO PUNHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO PUNHO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3808 CONTA: 3161

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

308-539874267-8

04/NOV/2019
LOT: 16.013825-6
LOCALIDADE: TERESINA
AG. VINCULADA: 0029

HORA DE 10:49:22
TERM: 028025

CONTROLE: 392575469

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM DINHEIRO
3088 813 00003161-8
ANTONIO MARCOS DE SOUSA

loterias CAIXA

VALOR :
DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS
308-539874267-8

loterias CAIXA

loterias CAIXA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200000296
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Marcos de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Es da Usina Santana, S/N Casa
Zona Rural Teresina PI CEP: 64097-050
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2688578
Data local do acidente: [28/09/2019]
Data local do exame: [28/02/2020] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA COMINUTIVA DO RADIO DISTAL ESQUERDO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO METALICO

Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO RADIO ESQUERDO

Data da Alta: 28/11/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PUNHO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO GRAU 3, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO-LIMITADO EM 25 GRAUS.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITACAO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO GRAU IMPORTANTE

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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



Dr. Frederico Fonseca de Oliveira

CPF - 047.547.326-42

CRM/PI - 5058



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009779/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/10/2019 09:40 Data/Hora Fim: 30/10/2019 10:10
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

570103

Data/Hora do Fato: 28/09/2019 21:59

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: Rua Alto Leste

Bairro: Gurupi
Nº: 601
CEP: 64.090-095

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO MARCOS DE SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)


OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

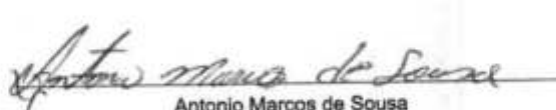
Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
Antonio Marcos de Sousa	Veículo	Motocicleta/Motoneta	Placa NIT9316, Chassi 9C6KE1520B0006358, Núm. Motor E3G9E-006381, Renavam 00262267730	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O NOTICIANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTO ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL E BATEU NA MOTO DA VITIMA CAIU, SENDO SOCORRIDO PRLO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO.524223. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

ASSINATURAS


Narceiza de Maria Chalb Lima
Escrivã de Polícia
Matrícula 0091120
Responsável pelo Atendimento


Antonio Marcos de Sousa
(Comunicante / Vítima)

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



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Narceiza de Maria Chalb Lima
Data de Impressão: 30/10/2019 10:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
050.237.323-71 Antonio Marcos De Sousa

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

5 - Nome completo: Antonio Marcos De Sousa 6 - CPF: 050.237.323-71
7 - Profissão: Ag de Produção 8 - Endereço: as da usina santana 9 - Número: 51N 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: eduardomseguuros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3808 CONTA: 3161 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - ☐ Imprensa ☐ Jornal ☐ Revista ☐ Outros ☐ Beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 26/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

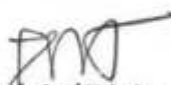


Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 17 - Já removido 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 18 - Falso chamado 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinturo de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		Pulso 70 Resp. 18 PA 100/60 TA 90/60 SatO2 98%
Assistência	26 Pupilas		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10		
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Hospital de Destino	28 Sangramento		30 Fratura		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) _____ b) _____
	1 - Sim 2 - Não		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte
	1 - Melhorado 2 - Perando 3 - Inalterado		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
32 anos, motociclista, vítima de colisão com carro. Apresenta deformidade de membros superiores e inferiores em membros superiores e inferiores.					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Condutor	

DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 28/09/2019 do (a) paciente ANTONIO MARCOS DE SOUSA o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1-Nome : onde consta ANTONIO MARQUES DE SOUSA para ANTONIO MARCOS DE SOUSA


Justivan Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

Teresina, 02 de outubro de 2019

Justivan Sérgio Leal Teixeira

Diretor Técnico – HUT

CRM: 3131



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

Em Casa
Otopneus

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

NHCA
30/09/19 14:30

Imp: 28/09/2019 23:22:15
(User: ANTONINO MOITA)
(Estação: CONSULPA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO MARQUES DE SOUSA		Prontuário: 524223	
Mãe: MARIA DEUSIMAR FERREIRA DE SOUSA	Pai:		
End.Resid.: POV NOV OLINDA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-000			
Nascimento: 03/04/1987	Idade: 32a5m25d	Sexo: Masculino	Fone:
Responsável: ANTONIO MARQUES DE SOUSA	CNS: 706801263792622		
Profissão:	Documento: CPF: 050.237.323-71		
Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 743862	Entrada: 28/09/2019 22:49:55	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura			
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

SSVV: (Hora: :)

Idade: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bmp Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO EM USO DE CAPACETE HÁ CERCA DE 30MIN, REFERE USO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO APRESENTA OTORRAGIA, NEGA VÔMITOS

A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS EM USO DE COLAR CERVICAL

B: MV PRESENTES BILATERALMENTE SEM RUÍDO ADVENTÍCEO, SEM EFIZEMA SUBCUTÂNEO, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, SIMÉTRICA,

C: PA 130X80, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, BULHAS HIPOFONÉTICAS, PC 95BPM SEM TURGÊNCIA JUGULAR, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, DOR À PALPAÇÃO PROFUNDA DE ABDOME EM FLANCO D, SEM SINAIS DE INSTABILIDADE PÉLVICA

D: GLASGOW 15, PUPILAS MÉDIAS ISOFOTOREAGENTES, SEM DÉFICIT MOTOR E SENSITIVO

E: ESCORIAÇÃO EM HEMITÓRAX ESQUERDO, QUADRANTE SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM FLANCO D, TALA

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1322041) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR

(1322042) - BRACO ESQUERDO

(1322043) - ANTEBRACO ESQUERDO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

Assinatura Paciente ou Responsável

Maria da Cruz Viana de Sousa

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 28/09/2019 23:22:13

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03808

CONTA: 000000003161-8

Nr. da Autenticação 3FE0AB41A5D646CD

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: 09/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03808

CONTA: 000000003161-8

Nr. da Autenticação 36B08B34A14F8C22

COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUI
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
informe
o código

SEU CODIGO

0027371-5

Nº de Nota Fiscal: 027468657

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\$)
SETEMBRO/2019	26-09-2019	147	104,94

MARIA DEUSIMAR FERREIRA DE SOUSA
ES DA USINA SANTANA S/N B-RURAL
CPF: 00002771639351

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:		Atual:	
Anterior:	3914	Anterior:	19/09/2019
Constante de Multiplicação:	3767	Próxima Leitura:	20-08-2019
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	21-10-2019
Consumo Faturado:	147	Apresentação:	18-09-2019
Forma de Faturamento:	Classe de Irregular: FCM	Dias de Consumo:	19-09-2019
NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		30	
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto
			Código Pat. Média 12 meses

RECEITA BAIXA RENDA MONO A189123@ESCRICAO DA CONTA 1.4.1.1 128

Mês/ano consumo	CONSUMO	30 A R\$	70 A R\$	47 A R\$	
AGO/19 128		0,306048 =	9,18		
JUL/19 132		0,524651 =	36,72		
JUN/19 117		0,786963 =	36,98		
MAI/19 129	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		7,14		
ABR/19 136	DIFERENÇA DE TARIFA		45,65		
MAR/19 133	SUBVENCAO BAIXA RENDA		32,80		
FEV/19 115	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00		0,10		
JAN/19 127	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00		0,11		
DEZ/18 121	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00		0,01		
NOV/18 132	MULTA POR ATRASO 08/19-00		1,59		
	JUROS POR ATRASO 08/19-00		0,26		
	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,63			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,306048
31 A 70 - 0,524651
71 A 100 - 0,786963
101 A 147 - 0,786963

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R\$
02/2014	3,76
11/2011	10,50
05/2011	7,21

Ha mais 1 conta(s)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Informamos existir(em) debito(s) vencido(s) no valor de R\$ 19,47, (sem acrescimos legais) ate esta data. Caso o(s) debito(s) ja tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Eletrobras Distribuicao Piaui com o(s) comprovante(s) de pagamento.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSICAO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
99CB.E0DF.AA47.08BE.4B2D.4FFE.96BE.2C86			
Distribuição:	Base de Cálculo:		
Energia:	Aliquota ICMS:	128,53	100,26
Transmissão:	Valor do ICMS:	22,00%	
Encargos:	Valor do PIS:		26,27
Tributos:	Valor do COFINS:	1,40%	1,41
	INDICADORES DE CONTINUIDADE	6,49%	6,50
	DIC	PIC	DMIC
	Mensal	Trimestral	Anual
	Mensal	Trimestral	Anual

Limite

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Marcos De Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.237.323/71 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Antonio Marcos De Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.237.323/71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>	Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>
Email		CEP	<u>64000-235</u>	Telefone comercial(DDD)	
		Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina, 26 de Dezembro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques.
Assinatura do Declarante



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saida do PA	05 Chegada ao local
	06 Saida do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saida do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome			
	15 Sexo	16 Idade			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
	19 Vitima	20 Meio de locomoção			
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança			
	23 Glasgow =	24 Sinais Vitais			
Exame Físico	25 Local da lesão	26 Pupilas			
	27 Pulso	28 Sangramento			
Assistência	29 Escala de Dor	30 Fratura			
	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino			
Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito			
	35 Observações Interdisciplinares	36 Responsável pela recepção			



10 Diretoria Técnica

Alto

NOME DO PACIENTE: Antonio Marcos de Sousa
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 524223

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

DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 28/09/2019 do (a) paciente ANTONIO MARCOS DE SOUSA o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1-Nome : onde consta ANTONIO MARQUES DE SOUSA para ANTONIO MARCOS DE SOUSA


Justivan Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

Teresina, 02 de outubro de 2019

Justivan Sérgio Leal Teixeira

Diretor Técnico – HUT

CRM: 3131

**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

Lin Gens
O Hospital**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ANTONIO MARQUES DE SOUSA		Prontuário: 524223
Mãe: MARIA DEUSIMAR FERREIRA DE SOUSA	Pai:	
End.Resid.: POV NOV OLINDA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 03/04/1987	Idade: 32a5m25d	Sexo: Masculino Fone:
Responsável: ANTONIO MARQUES DE SOUSA		CNS: 706801263792622
Profissão:		Documento: CPF: 050.237.323-71
Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 743862	Entrada: 28/09/2019 22:49:55	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO EM USO DE CAPACETE HÁ CERCA DE 30MIN, REFERE USO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO APRESENTA OTORRAGIA, NEGA VÔMITOS

A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS EM USO DE COLAR CERVICAL

B: MV PRESENTES BILATERALMENTE SEM RUÍDO ADVENTÍCEO, SEM EFIZEMA SUBCUTÂNEO, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA SIMÉTRICA,

C: PA 130X80, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, BULHAS HIPOFONÉTICAS, PC 95BPM SEM TURGENCIA JUGULAR, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, DOR À PALPAÇÃO PROFUNDA DE ABDOME EM FLANCO D, SEM SINAIS DE INSTABILIDADE PÉLVICA

D: GLASGOW 15, PUPILAS MÉDIAS ISOFOTORREAGENTES, SEM DÉFICIT MOTOR E SENSITIVO

E: ESCORIAÇÃO EM HEMITÓRAX ESQUERDO, QUADRANTE SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM FLANCO D, TALA

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

(1322041) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR

(1322042) - BRACO ESQUERDO

(1322043) - ANTEBRACO ESQUERDO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto) **DATA:**

Maria da Cruz Viana de Sousa
Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 28/09/2019 23:22:13

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/10/19

NOME DO PACIENTE: Antonio Marcos de Souza	PRONTUÁRIO N°: 524223
DIAGNÓSTICO: Fract. Distal dos Ombros	CIRURGIÃO: Adalberto (e)
ANESTESIA: Italo	N° DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Wilson	CPF N°
AUXILIAR: Durel Tercio Nunes Leal	CPF N°
ANESTESIA: Blaguer	CPF N°
INSTRUMENTADORA: Viana	CPF N°

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7.5 x 8.0	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N°	PAR	/	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N° 20	UNID.	01		Cupom		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.	/			Enxoval = 04			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	/			Furaduro Eletroca = 01			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.	/			Faixa de Smarth = 02			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.	/						
ALCOFIL	/						
MONONYLON 3-0	und	01					
FITA UMBILICAL	/			ENFERMARIA:			
VICRYL 0	und	01		CIRCULANTE: Vandilvia			
PROLENO	/						

Kassia Janyra Pinheiro Cavalcante
Matrícula: 6990
SAME - HUT
Conte com Original

OCTOPEDA

RXT CENICA: FRATUM

DO PUNHO PARA OMBRO

CD: INTERNACAO AOS ^{ORL.} GYM

LIBERAR

Andre Luiz de Vasconcelos
CRM: 235/2352
PROF. 235/2352

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Antonio Marcos De Sousa</u>				Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>01/10/19</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA				DOS. URÉIA	

Nega alergias e comorbidades. Tem comorbidades

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO		ASMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL		CORTICOIDES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		ATARAXICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		OUTROS	

APLICADO AS		EFEITOS	
FÍSICOS		TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	SEQUÊNCIA	
1	2	1	
2	3	2	
3		3	
LÍQUIDOS	SO-LITO 500	4	
	400	5	
	SANGUE 300	6	
	200	7	
	OUTROS 100	8	
TEMPERATURA	Cº	9	
T	38	10	
P. ARTERIAL		11	
V O PULSO		12	
INÍCIO E FIM ANESTESIA		13	
X		14	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		15	
RESPIRAÇÃO			
O			

SÍMBOLOS		DURAÇÃO	
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES			
CIRURGIÕES			
ANESTESISTAS			
PARITICULARIDADES			

Dr. Hugo B.T. Silva
Médico Anestesiologista
CRM 5053 / RQE 2968

CONDICIONAMENTO OPERATÓRIO
IMEDIATO
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Bloq. Plexo Braquial + Germ. Coloneal
Te. Fartura Ródis
Dorun
Bloq. Plexo Braquial + Pulso A-100, quando por US.
Técnica asséptica, administração 15ml de lidocaína 2% euc + ropivacaína



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	24847

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO MARCOS DE SOUSA	6 - Prontuário: 524223		
7-CNS: 706801263792622	8-Nascimento: 03/04/1987	9-Sexo: Masculino	CPF: 050.237.323-71
11-Mãe: MARIA DEUSIMAR FERREIRA DE SOUSA	12-Fone: 86-9	14-Fone:	
13-Resp: (O MESMO)			
-Ender: POV NOV OLINDA - ZONA RURAL - CEP: 64000-000			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408020407	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030996	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: SPINE		

38-Profissional Responsável: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Tercio Nunes Leal ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1993 CRM-MA 3636 41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: 01/10/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 003.695.133-12	

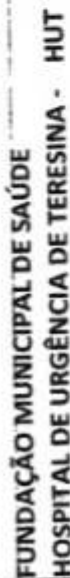
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Placa em T + parafusos
para tratamento fratura
peroneo*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Avaliação: / /	52-CNS/CPF: 5828856
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(HERBERT ALENCAR)



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE:

NOME DO PACIENTE

ANTONIO MARQUES DE SOUSA

PRONTUÁRIO

ATA/HORA
CÓDIGO

PREScrição Médica

29/09/19

Inte Nutricionista
Inte RNP 6725

Dieta livre

SF 0.9% 1000 ml EV 12/12 h

Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h

4 Tilatil 20 mg + AD EV 12/12 H

Ranitidina 50 mg + AD EV 8/8h

6Plasil 01 amp + AD EV 8/8h SN

7) Tramal 100 mg + 100 ml SF 0.9%, IV 12/12H

MS8

9

10

Matrícula: 89904
SAME HUT
Compare com Original



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	248471

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO MARQUES DE SOUSA			6 - Prontuário: 524223	
7-CNS: 706801263792622	8-Nascimento: 03/04/1987	9-Sexo: Masculino	CPF: 050.237.323-71	
-Mãe: MARIA DEUSIMAR FERREIRA DE SOUSA			12-Fone:	
13-Resp: ANTONIO MARQUES DE SOUSA				14-Cor: Parda
15-Ender: POV NOV OLINDA - ZONA RURAL - CEP: 64000-000				
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: FRATURA DE RADIO DISTAL COMINTUTA	
21 - Condições que justificam a internação: AS ACIMA	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): X	
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da extremidade distal do rádio	24-CID Prim: S525 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020407		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO RADIO		Tempo S
29-Clinica:		30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 003.695.133-12
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELO		34-Data Solicitação: 29/09/2019		35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CRPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vinculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (CLAUDIO AURELIO) Consulta Local: 743862 Consulta SUS: Impressão: 29/09/2019 00:56:40
--	---

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO MARCOS DE SOUSA** (Prontuário: 524223)
Endereço: POV NOV OLINDA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 03/04/1987 Idade: 32a5m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743862
Requisição: 1006193 Solicitação: 28/09/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1322041 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 28/09/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

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

RELATÓRIO:

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA.
- AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 29/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula 97900
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO MARCOS DE SOUSA** (Prontuário: 524223)
Endereço: POV NOV OLINDA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 03/04/1987 Idade: 32a6m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743862
Requisição: 1006194 Solicitação: 28/09/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1322042 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 28/09/2019

BRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do braço esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO MARCOS DE SOUSA** (Prontuário: 524223)
 Endereço: POV NOV OLINDA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 03/04/1987 Idade: 32a6m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743862
 Requisição: 1006194 Solicitação: 28/09/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
 Controle: 1322043 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 28/09/2019

Cod. SIA: 0204040019

ANTEBRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do antebraço esquerdo foi realizado nas incidências em
 pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente articular no rádio distal com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

TERESINA - PI 04/10/2019

(JOAO ANTONIO)

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luiza Mendes de Mesquita
 Matrícula: 11190
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO MARCOS DE SOUSA** (Prontuário: 524223)
Endereço: POV NOV OLINDA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 03/04/1987 Idade: 32a6m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743862
Requisição: 1006195 Solicitação: 28/09/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1322044 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 28/09/2019

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 17.350
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO MARCOS DE SOUSA** (Prontuário: 524223)
Endereço: POV NOV OLINDA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 03/04/1987 Idade: 32a6m0d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 248471
Requisição: 1007297 Solicitação: 01/10/2019 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
Controle: 1324395 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 231 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 01/10/2019

PUNHO ESQUERDO

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

- Fratura recente alinhada no rádio distal fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Médica - HUT
CONF. COM O ORIGINAL

C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires

Fones: (86) 3214-1600 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí

E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). ANTONIO MARCOS DE SOUSA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 28/09/2019
BO=009779/2019-A01

HD=FRATURA COMINUTIVA DE RADIO DISTAL E +
SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DO PRO-
CESSO ESTILOIDE DA ULNA E

FEITO OSTEOSINTESE DE FRATURA COMINUTIVA
DE RADIO DISTAL E

EF =DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEVERA EM
ANTEBRAÇO E + PUNHO E
ATROFIA MUSCULAR COM FORÇA MUSCULAR DIMI-
NUIDA EM MSE
ANTEBRAÇO E- RADIOULNAR E =PRONAÇÃO +SUPI-
NAÇÃO =45 GRAUS
PUNHO E -F+E=22,5,DU=11,25,DR=6,25 GRAUS

RX PUNHO E 2P =FRATURA COMINUTIVA DE RADIO
DISTAL E +SINAIS SUGESTIVO DE FRATURA DO
PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA E

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA COM
PERDA DE 75% EM PUNHO E + PERDA DE 50% EM
ANTEBRAÇO E

Teresina 13 de Fevereiro de 2020

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-P1

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-P1 2313 / CRM-MA 3294
TEOT 8050

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E ARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO		 PI
NOME ANTONIO MARCOS DE SOUSA		
	ID. SERENEL/DIGITADOR 2886578-84F PI	
	CITY 050.237.323-71	DATA DO CIMENTO 03/04/1987
	RENÇÃO PEDRO FRANCISCO DE SOUSA MARIA DEUSIMAR FERREIRA DE SOUSA	
	REMOÇÃO 0000000000	ACC 0000000000
PROJETO 07052927869		
VALIDADE 03/10/2022		
PARAVALIAÇÃO 10/05/2018		
OBSERVAÇÕES <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>		
<div style="text-align: center;">  ASSINATURA DO PORTADOR </div>		
LOCAL TERESINA, PI.		DATA DE EMISSÃO 14/05/2019
<div style="text-align: center;">  ASSINATURA DO EMISSOR </div>		44992719010 21320780041
PIAUI		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1835343510

PROIBIDO PLASTIFICAR
1835343510

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013603977180

1 00262267730

00262267730

AULENIR SOUSA SILVA

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

PI Nº 013603977180 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

03251623362

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

000005560000000004

15/08/2018

CONTRAN

TERESINA

15/08/2018

15/08/2018

15/08/2018

A/ FIDELIDADE BANCOPRATENTE/ CANTOAS/ RUIO
MAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SEGURO OBRIGATORIO

YAMAHA/FACTOR YBR125 K

02P/0124GC

02P/0124GC

02P/0124GC

02P/0124GC

02P/0124GC

02P/0124GC

02P/0124GC

02P/0124GC

02P/0124GC

02P/0124GC

02P/0124GC

02P/0124GC

02P/0124GC

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000296

Vítima: ANTONIO MARCOS DE SOUSA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MARCOS 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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200000296 Vítima: ANTONIO MARCOS DE SOUSA

Data do Acidente: 28/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO MARCOS DE SOUSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
-----------------------	---

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

