

---

**Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190705074**

**Vítima: ROGERIO HILARIO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 15/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

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

**Senhor(a), ROGERIO HILARIO 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, 26 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190705074**

**Vítima: ROGERIO HILARIO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 15/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ROGERIO HILARIO DE SOUSA**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705074

Vítima: ROGERIO HILARIO DE SOUSA

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROGERIO HILARIO 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 tornozelo 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: ROGERIO HILARIO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001607

Conta: 0000054768-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# 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:

695.021.023-04

4 - Nome completo da vítima:

Rogério Hilário 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:

Rogério Hilário de Sousa

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

Rua: São Paulo VL: Sta. Barbara

6 - CPF:

695.021.023-04

9 - Número:

7728

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Verde bar

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.071.490

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 994729591

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)

AGÊNCIA:

5607 013

CONTA:

54768 3

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina - Piauí, 15.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF 021.1003.12010

TESTEMUNHAS





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003823/2019-73**

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

Data/Hora: 03/10/2019 - 12:04

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

15/09/2019 - 21:02

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PIÇARREIRA

Endereço

AV; KENNEDY COM JOAO LEITAO, Nº;

Complemento

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ROGERIO HILARIO DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1454844

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO HILARIO DA SILVA

Endereço: RUA JOAO CARLO, Nº 7555

Bairro: SANTA BARBARA

Cidade: TERESINA

Nome: MIGUEL HILARIO DE SOUSA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 1718328 SSP PI

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO HILARIO DA SILVA

Pai: JOÃO SOARES DE SOUSA

Endereço: RUA GUAPORE, Nº 2334

Bairro: AEROPORTO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9413-5054

**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 A VITIMA E SEU IRMAO, E TRAFEGAVA NA SUA BICICLETA, NA VIA ACIMA CITADA ,QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL E BATEU NA VITIMA CAIU SENDO SOCORRIDO POR TERCEIRO E LEVADO PRA UPA DO SATELITE, E TRANSFERIDO PARA O HUT. PRONTUARIO.522968 ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.  
ESCRIVÃO DE POI

MIGUEL HILARIO DE SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parafina  
Delegada Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7



# 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:

695.021.023-04

4 - Nome completo da vítima:

Rogério Hilário 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:

Rogério Hilário de Sousa

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

Rua: São Paulo VL. Sta. Barbara

6 - CPF:

695.021.023-04

9 - Número:

7728

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Verde bar

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.071.490

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 994729591

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)

AGÊNCIA:

5607 013

CONTA:

54768 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina - Piauí, 15.12.19

Rogério Hilário de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF 021.1003.12010

TESTEMUNHAS

# 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: 21/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ROGERIO HILARIO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000054768-3

---

Nr. da Autenticação 684BD3206AD69AFD



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS     | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| SETEMBRO/2019 | 01/10/2019 | 162           | 164,27              |

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL  
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO  
CPF: 00059007125320  
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

| DADOS DA LEITURA            | kWh      | DATAS DA LEITURA            |
|-----------------------------|----------|-----------------------------|
| Atual:                      | 13692    | Atual: 24/09/2019           |
| Anterior:                   | 13530    | Anterior: 26/08/2019        |
| Constante de Multiplicação: | 1,000    | Próxima Leitura: 24/10/2019 |
| Consumo Medido:             | 162      | Emissão: 23/09/2019         |
| Consumo faturado:           | 162 FCAM | Apresentação: 24/09/2019    |
| Forma de faturamento:       | NORMAL   | Dias de Consumo: 29         |
| Código de Irregularidade:   |          |                             |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |       |             |               |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|---------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fat. | Méda 12 meses |
| RESIDENCIAL                  | MONO    | A1484335       |       | 1.1.1.1     | 152           |

| HISTÓRICO kWh  | DESCRIÇÃO DA CONTA                   |
|----------------|--------------------------------------|
| Máximo consumo |                                      |
| AGO/19 158     | CONSUMO 162 A R\$ 0,912203 = 147,77  |
| JUL/19 151     | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,74 |
| JUN/19 154     | CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 0,01  |
| MAI/19 140     | CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,16  |
| ABR/19 143     | MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,24  |
| MAR/19 153     | JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 0,03   |
| FEV/19 204     | MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,89       |
| JAN/19 133     | JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,43       |
| DEZ/18 136     | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,47   |
| NOV/18 160     |                                      |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 162 - 0,655310

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |               |
|---------------------------|-------|-------------------------|---------------|
| Distribuição:             | 31,07 | Base de Cálculo:        | 147,77 115,26 |
| Energia:                  | 60,00 | Alíquota ICMS:          | 22,00%        |
| Transmissão:              | 10,14 | Valor do ICMS:          | 32,50         |
| Encargos:                 | 4,96  | Valor do PIS:           | 1,40%         |
| Tributos:                 | 41,60 | Valor do COFINS:        | 6,49%         |
|                           |       |                         | 7,48          |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |                  |            |       |        |            |       |                         |             |
|-----------------------------|------------------|------------|-------|--------|------------|-------|-------------------------|-------------|
|                             | DIC              |            |       | PIC    |            |       | OMC                     | OICRI       |
|                             | Mensal           | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal                  | Mensal      |
| Límite                      | 5,31             | 10,63      | 21,25 | 3,11   | 6,23       | 12,45 | 3,03                    |             |
| Realizado                   | 0,00             |            |       | 0,00   |            |       | 0,00                    |             |
| Conjunto                    | TERESINA-MACAUBA |            |       |        |            |       | Período de<br>apuração: | RUSD: 53,46 |
|                             |                  |            |       |        |            |       | 07/2019                 |             |

ROT: 17.001.31.11.020100

| SEU CÓDIGO                        | TOTAL A PAGAR - R\$ |
|-----------------------------------|---------------------|
| 0051867-0                         | 164,27              |
| MÊS FATURADO                      | VENCIMENTO          |
| 09/2019                           | 01/10/2019          |
| Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM |                     |

83620000001 3 64270017000 3 000000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09  
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010  
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



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

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Maria de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rogério Hilário de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 695.021.023.04

do sinistro de DPVAT cobertura Intervenção da Vítima Rogério Hilário de Sousa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 695.021.023.04, 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: 24 de Janeiro</u> | Número: <u>554</u>      | Complemento: _____                |
| Bairro: <u>Centro</u>               | Cidade: <u>Teresina</u> | Estado: <u>PI</u>                 |
| E-mail: _____                       | CEP: <u>64.000.902</u>  | Tel. (DDD): <u>(86) 994729591</u> |

Local e Data: Teresina-Piauí 18.11.19

Keylly Maria de Oliveira

Assinatura do Declarante



Prefeitura Municipal de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

## FICHA DE ATENDIMENTO

DATA

15/09/2019 21:02

ESTABELECIMENTO: UPA SATELITE

## PACIENTE

NOME: ROGERIO HILARIO DE SOUSA - 43 ANOS CARTÃO SUS: NASCIMENTO: 30/09/1975  
NOME MAE: MARIA DA CONCEIÇÃO HILARA DA SILVA ENDEREÇO: RUA SAO CARLOS Nº: 7555  
BAIRRO: SANTA BARBARA COMPLEMENTO: MUNICÍPIO: TERESINA UF: PI  
TELEFONE(s): 8694135054 -

## SINTOMAS

## QUEIXA PRINCIPAL/SINTOMAS:

QUEDAS

RELATA QUEDA DE BICICLETA, QUEIXA-SE DE DOR EM TORNOZELO DIREITO.

## COMORBIDADE:

## CLASSIFICAÇÃO / DADOS CLÍNICOS

|                           |                                      |                                           |                                          |
|---------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>A - VAS</b>            | SINAIS DE OBSTRUÇÃO: [ ] SIM [X] NÃO |                                           |                                          |
| <b>B - RESPIRAÇÃO</b>     | EUPNEICO: [ ]                        | DISPNEICO: [ ]                            | INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: [ ]          |
|                           | SATURAÇÃO:                           | CIANOSE:                                  |                                          |
| <b>C - CIRCULAÇÃO</b>     | FREQUÊNCIA CARDÍACA:                 |                                           | PERFUSÃO SANGÜÍNEO:                      |
| <b>D - NEUROLÓGICO</b>    | GLASGOW                              |                                           | PLEGIA/PARESTESIAS: NÃO                  |
|                           | AO: RV: RM: TOTAL:                   | MEMBRO:                                   |                                          |
|                           | ISOCORIA: [ ]                        | ANISOCORIA: [ ]                           |                                          |
| <b>E - SINAIS VITAIS</b>  | PA:                                  | TAX:                                      | FR: P: GLICEMIA: ESCALA DOR(0-10):       |
| [ ] VERMELHO              | [ ] LARANJA                          | [X] AMARELO                               | [ ] VERDE [ ] AZUL                       |
| ALERGIAS: [ ] SIM [X] NÃO | RISCO QUEDA: [ ] SIM [X] NÃO         | RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO: [ ] SIM [X] NÃO | RISCO ULCERA DE PRESSÃO: [ ] SIM [X] NÃO |
| OBS ALERGIAS:             |                                      |                                           |                                          |
| PESO:                     | ALTURA:                              | IMC:                                      |                                          |

Ass. Enfermeiro / Tec. Enfermagem

## DIAGNÓSTICO(CID):

## DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE VITIMA DE CONTUSÃO EM TORNOZELO DIREITO.  
CD:RX

## MEDICAÇÃO / PROCEDIMENTOS SOLICITADOS:

PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S):  
0204060150 - RADIOGRAFIA DE PÉ DEDOS DO PÉ Qtd.: 1  
0204060109 - RADIOGRAFIA DE CALCANEIO Qtd.: 1

*Ass. HVT*

DATA: 15/09/2019  
TÉCNICO:

RECEBIDO  
HORA: 21:26

*Patricia Viana Sales Leão*  
Matrícula: 027499  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

## MOTIVO DA ALTA / ENCERRAMENTO

ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO DATA: 15/09/2019 HORA: 21:26:58

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

*Dr. Breno de Oliveira Sani:*  
Endoscopia/Cirurgia Digesti:  
CRM: 3335/PI

CTRL: 624fcbde74d9c2f4985b09e492517064





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Rogério Hilário de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 522 968

**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".**





# 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

01/09/19

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Imp: 16/09/2019 00:01:44

(User: CAMILA BOTELHO)

(Estação: CONSULPA03)

NEO 17/09/19  
05/08/05

**Nome:** ROGERIO HILARIO DE SOUSA

**Prontuário:** 522968

**Mãe:** MARIA DA CONCEICAO HILARIO DA SILVA

**Pai:**

**End.Resid.:** RUA SAO CARLO 7555 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

**Nascimento:** 30/09/1975

**Idade:** 43a11m15d

**Sexo:** Masculino

**Fone:** 86-94135-054

**Responsável:** MIGUEL HILARIO DE SOUSA

**CNS:**

**Profissão:** AUTONOMO

**Documento:** CPF: 695.021.023-04

**G. Instrução:** Não informado

**E.Civil:** União Estável

### DADOS DO ATENDIMENTO:

**Código:** 741629

**Entrada:** 15/09/2019 23:33:20

**Convênio:** S U S

**Proced:** 0301060029

**Motivo da Procura**

(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM BICICLETA (CICLISTA)

**Condução:** AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**Sinal/Sintoma de Apresentação:**

**Classificação:**

**Cor:**

Indefinido

**Breve História Clas. Risco:**



**SSVV:**

(Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

**Peso:** 0,00 Kg

**Altura:** 0,00 M

**IMC:** 0,00 Kg/m2

**Pulso:**

bpm

**Pressão:**

mmHg

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE CICLISTICO. NEGA: PERDA DE CONSCIENCIA, VÔMITOS, OTORRAGIA, RINORRAGIA. REFERE DOR EM TORNOZELO DIREITO

A: VIA AEREA PERVIA

B: MV+, SRA, SAT O2: 99 %

C: BNF, RR, 2T, SS, FC= 85 BPM. PELVE ESTÁVEL, ABDOME INOCENTE;

D: GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE E MOTRICIDADES PRSERVADAS;

E: ESCORIAÇÕES E EDEMA EM PERNA DIREITA

**Diagnóstico Inicial:**

?

RAIO X REALIZADO  
15/09/2019

**CID:**

### Exames Complementares:

(1310816) - PERNA DIREITA

(1310817) - TORNOZELO DIREITO

fratura malleolar medial (D)

### Prescrição Médica:

ex: Internação

0408550578

5825

Dr. Rocio Rego  
Ortopedista  
CRM-PI 3531/CPM-MA 5487

### Motivo da Alta/Encerramento:

**Observação (Adulto)**

**DATA:** / /

**HORA:**

Dr. Marcelo Campelo Leite  
Médico  
CRM-PI 3531

Assinatura Paciente ou Responsável

CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE  
7212 Em: 16/09/2019 00:01:44





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

242997

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>247572</b>            |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                           |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 5-Nome: <b>ROGERIO HILARIO DE SOUSA</b>                                   | 6 - Prontuário: <b>522968</b>                                                       |
| CNS:                                                                      | 8-Nascimento: <b>30/09/1975</b> 9-Sexo: <b>Masculino</b> CPF: <b>695.021.023-04</b> |
| 11-Mãe: <b>MARIA DA CONCEICAO HILARIO DA SILVA</b>                        | 12-Fone: <b>86-94135-054</b>                                                        |
| 13-Resp: <b>MIGUEL HILARIO DE SOUSA</b>                                   | 14-Cor: <b>Sem Informação</b>                                                       |
| 15-Ender: <b>RUA SAO CARLO 7555 - VILA SANTA BARBARA - CEP: 64000-010</b> |                                                                                     |
| 16-Munic: <b>TERESINA</b>                                                 | 17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-010</b>                |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:<br>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE CICLISTICO. NEGA: PERDA DE CONSCIENCIA, VÔMITOS, OTORRAGIA, RINORRAGIA.<br>REFERE DOR EM TORNOZELO DIREITO<br>A: VIA AEREA PERVIA<br>B: MV+, SRA, SAT O2: 99 %<br>C: BNF, RR, 2T, SS, FC= 85 BPM. PELVE ESTÁVEL, ABDOME INOCENTE;<br>D: GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE E MOTRICIDADES PRSERVADAS; |                                                      |
| 21 - Condições que justificam a internação:<br>as acima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      |
| - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):<br>raio x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                      |
| 23-Diagnóstico Inicial:<br>Fratura do maléolo medial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 24-CID Prin: <b>S825</b> 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.: |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                      |                                                                                                      |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 28-Cod.Proced.: <b>0408050578</b>                                                    | 27-Procedimento Solicitado:<br><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR</b>       | Tempo SUS<br><b>3</b>        |
| 29-Clinica:                                                                          | 30-Caráter: Ident.: <b>02</b> 31-Docum.: <b>01</b> 32-Doc. Méd. Solic.:<br>CPF <b>838.230.773-68</b> |                              |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO</b> | 34-Data Solicitação:<br><b>16/09/2019</b>                                                            | 35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) |

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

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

## AUTORIZAÇÃO

|                                                                            |                      |                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                                     | 47-Data Autorização: |                                                                                                          |
| 48-Documento:<br>( ) CNS ( ) CPF                                           | 49-Num. Documento:   | 50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)                                                                             |
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:<br><i>Miguel Hilario de Sousa</i> |                      | Usuário: (WILKINSON GALVAO)<br>Consulta Local: 741629<br>Consulta SUS:<br>Impressão: 16/09/2019 00:32:17 |



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                     |  | HORÁRIO                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|
| <p>DATA: 16/09/19 HORA: 20:25L</p> <p><i>Dr. Roberto Hilario de Sousa</i></p> <p><i>fratura metacarpo mediana (D)</i></p>                                                                                                                             |  |                                                    |
| <p>1 - Dieta geral livre</p> <p>2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Diltirama 01 amp + ADEV 6/6h</p> <p>4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h</p> <p>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h</p> <p>6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h</p> <p>7 - CCGG + SSVV</p> |  | <p>(D)</p> <p>ab</p> <p>ab</p> <p>ab</p> <p>ab</p> |
| <p><i>Dr. Rogério Rego</i></p> <p>CRM: 35113/MA-437</p>                                                                                                                                                                                               |  |                                                    |
| <p><i>CC Hoy Dr. Janenon</i></p>                                                                                                                                                                                                                      |  | <p>ELB</p> <p>- make</p>                           |
| <p><i>Patricia Viana Sales Leão</i></p> <p>Matrícula: 827499</p> <p>SAME HUT</p> <p>CONFERE COM O ORIGINAL</p>                                                                                                                                        |  |                                                    |
| <p><i>Dr. José Ferreira Neto</i></p> <p>CRM: 4559</p> <p>Pediatria</p>                                                                                                                                                                                |  |                                                    |

MÉDICO/CRM:



# BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico  
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

## MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul  
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366  
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí  
Insc. Est. nº 19.444.630-1  
CNPJ nº 03.512.566/0001-90  
biosintese@biosinteseprima.com.br

## FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009  
Cond. Metropolitan Market Place • Calhau  
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640  
São Luís - Maranhão  
Insc. Est. 12.310.276-6  
CNPJ 03.512.566/0002-71  
biosintese\_ma@biosinteseprima.com.br

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUT

CX 0088 - 1

C.N.P.J. \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Nome Valda

| Código Ropm Nº | DESCRIÇÃO DO MATERIAL               |
|----------------|-------------------------------------|
|                | <u>01 placa em "T" 3,5 mm (4x6)</u> |
|                | <u>(inclui parafusos)</u>           |
|                |                                     |
|                |                                     |
|                |                                     |
|                |                                     |
|                |                                     |
|                |                                     |
|                |                                     |

*Patricia Sales Leão*  
Matricula: 827499  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 16/09/19

DATA DA ALTA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PACIENTE - Nome: Rogério Hilario de Sousa

Nº AIH: 247572

Nº do Prontuário: 522968

Data da Internação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Procedimento Médico Realizado: \_\_\_\_\_

Indicador de Compatibilidade: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Jamerson

CRM Nº \_\_\_\_\_



**SOLICITAÇÃO DE OPME**  
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Rogério Hilário de Jesus

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Jaramerson

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: Pront. 522968

CÓDIGO OPME: \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA:**

Paciente com fratura  
de Fíbula distal  
com uso de Placa em T 3,5 cm  
TTO Cir

Teresina, 16/09/19

Assinatura do Médico Solicitante

Dr. Jaramerson M. de Lencos Jr.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 38.9 TETO: 11024

**AUDITOR:**

**AUDITOR:**

Teresina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante

Patricia Virna Sales Leão  
Matrícula: 027499  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Fls Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 16 / 09 / 19

|                                                   |                              |
|---------------------------------------------------|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Rogério Hilário de Sousa</u> | PRONTUÁRIO Nº: <u>522968</u> |
| DIAGNÓSTICO:                                      | CIRURGIA:                    |
| ANESTESIA: <u>Dr. Pedro Victor</u>                | Nº DA SALA: <u>05</u>        |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Jamerson</u>                    | CPF Nº                       |
| AUXILIAR: <u>Rod. Marcos</u>                      | CPF Nº                       |
| ANESTESIA: <u>Raque</u>                           | CPF Nº                       |
| INSTRUMENTADORA: <u>Júnior</u>                    | CPF Nº                       |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID.        | QUANT.        | PREÇO        | DISCRIMINAÇÃO              | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|--------------|---------------|--------------|----------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID.        | 02            |              | LÂMINA DE BISTURI          | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID.        | 02            |              | LUVA Nº <u>7.5</u>         | PAR    | 04     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID.        | 02            |              | LUVA Nº _____              | PAR    |        |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID.        | 01            |              | LUVA DE PROCEDIMENTO       | PAR    | 10     |       |
| ÁLCOOL 70%              | ML           | 200           |              | PVPI DE GERMANTE           | ML     | 200    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA         |               |              | PVPI TÓPICO                | ML     | 150    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML           |               |              | PVPI TINTURA               | ML     |        |       |
| COMPRESSA               | PAC.         | 03            |              | SERINGA 20CC               | UNID.  | 01     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID.        |               |              | SERINGA 10CC               | UNID.  | 01     |       |
| ESPARADRAPO             | CM           | 50            |              | SERINGA 5CC                | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID.        |               |              | SERINGA 3CC                | UNID.  |        |       |
| FORMOL                  | ML           |               |              | SORO FISIOLÓGICO           | FRASCO | 02     |       |
| GASES                   | PAC.         | 05            |              | SONDA URETRAL              | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº                | UNID.        |               |              | ESCOVAS                    |        | 03     |       |
| <b>FIOS</b>             | <b>UNID.</b> | <b>QUANT.</b> | <b>PREÇO</b> | <b>OCORRÊNCIA</b>          |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG. |              |               |              | <u>ELÉTRICOS</u>           |        | 05     |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |              |               |              | <u>CREPOA</u>              |        | 02     |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG. |              |               |              |                            |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. |              |               |              |                            |        |        |       |
| ALCOFIL                 |              |               |              |                            |        |        |       |
| MONONYLON <u>2.0</u>    |              | 01            |              |                            |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |              |               |              | ENFERMARIA:                |        |        |       |
| VICRYL <u>0</u>         |              | 01            |              | CIRCULANTE: <u>Euliane</u> |        |        |       |
| PROLENO                 |              |               |              |                            |        |        |       |



**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: **ROGERIO HILARIO DE SOUSA** (Prontuário: 522968)  
Endereço: RUA SAO CARLO 7555 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 30/09/1975 Idade: 43a11m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741629  
Requisição: 1000764 Solicitação: 16/09/2019 Solicitante: CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE  
Controle: 1310817 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 16/09/2019

**TORNOZELO DIREITO**

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na epífise distal da tíbia e no talus.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 19/09/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**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: **ROGERIO HILARIO DE SOUSA** (Prontuário: 522968)  
Endereço: RUA SAO CARLO 7555 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 30/09/1975 Idade: 43a11m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741629  
Requisição: 1000764 Solicitação: 16/09/2019 Solicitante: CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE  
Controle: 1310816 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 16/09/2019

**PERNA DIREITA**

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

- Fratura cominutiva na epífise distal da tíbia e no talus.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 19/09/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável







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:   | <b>ROGERIO HILARIO DE SOUSA</b> (Prontuário: 522968)                   |                         |                                               |                    |                     |
| Endereço:   | RUA SAO CARLO 7555 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010 |                         |                                               |                    |                     |
| Nascimento: | 30/09/1975                                                             | Idade: 43a11m20d        | Sexo: Masculino                               | Origem: INTERNAÇÃO | Atendimento: 247591 |
| Requisição: | 1000995                                                                | Solicitação: 16/09/2019 | Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR |                    |                     |
| Controle:   | 1311320                                                                | Convênio: S U S         | CLINICA ORTOPEDICA - P11                      | ENFERMARIA 229     | LEITO 03            |

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060087

Data Exam: 16/09/2019

## TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em  
pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada na tíbia distal fixada com placa e parafusos metálicos.
- Tala gessada.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 20/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Professional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




*Rogério Hilário de Sousa.*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.454.844 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/11/07

NOME  
ROGÉRIO HILÁRIO DE SOUSA

FILIAÇÃO  
MARIA DA CONCEIÇÃO HILÁRIO DA SILVA  
JOÃO SOARES DE SOUSA

NATURALIDADE  
TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 30/09/1975

DOC. ORIGEM  
CERT. NASC. 6202 L 80B F 85V  
EXP TERESINA-PI 19/08/94

021.023-04 ASSINATURA DO QUEL... Criminal

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

CPF: 695.021.023-04





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ROGERIO HILARIO DE SOUSA  
RG: 1.454.844 Orgão Emissor: SSP-PI  
CPF: 695.021.023-04 Nacionalidade: BRASILEIRO  
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: PEDEIREIRO  
Endereço: Rua São paulo bl. São Barbara N° 7798  
Bairro: unite lar Cep: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: TERESINA-PI  
Telefone: 88 98807.7870 ( ) \_\_\_\_\_

### OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira  
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros  
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro N° 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: ROGERIO HILARIO DE SOUSA  
CPF: 695.021.023-04 Data do Acidente: 15 / 09 / 19

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

TERESINA 03 OUTUBRO 2019  
Local e data

Rogério Hilário de Sousa  
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Cartero  
Themistocles  
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Lúcio de Albuquerque, 1221 - Centro - CEP: 64000-290 - Teresina - PI - Fone: (86) 3224-0133 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br  
Titular: Themistocles Sampaio

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ROGERIO HILARIO DE SOUSA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.  
Teresina-PI, 03/10/2019. Selo: AAJ69530-CXQB  
www.tjpi.jus.br/portalextra.

ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE AUTORIZADO  
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 264  
PROCURAÇÃO

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

3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456038/19

**Vítima:** ROGERIO HILARIO DE SOUSA

**CPF:** 695.021.023-04

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 15/09/2019

**Titular do CPF:** ROGERIO HILARIO DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
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

### ROGERIO HILARIO DE SOUSA : 695.021.023-04

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS  
CPF: 098.038.499-05

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190705074 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROGERIO HILARIO DE SOUSA **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 20/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**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 tornozelo | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                        |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |