

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

---

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 13 de 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO E URNA 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, PRONADAÇÃO 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## 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:

050.237.323-71

4 - Nome completo da vítima:

Antônio Marcos de Souza

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

5 - Nome completo:

Antônio Marcos de Souza

6 - CPF:

050.237.323-71

7 - Profissão:

Até de Produção

8 - Endereço:

Av. das Univas Santane

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

Easne

11 - Bairro:

Rural

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64000-000

15 - E-mail:

edivansseguros@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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3808

CONTA: 3161

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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 Lider 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

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

 Sim

nascer

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Não

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

34

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Teresina - PI 26/12/19

Antônio Marcos de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

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 RÁDIO DISTAL ESQUERDO**

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

**Tratamento: OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSO METÁLICO**  
**Complicações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO RÁDIO 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 causalidade: 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:

**LIMITAÇÃO 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"**

**( ) "Sem sequela permanente"**

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

*(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):

Região Corporal (Sequela):

**PUNHO - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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

*Frederico Fonseca de Oliveira*  
Dr. Frederico Fonseca de Oliveira  
SaudeSEG  
CRM/PI - 5058

CPF - 047.547.326-42



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)

Bairro: Gurupi

Logradouro: Rua Alto Leste

Nº: 601

CEP: 64.090-095

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)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 Chaib 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 assentadas e cliente que poderão responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sigiloso, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Cetimosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# 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:  
**050.237.323-71** **Antônio Marcos de Souza**

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

5 - Nome completo:	<b>Antônio Marcos de Souza</b>		6 - CPF:	<b>050.237.323-71</b>	
7 - Profissão:	<b>Aj de Produção</b>	8 - Endereço:	<b>Av das usinas Santane</b>	9 - Número:	<b>S/N</b>
11 - Bairro:	<b>Rural</b>	12 - Cidade:	<b>Teresina</b>	13 - Estado:	<b>PI</b>
15 - E-mail:	<b>lourenseguros20@hotmail.com</b>		14 - CEP:	<b>64000-000</b>	
			16 - Tel.(DDD):	<b>(86) 99534-6565</b>	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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**

(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

Impressão digital ou assinatura  
de 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

**Teresina - PI 26/12/19**  
**Antônio Marcos de Souza**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <b>1656</b>	02 Data do chamado <b>20/01/10</b>	03 PRO (código) <b>22899</b>	04 Saída do PA <b>2018</b>	05 Chegada ao local <b>2010</b>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>2018</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>2017</b>	08 Saída do 1º Hospital <b>2017</b>	09 Chegada ao 2º Hospital		
Jádoo do Paciente	10 Endereço <b>Avenida Miltes Melo KM 02 - Doba Moto</b>	11 Bairro <b>Alto Resurreição</b>	12 Município-UF <b>Teresina-PI</b>	Código IBGE <b>62010</b>		
	13 Ponto de referência <b>Pentecostes Km 02 - Doba Moto</b>					
	14 Nome <b>Antônio Mariano de Souza</b>	15 Sexo <b>1- Masculino</b>	1- Feminino 2- Feminino 3- Ignorado			
	16 Idade <b>60/87</b>	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	1.7 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado		
Acidente de Transporte	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 9- Ignorado	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta 5- Objeto fixo 6- Animal 7- Outra 9- Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança		
Exame Físico	23 Glasgow = <b>14</b>	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	5- Orientada 6- Confusa 7- Palavras inapropriadas 8- Palavras incompreensíveis 9- Ignorada	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais P脉搏 Respiração PA TAX SatO2	25 Local da lesão 
Hospital de Destino	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial 1- Chato 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1- Sim 2- Não 3- Suspeito	
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b)	32 Hospital de Destino <b>HUT</b>	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	Klassificação Preliminar de lesão 2-Não SAME - HUT 2-Não SAME - HUT Matrícula: 69504 Nº de identificação com original Não Removido
	<b>30 anos, motociclista, vítima de colisão com um poste. Apresenta deformidade de edema e sangramento em antebraço esquerdo. Multiples escoriações em MDT e em MID.</b>					
	Socorristas Médico AE/TE	<b>J. M. J.</b>		Enfermeiro Condutor	Dr. Ruybel Júnior Médico Condução	
	Responsável pela recepção					

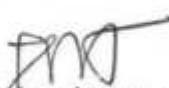


Prefeitura de  
**Teresina**

## 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





# 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: 00000003161-8

---

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: 00000003161-8

---

Nr. da Autenticação 36B08B34A14F8C22



Para contato  
informe  
SÉRIE

SETOR DÍGITO  
0027468657

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

Nº da Nota Fiscal: 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\$)
<b>SETEMBRO/2019</b>	<b>26-09-2019</b>	<b>147</b>	<b>104,94</b>

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 Médio: 1,000	Entrega: 21-10-2019
Consumo Faturado: 147	Apresentação: 18-09-2019
Forma de Faturamento: 0147 de Irregular - FAM	Dias de Consumo: 19-09-2019

Claasse/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
<b>NORMAL</b>				<b>30</b>	

REMESSA DE RENDA	MONTO	A189123@ESCRITÓRIO DA CONTA 1.4.1.1	128
Mês/ano consumo			
AGO/19	128	CONSUMO	30 A R\$ 0,306048 = 9,18
JUL/19	132		70 A R\$ 0,524651 = 36,72
JUN/19	117		47 A R\$ 0,786963 = 36,98
MAI/19	129	CONT. ILUMINACAO PUB. (CO SIP)	7,14
ABR/19	136	DIFERENCA 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
TARIFA COM TRIBUTOS:		JUROS POR ATRASO 08/19-00	0,26
0 A 30 - 0,215960		ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,63	
31 A 100 - 0,524650			
101 A 137 - 0,786963			

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS ----- AVISO DE DEBITOS VENCIDOS -----  
 Mes/Ano Valor R\$ Informando existir(em) débito(s) vencido(s) no valor de R\$  
 02/2014 3,76 00,00 (sem acréscimos fiscais) ate esta data. Caso o(s)  
 11/2011 10,50 débito(s) ja tenham sido paga(s), procurar uma loja de  
 05/2011 7,21 abastecimento da Eletrobras Distribuição Piauí com o(s) CIPYD-  
 Ma Mais 1 conta(s) vence(s) de pagamento.  
 LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	99CB, E0CF, AA47, 08BE, 4B20, 4FFE, 90BE, ZL86	Base de Cálculo:	
Energia:	27,02	Alíquota ICMS:	128,53 100,26
Transmissão:	52,19	Valor do ICMS:	22,00%
Encargos:	8,82	Valor do PIS:	
Tributos:	4,32	Valor do COFINS:	25,27
	36,18	INDICADORES DE CONTINUIDADE	1,40% 1,41
			6,49% 6,50
		DIC	
		FIC	
		DMIC	
		DICB	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal

Límite

## 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 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 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 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 ressegura.

<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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Marcos de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.237.323/71, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Antônio Marcos de Souza, 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	544	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Pentho</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email				Telefone comercial(DDD)	(86) 99534-6565	

Teresina, 26 de Dezembro de 2019  
Local e Data

+Nelle Rose Soares Marques.  
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <b>1656</b>	02 Data do chamado <b>28/01/2019</b>	03 PRO (código) <b>0099</b>	04 Saída do PA <b>2179</b>	05 Chegada ao local <b>2010</b>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>02:25</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>02:47</b>	08 Saída do 1º Hospital <b>02:59</b>	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço <b>Av. Mites Melo</b>	11 Bairro <b>Alto Resurreição</b>	12 Município-UF <b>1 - RJ</b>	Código IBGE ~		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência <b>Lermitas Km 0 - Doba Motel</b>					
Acidente de Transporte	14 Nome <b>Antônio Mariano de Souza</b>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ignorado				
Exame Físico	16 Idade <b>030487</b> 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
Assistência	18 Tipo de ocorrência  01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros		
Hospital de Destino	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1- Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2- Condutor <input checked="" type="checkbox"/> 3- Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção  1-A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida  1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança  Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>		
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = <b>JU</b>  ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA VERBAL  5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA  6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais  Pulso <b>70</b> Resp. <b>10/10</b> PA <b>100/70</b> TAX <b>99%</b> SatO2 <b>99%</b>	25 Local da lesão  	
	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Chato 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10  0 Sem Dor <input type="checkbox"/> 3 Leve <input type="checkbox"/> 7 Moderada <input type="checkbox"/> 10 Intensa		
	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não)  <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Franha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> b)	Kazu Junho Pimentel Cyrovalle Matrícula: 69594 2-Não SAME - 1-Urgência com Onus 3-Sim Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte			
	32 Hospital de Destino <b>HOT</b>	33 Condições de entrada 1-Melhorado <input checked="" type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	Não Removido <input type="checkbox"/>		
	<b>32 anos, motociclista, vítima de colisão com carro. Apresenta deformidade de edema + sangramento em antebraço esquerdo. Multiples escoriações em Mão e em M10.</b>					
	Socorristas Médico _____ AE/TE _____				Dr. Rafael Júnior de Souza Médico Conduzido	
	Responsável pela recepção <b>dr. rafael júnior de souza</b>				Enfermeiro Conduzido	

*Não*

*Diretoria Técnica*



NOME DO PACIENTE: Antônio Marcos de Souza

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".

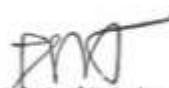


Prefeitura de  
**Teresina**

## 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





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

*Antonio Viana de Souza*

Diagnóstico pré-operatório

*Lesões pelo torso ventral*

Operação - Tipo

*Boneco + lesão*

Cirurgião

*Wilson*

1º Assistente

*Doutor Wilson Leal*  
DOUTOR WILSON LEAL  
ORTOPEDIA-TRAMATOLÓGIA  
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

*Viana*

Anestesista

*Italo*

Anestesia

*Blóquio*

Anestésico(a)

Data da Operação

*01.10.13*

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

*Lesões  
pelo torso ventral*

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

*NP*

### Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Paciente FOB Acesso via Assento  
+ Profundidade envolvente coloquio.  
Acessos, acesso ao torso fisionomia  
ao mesmo lado de retoque f  
gratidão de fístulas, fechamento  
fistula verificada*

*Kassia Lima - Profissional credenciado  
Matrícula: 1995  
SAME - HU  
Confidencial com Origem*

*Doutor Wilson Nunes Leal  
ORTOPEDIA-TRAMATOLÓGIA  
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636*

Fls N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 01/10/39

NOME DO PACIENTE:	<u>Antonio Marcos de Souza</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>524223</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Frat. Distal dos Ossos Antebraço</u>	CIRURGIA:	<u>Antônio Wilson</u> (E)
ANESTESIA:	<u>Italo</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIAO:	<u>Wilson</u>	CPF N°	
AUXILIAR:	<u>Dra. Tercio Nunes Leal</u> <u>ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA</u> <u>CRM-PI 1995 CRM-FMA 3636</u>	CPF N°	
ANESTESIA:	<u>Blazquez</u>	CPF N°	
INSTRUMENTADORA:	<u>Vânia</u>	CPF N°	

#### MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO			
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>				
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº	PAR	<u>06</u>				
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº	PAR	/				
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>04</u>				
ÁLCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>				
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>				
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—				
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>				
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>03</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>				
ESPARADRAPO	CM	<u>30</u>		SERINGA 5CC	UNID.	—				
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—				
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO					
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.	—				
JELCO Nº	UNID.	<u>03</u>		<i>Crepon</i>		<u>02</u>				
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	<i>Encausas = 04</i> <i>Furadura Elétrica = 05</i> <i>Falta de Smarch</i>					
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.	—			<i>Kassia Lima Pinheiro Cordeiro</i> <i>Matrícula: 69002</i> <i>SAME - HUT</i> <i>Conferiu com Original</i>						
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	—									
CAT. GUT. CROMADO C/AG.	—									
CAT. GUT. CROMADO S/AG.	—									
ALCOFIL	—									
MONONYLON	<u>3-0</u>	<u>vid</u>	<u>01</u>	ENFERMARIA:						
FITA UMBILICAL	—			CIRCULANTE:	<u>Vandália</u>					
VICRYL	<u>0</u>	<u>vid</u>	<u>01</u>							
PROLENO	—									

~~FOOT PEDAL~~

Rx + Ceftriaxone: Fratrum

DO PIANO FOR CHARLES

CD: INTENSAO ABS GRY

43072

CH-003 RDC-255/259  
1998-01-29 145500ZLBT  
ANDREW T. COOPER

## FOLHA DE ANESTESIA



## UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Antônio Marcos De Souza					Nº DE REGISTRO	
DATA: 01/10/18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA	Negro alegria e Combidaderes. Tumor coagulativo							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CIRCULATÓRIO							ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO							ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO							SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL							CORTICOIDES	ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO							OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	(17) 30	45	(18) 15	30	45	15	FÍSICOS	
							APLICADO AS EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 SEVO 3							TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100							
TEMPERATURA T	C° 36.0	260	33	33	15	70		
P. ARTERIAL V O PULSO	38	240					SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		200					1 CEFAZOLINA 2g	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		180					2 TRAMATE 100mg	
RESPIRAÇÃO O		160					3 Fentanyl 200	
		140					4 Propranolol 100	
		120					5 NAUSEDRAN 8	
		100					6 Decadron 8	
		80					7	
		60					8	
		40					9	
		20					10	
		10					11	
SÍMBOLOS							DURAÇÃO	
TÉCNICAS	Bloq. Plexo Brachial + Gen. Bolonéos						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES	Te Farinha Rádio							
CIRURGIÕES	Dorvn							
ANESTESISTAS	 Dr. Henrique Hidalgo B.T. Sá Médico Anestesiologista CRM 5053 / RQE 2968						CONDICIONAMENTOS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
PARITICULARIDADES	Bloq. Plexo Brachial (E) ouro A-100 guardado por vs. MOD 76 - HUT						 Data: 01/10/2018 HUT Conferido em Ordem	



SPINE  
MEDICAL

**SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME**

2255

CNPJ. 11.664.118/0001-30 | insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte  
Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax: 3221-0318 CEP: 64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2  
E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

**Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME Nº AIH	Antonio Borges de Sousa 524223	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:		
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME CRM Nº	W. Wilson CRM Nº	
DATA INTERNAÇÃO		
DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL		
01.10.2019		
MATERIAL UTILIZADO		
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)
	01	placa em T 3,5 mm 3x4
	04	Dona Fiso Corticais nº 18
	02	- - - - mº 20
DADOS DO FORNECEDOR		
EMPRESA:	CNPJ Nº	
ENDEREÇO:	<i>Massimo Pimentel Cardoso Matrícula: 69904 SAME HUT Confere com Original</i>	
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM <i>01.10.2019</i>	EM _____ / _____	
<i>Doutor Tercio Nunes Leal ORTO-EQUATORIUMATROLOGIA 010-00000000000 Responsável (Assinatura e carimbo)</i>	Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)	

**NOTA:** Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1<sup>a</sup> via - Prontuário, 2<sup>a</sup> via - Fornecedor, 3<sup>a</sup> via - Processo de pagamento.



**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**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES

**5828856**

Código da  
Internação

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** -

13-Resp: **(O MESMO)**

14-Fone:

-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.	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>0408020407</b>	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
31-Cod.Procedimento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>0702030996</b>	PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Solici-  
cidata:

1

Fornecedor da OPM: **SPINE**

38-Profissional Responsável: <b>ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS</b>	40-Tp. Documento: CPF	<i>Dr.º Júlio Tercio Nunes Leal</i> <b>ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA</b> <b>CRM-PI 199 CRM-MA 3635</b> 41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: <b>01/10/2019</b>	40-No.Doc. Med. Solic.: <b>003.695.133-12</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Fracso em T + Parafusos  
para reabilitação das mãos*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		<i>Ass. Carimbo, 6994 Ass. Carimbo (Rg. Conselho)</i>
50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Attest: ____/____/____	52-CNS/CPF: <i>Ass. Carimbo (Rg. Conselho)</i>

(HERBERT ALENCAR)





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**

-Mae: **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 Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Asc.

**S525**

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: **0408020407** 27-Procedimento Solicitado:

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DE ASTERRACO**

Tempo S

29-Clinica: **02** 30-Caráter: **Ident.:** 31-Docum.: **01** 32-Doc. Méd. Solic.: **003.695.133-12**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

**ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS**

**29/09/2019**

*Carimbo Profissional*  
Matrícula: 6904  
SAME - HUT  
Confere com Original

09/09/2019 13:42:17  
S01300324134217  
30-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito  
37-() Acidente Trabalho Tipico  
38-() Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

45 - Vinculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador

42-CNPJ Empresa:

() Desempregado

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

() Autônomo () Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

### AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (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: SUS

**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 LINFONODOMEGLIAS.

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

Jean Luis Mendes de Mesquita  
Matrícula 01300  
SAME/HUT  
...VERE 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 integros.
- 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 Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAÚDE - HUT  
CONFERENCE OFFICIAL



## 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: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 28/09/2019

#### ANTEBRAÇO 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 Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 1790  
SAME - HUT  
CONFERE COM O CRIVI/PI

**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: 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 Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 15.590  
SAÚDE • HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



## LAUDO MÉDICO

Paciente:	<b>ANTONIO MARCOS DE SOUSA</b> (Prontuário: 524223)		
Endereço:	POV NOV OLINDA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-000		
Nascimento:	03/04/1987	Idade: 32a6m0d	Sexo: Masculino
Requisição:	1007297	Solicitação: 01/10/2019	Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
Controle:	1324395	Convênio: SUS	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

José Luís Mendes de Mesquita  
Matr.: 147390  
SUSME - HUT  
CONFIRME 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 RÁDIO DISTAL E +  
SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DO PRO-  
CESSO ESTILOIDE DA ULNA E

FEITO OSTE OSSINTSE DE FRATURA COMINUTIVA  
DE RÁDIO 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 =PRONADAÇÃO +SUPI-  
NAÇÃO =45 GRAUS  
PUNHO E -F+E=22,5,DU=11,25,DR=6,25 GRAUS

RX PUNHO E 2P =FRATURA COMINUTIVA DE RÁDIO  
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 Souza Lima Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294  
Dr. Edmar de S Lima Junior  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 2313-PI TEOT 8050





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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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

