
Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190393343

Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

Data do Acidente: 20/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393343

Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

Data do Acidente: 20/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENILSON RODRIGUES 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, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393343

Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

Data do Acidente: 20/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 000000049894-7

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



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: 039.463.653-88 4 - Nome completo da vítima: Benilson Rodrigues 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: Benilson Rodrigues de Sousa 6 - CPF: 039.463.653-88
7 - Profissão: mecânico 8 - Endereço: Cond. Rexid. Jacinto Andrade 9 - Número: 153 10 - Complemento: 2.004
11 - Bairro: Jacinto Andrade 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 63099472-0541
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86

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: 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\$1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0029 02 CONTA: 43894 7

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, 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 CNJ) ☐ Divorçado ☐ 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 nação (vaidade)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou 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 - Piauí, 19.06.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUN, 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-111



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001850/2019-01

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 17/05/2019 - 10:58

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV PRINCIPAL DO SANTA MARIA, Nº:

Complemento

Data/Hora

20/03/2019 - 16:30

530903

Bairro

SANTA MARIA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

RG: 3270794

Mãe: MARIA ELISABETE DE SOUSA

Endereço: QD.153, CAS 04, Nº

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

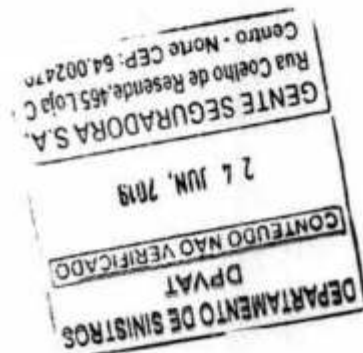
RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE E VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA/FACTOR YBR 125 K, ANO 2010, PLACA-1086, RENAVAL-218250720, DE PROPRIEDADE; MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA, CPF-03060226300, RELATA QUE TRAFEGAVA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO, BATEU NA LATERAL DA MOTO CAUSANDO A COLISAO, CAIU SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA O HUT. PROTUARIO-67.063. . TESTEMUHA: EUCLIDES DOS SANTOS BEZERRA, CPF-657.646.501.78. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

LENILSON RODRIGUES DE SOUSA - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001850/2019-01

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 17/05/2019 - 10:58

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV PRINCIPAL DO SANTA MARIA, Nº:

Complemento

Data/Hora

20/03/2019 - 16:30

530903

Bairro

SANTA MARIA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

RG: 3270794

Mãe: MARIA ELISABETE DE SOUSA

Endereço: QD.153, CAS 04, Nº

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

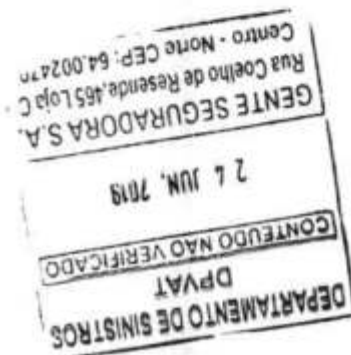
1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE E VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA/FACTOR YBR 125 K, ANO 2010, PLACA-1086, RENAVAL-218250720, DE PROPRIEDADE; MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA, CPF-03060226300, RELATA QUE TRAFEGAVA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO, BATEU NA LATERAL DA MOTO CAUSANDO A COLISAO, CAIU SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA O HUT. PROTUARIO-67.063. . TESTEMUHA; EUCLIDES DOS SANTOS BEZERRA, CPF-657.646.501.78. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Lenilson Rodrigues de Sousa
LENILSON RODRIGUES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação



AVERBAÇÃO B.O. 100203.001850/2019-01

O Sr. Lenilson Rodrigues de Sousa, compareceu a esta Especializada para informar que a placa da moto envolvida no acidente é **NIM-1086**. Declarações do mesmo.

Teresina, 05/07/2019

x Lenilson Rodrigues de Sousa

Lenilson Rodrigues de Sousa

Averbante

Claudio

Claudio Costa de Sousa

Ag. de policia

108516-6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.463.653-88 4 - Nome completo da vítima: Benilson Rodrigues de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N.º 445/2012

5 - Nome completo: Benilson Rodrigues de Sousa 6 - CPF: 039.463.653-88
7 - Profissão: mecânico 8 - Endereço: Cond. Rexid. Jacinto Andrade 9 - Número: 153 10 - Complemento: 2.004
11 - Bairro: Jacinto Andrade 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.002-470
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99472-8541

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

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0029 AG CONTA: 43894 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, para verificação da existência e quantificação das lesões apresentadas, 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva

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 na infância (vulgarmente)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou 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 - Piauí - 19.06.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

Imp: 20/03/2019 19:05:32

(User: BERGIEL BEZERRA)

(Estação: GESSO02)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Prontuário: 67063

Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

Pai: LEONICE RODRIGUES

Mãe: MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA

End.Resid.: RUA JOAO ISIDORIO FRANCA N 4587 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-070

End.Resid.: RUA JOAO ISIDORIO FRANCA N 4587 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-070

Nascimento: 01/02/1989

Idade: 30a1m19d

Sexo: Masculino

Fone: -

Responsável: O MESMO

CNS: 163723255280018

Profissão: MECANICO

Documento: RG: 3270794 - SSP PI

G. Instrução: Fundamental Incompleto

E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 713206

Entrada: 20/03/2019 18:39:56

Convênio: S U S

Proced: 0301060029

Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Classificação:

Edema

Cor:

Verde

Breve História Clas. Risco:

ENCAMINHADO DO HGBA C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ 4D.RELATO DE

TRAUMA EM MÃO D.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC)

ECG=15

FAZIA USO DE CAPACETE.(SIC)

CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES

COREN PI 138833

Em: 20/03/2019 18:50:50

SSVV:

(Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg

Altura: 0,00 M

IMC: 0,00 Kg/m2

Pulso:

bmp

Pressão:

mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

TRAUMA EM MÃO D

SOLICITO RX

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1177099) - MAO DIREITA

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM PI 3909 Em: 20/03/2019 19:05:31

RAIO-X
DATA 20/03/2019
Técnico:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Alcides J. Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69604
Gerente do SAMU - HUT

Alcides J. Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69604
SAMU - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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: 16/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000049894-7

Nr. da Autenticação A0DCB1705D5E7395

ÁGUAS DE
TERESINA

TC 1.38
28190427115952

CNPJ 27327474000106 - LE 1950615774
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 335 / (86) 98224-3199

MATRICULA
27010058-0

FATURA Nº
745892
MÊS/ANO
4/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR: OSIANO FERREIRA DE SOUSA
CON RESID JACINTA ANDRADE 0-153-CASA-004-JACINTA
ANDRADE-TERESINA PI-cep:64013609

LOCALIZAÇÃO
019-00008-005080

GRUPO
019

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
Y10N590882

HISTÓRICO DE CONSUMO

02/2019 Mínimo 00 00
01/2019 Mínimo 00 00
12/2018 Mínimo 00 10
11/2018 Mínimo 00 10
10/2018 Mínimo 00 10

LEDO
00 00
00 00
10 10
10 10

FATURADO
00 00
00 00
10 10
10 10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
I Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR 28/03/2019 522
ATUAL 27/04/2019 522

CONSUMO MÊS M3

LEI 12.741/2013
PIS PROSO 0.54% 2.47
COTEX 20.54x7.60% 2.16

TABELA DE TAXAS

RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO M3 1.00
Q 25 5.3000 65
ES 999999 9.1500 65

PRESTADO REFERENTE AGUA - 0.00
JUROS DE FINANC. PARCELAMEN 007/010
JUROS DE PARCELAMENTO 007/010
MULTA DO PARCELAMENTO 007/010
PARCELAMENTO 007/010

REF. VALOR
007/010 2.59
007/010 2.31
007/010 0.46
007/010 23.18

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)

09/05/2019

TOTAL A PAGAR
28,54

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOTAS ACUSA(N) O DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
NÃO PROCU 13A DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.987/06, Art. 6º, §3º, Inciso II.

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

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2450	10	10	1.40	0,2-5,0 mg/L
CLORO LIVRE	2442	119	123	10,60	Inferior a 15
COR APARENTE	2038	362	76	6,41	6,00-9,50
PH	2453	2338	115	3,04	Inferior a 5
TURBID. COEFICIENTES TOTAIS					

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

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COLI	572	572	0	Ausente	Ausente
ESCOLHIDA COLI	572	572	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 27/04/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:59

TC 1.38

28190427115952

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRICULA
27010058-0

FATURA Nº
745892
MÊS/ANO
4/2019

VENCIMENTO
09/05/2019

VALOR A PAGAR
28,54

82620000300-6 28541535000-5 00201900074-0 58920100504-0



AVISO DE DÉBITO

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
estão cobrados na próxima fatura.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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 Keylly Maurea de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Benilson Rodrigues de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.463.658-88 do sinistro de DPVAT cobertura Trouxido da Vítima Benilson Rodrigues de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.463.658-88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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: Vinte e Quatro de Janeiro</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99472-559</u>

Ter, 19 de 03 de 19
Local e Data

Keylly Maurea de Oliveira
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUN, 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

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

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

Eu, MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA
RG nº 5260523, data de expedição 12/01/15
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 030.602.263-00
com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de PARANÁ
72002, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
_____, nº _____
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Benilton Rodrigues de Sousa, cujo o condutor era
Benilton Rodrigues de Sousa
Veículo: MONO Modelo: YAMAHA/FACTOR 100 125K Ano: 2010
Placa: NIM-3086 Chassi: 9CGKE1220A0122279
Data do Acidente: 20/03/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUN, 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 61002470

Local e Data: TERESINA 17 MAIO 2019

Maria Elisabete Ferreira de Sousa
Assinatura do Declarante

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

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



Alto



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Benifron Rodrigues de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 67.063

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".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 JUN, 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA		Prontuário: 67063
Mãe: MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA	Pai: LEONICE RODRIGUES	
End. Resid.: RUA JOAO ISIDORIO FRANCA N 4587 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-070		
Nascimento: 01/02/1989	Idade: 30a1m19d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS: 163723255280018	
Profissão: MECANICO	Documento: RG: 3270794 - SSP PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 713206	Entrada: 20/03/2019 18:39:56	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
(Conforme Paciente/Acomp): VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Edema	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: ENCAMINHADO DO HGBA C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ 4D. RELATO DE TRAUMA EM MÃO D. NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC) ECG=15 FAZIA USO DE CAPACETE. (SIC)		CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138833 Em: 20/03/2019 18:50:50

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

TRAUMA EM MÃO D
SOLICITO RX

Fratura - 3º e 4º metacarpais - Mão direita - trauma

Diagnóstico Inicial: **?**

Exames Complementares:

(1177099) - MÃO DIREITA

Prescrição Médica:

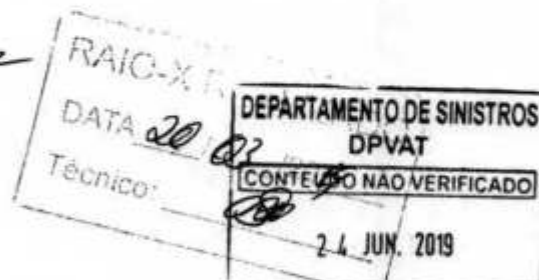
Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: **/ /** HORA: **: :**

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM PI 3909 Em: 20/03/2019 19:05:31



GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



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



Imp: 20/03/2019 19:33:33

(User: FLAVIA MENDES)

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA		Prontuário: 67063
Mãe: MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA		Pai: LEONICE RODRIGUES
End.Resid.: RUA JOAO ISIDORIO FRANCA N 4587 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-070		
Nascimento: 01/02/1989	Idade: 30a1m19d	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO	CNS: 163723255280018	Fone: - -
Profissão: MECANICO	CPF: * RG: 3270794 - SSP PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 713206	Data: 20/03/2019 18:39:56	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	CID Secundário: V299
Típico: Não		

DADOS CLÍNICOS:

PA _____ X _____ mmHg			Pulso: _____	FC: _____ bpm
agnóstico Inicial: _____				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Temp.: **DPVAT**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUN. 2019

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

ALTA:

- | | |
|----------------|----------------------|
| () Melhorado | () Administrativa |
| () Curado | () Por Indisciplina |
| () Inalterado | () Por Evasão |
| () A Pedido | |

- | |
|------------------------------|
| () Retornar à Unid. Origem: |
| () Transferência: |

DATA SAÍDA: / / **HORA:** : :

ÓBITO:

- | | |
|-------------------|------------------|
| () Até 24 Hs | () Família |
| () De 24 a 48 Hs | () IML |
| () Após 48 Hs | () Anat. Patol. |

DESTINO:

- | |
|----------------------------|
| () Internação na Unidade |
| Proced. Solicitado: |

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



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

Imp: 20/03/2019 19:33:33
(FLAVIA MENDES)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA		Prontuário: 67063
Mãe: MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA		Pai: LEONICE RODRIGUES
End.Resid.: RUA JOAO ISIDORIO FRANCA N 4587 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-070		
Nascimento: 01/02/1989	Idade: 30a1m19d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS: 163723255280018
Profissão: MECANICO		Documento: RG: 3270794 - SSP PI
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 713206	Data: 20/03/2019 18:39:56	Clas. Cor: Verde
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ :__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ :__

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ :__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ :__	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

Carimbo/Assinatura Solicitante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

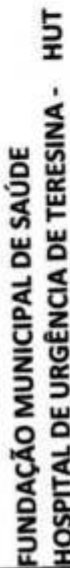
CONTEUDO NAO VERIFICADO

24 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/03/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Leilson Rodrigues de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>67063</u>
DIAGNÓSTICO: <u>TMT. Uterino (D)</u>	CIRURGIA: <u>PTXUO APUNTA</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05 - 1st Frontiers</u>
CIRURGIÃO: <u>HAOTSE</u>	CPF Nº: <u>TRAIIMATOLOGIA E ORTOPLEDIA</u>
AUXILIAR:	CPF Nº: <u>CRM PI 2660 SBOI 10306</u>
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI <u>211</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>8-0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>2 1/2</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	01		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	50	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.	1	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Opulência</u>			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



Fundação Municipal de Saúde

SUS



Sistema
Único
de Saúde

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☐	Mudança de Procedimento	☐	Órtese e prótese - OPME
☐	Diária de UTI	☐	Fatores de Coagulação
☐	Diárias de Acompanhante	☐	Gasoterapia
☐	Hemoderivados	☐	Nutrição Parenteral / Enteral
☐	Diária / Hemodiálise	☐	Procedimento fora da faixa etária
☐	Albumina Humana 20%	☐	

HOSPITAL: H. U. Teresina CNPJ: _____
PACIENTE: Jerison Rodolfo da Silva N° AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

*Paracetamol 1000mg
recomendado*

2019-06-24
TRAUMATOLOGIA E ORTÓPEDIA
CRM-PI 2660 - SBOF 10036

DATA: 21-03-2019

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

67063

Nome do Paciente

Danielson R. Lou

Diagnóstico pré-operatório

DMT. MEXXROS

Operação - Tipo

Fixação de quadril

Cirurgião

Lao-Tsé

1º Assistente

2º Assistente

Lao-Tsé Frangos

3º Assistente

Instrumentador(a)

CNN-PI 2000

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

21/03/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) DM
- 2) ASERIA
- 3) CAUPOS
- 4) MEXXROS
- 5) MEXXROS
- 6) MEXXROS
- 7) MEXXROS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Amilton Rodrigues de Souza</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
						TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	Cº					
P. ARTERIAL V O PULSO	38					SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 Ropiv 0,5% 1ml
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						2 Lidoc 2% 1ml
RESPIRAÇÃO O						3 Cyprilim 2g
						4 Tramadol 10mg
						5 Vitaminas
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS		BLOQUEIO ANTERIOR				INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES		CARO ISO				
ANESTESISTAS		Miguel				
		Bleg anterior do mto de US				
PARTICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Lenilson Rodrigues de Sousa
1421244

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.270.794 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/10/17

NOME LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA ELISABETE FERREIRA DE SOUSA
LEONICE RODRIGUES

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 01/02/1989

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 183983 L A212 F 22

CPF EXP TERESINA-PI 21/09/90
039.463.653-88

1421244

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
DEPARTAMENTO DE SINISTROS

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT.

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Keylly Moura de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

601401

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

NATURALIDADE BARÃO DE GRAJAÚ-MA

DCC ORIGEM

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

TERESINA - PI

839.502.803-00 ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393343 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA **Data do acidente:** 20/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º E 4º METACARPOS DA MÃO DIREITA. P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393343 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA **Data do acidente:** 20/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º E 4º METACARPOS DA MÃO DIREITA. P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA
RG: 3.270.794 Órgão Emissor: SSP-PE
CPF: 039.463.653-88 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: MELANGEIRO
Endereço: Cond. Rural - Jacinto Andrade Nº Ad. 153 e. 004
Bairro: Jacinto Andrade Cep: _____ Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

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

Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

CPF: 039.463.653-88 Data do Acidente: 20/03/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidade Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 17 MAIO 2019
Local e data

Lenilson Rodrigues de Sousa
Assinatura do Outorgante

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Reconheço por autenticidade a firma de LENILSON RODRIGUES DE SOUSA, DOU FE. EM TEST. 17 DA VERDADE, Teresina-PI, 17/05/2019.
www.tjpi.jus.br/portalextra
ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE AUTORIZADO
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Sel: 0,26 Total: 4,98 - OP: 54

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

24 JUN, 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.002470

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Sousa
Escrivente Autorizado
Teresina PI

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211748/19

Vítima: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

CPF: 039.463.653-88

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/03/2019

Titular do CPF: LENILSON RODRIGUES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

LENILSON RODRIGUES DE SOUSA : 039.463.653-88

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/06/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior