



ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA  
 RUA MARIA CARLOS DA SILVA, 2527  
 SAO BENEDITO  
 65636-230 TIMON-MA

## Referência

ABRIL /2019

## Telefone

( 86) 3212-0215

## Vencimento

25/06/2019

## Total a pagar

R\$ 147,41

## Resumo da sua fatura



OI FIXO .....

R\$ 74,69

OI FIXO

74,69

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL  
 SERVIÇOS DIGITAIS



OI VELOX .....

R\$ 72,72

OFERTA VELOX E SERVIÇOS DE BANDA LARGA

72,72

ASSINATURA VELOX  
 OI LEITURA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxx-xxxx.  
 Mais informações em oi.com.br/9digito.

CODIGO MINHA OI  
 160800374461

www.oi.com.br/MinhaOI

Cadastre-se na minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

TELEMAR NORTE LESTE S/A  
 CNPJ: 33.000.118/0010-80 - INSC. ESTADUAL:  
 19.300.251-5  
 AV. FR. SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 84001-020  
 MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA  
 TELEFONE/CONTRATO: 32120215 CJ 0 SU 6  
 CONTA 04/2019 LOCAL 3150 DV 8

CODIGO MINHA OI  
 160800374461

www.oi.com.br/MinhaOI

Cadastre-se na minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO. 2019

84670000001-7 47410024030-5 22031500321-4 20215061904-9



FATURA N.: 0800027230209  
 VENCIMENTO: 25/06/2019  
 VALOR A PAGAR R\$ 147,41  
 CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 160800374461

COMPANHIA S. A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 CEP: 64.002-470

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Andressa Laurinda da Costa Sousa inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.031.113 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Ditozo Soares de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 336.354.968 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Raimundo Ditozo Soares de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 336.354.968 / 40, 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 Maria Carlos da Silva</u>		Número <u>2527</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>São Benedito</u>	Cidade <u>Tiuuon</u>	Estado <u>MA</u>	CEP <u>65636-230</u>
Email <u>andressa-seguros@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>86-998191714</u>	Telefone celular (DDD) <u>86-988363230</u>

Tiuuon-MA, 14 de Agosto de 2019  
Local e Data

Andressa Laurinda da Costa Sousa  
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 AGO. 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](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: 0800-1596 / 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, José de Arimateia Pereira de Assunção,  
RG nº 793.254, data de expedição 34/06/08,  
Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 078.545.603-15,  
com domicílio na cidade de Timon, no Estado de  
Maranhão, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua 02, nº 245 A,  
complemento Planalto Formosa declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Raimundo Ditoso Soares de Sousa, cujo o condutor era  
Raimundo Ditoso Soares de Sousa.  
Veículo: Moto Modelo: Honda NXR150 Bros ES Ano: 2008  
Placa: NIC 4989 Chassi: 9C2KD03308R073390  
Data do Acidente: 29/03/2019

Local e Data: Timon - MA 34 de Agosto de 2019

José de Arimateia Pereira de Assunção  
Assinatura do Declarante

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



Cartório do 1º Ofício  
TIMON - MA

Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:  
José de Arimateia Pe-  
reira de Assunção

Em Testemunho [assinatura] da verdade.  
Timon(MA), 34/08/2019  
Jandaina Jansen Carneiro e Silva  
Escritor

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
15 AGO. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.00247-0



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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

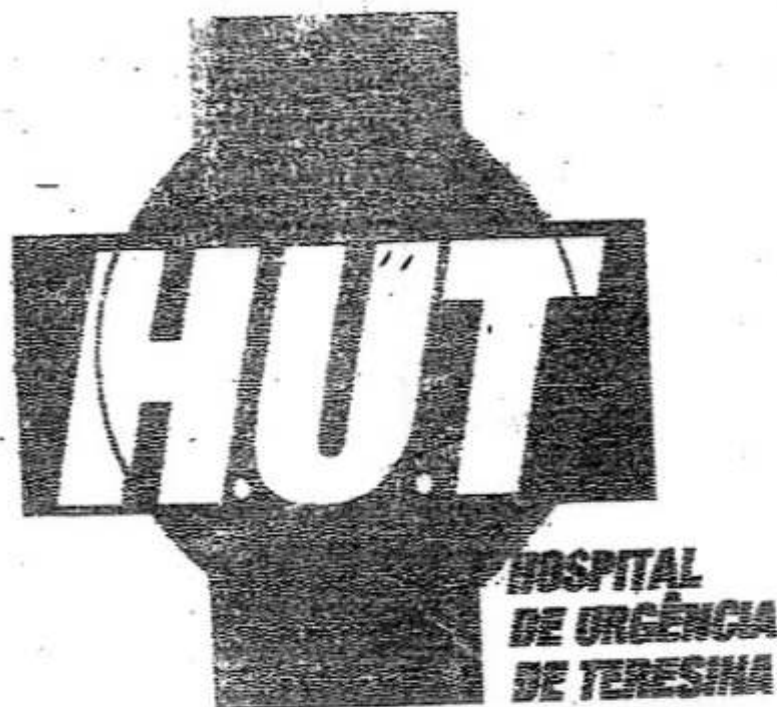


SAMU  
192

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



Alton



número de Requerimento  
196148461

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nifoso Soares de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 506932

**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  
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]  
15 AGO. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



Christina 2  
Cláudia - OK

# BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA		Prontuário: 506932	
Mãe: RAIMUNDA SOARES DE SOUZA	Pai:		
End.Resid.: RUA JOSE FERNANDES DA SILVA N 340 - MATEUZINHO - TIMON - MA - CEP: 65630-020			
Nascimento: 10/01/1964	Idade: 55a2m19d	Sexo: Masculino	Fone: 86-94436-092
Responsável: JOSE	CNS: 702003872175387		
Profissão: MECANICO	Documento: CPF: 116.154.968-40		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 714523	Entrada: 29/03/2019 08:42:32	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: AGRESSÃO	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO COM CARRO.QUEIXA DE DOR EM MIE + SUSPEITA DE FRATURA DE LUXAÇÃO EM JOELHO ESQUERDO E DOR NA REGIÃO LOMBAR.NEGA COMORBIDADE E ALERGIA MEDICAMENTOSA.		ELICIO LUSTOSA CAMPELO FILHO COREN - 301092 Em: 29/03/2019 08:54:58

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

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 1 HORA. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, NEGA VÔMITOS E OTORRAGIA. RELATA DOR INTENSA EM MIE.  
A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICA SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA  
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; SRA; SATO2 -  
C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, Pelve estável;  
D) PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15.  
E) LESÃO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Diagnóstico Inicial:  
?

## Exames Complementares:

(1182805) - PERNA ESQUERDA  
(1182806) - COXA ESQUERDA

## Prescrição Médica:

1. DIETA ZERO
2. SF 0,9% - 1000ML, EV, 24/24H.
3. DIPIRONA - 01 AMP + AD, EV, 8/8H
4. TRAMAL - 01 AMP + SF0,9% 500ML, EV, S/N
- 5 - ALTA DA CIRURGIA GERAL

## Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Infantil)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável  
*João Carlos Santos*

RAIO-X REALIZADO  
DATA 29/03/2019  
Técnico: *[assinatura]*

RAIO-X REALIZADO  
DATA 29/03/2019  
Técnico: *[assinatura]*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15.058.7019

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
CRM 3811 Em: 29/03/2019 09:08:44  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso de Vasconcelos, 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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Nome:	RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA	Prontuário:	506932	Local:		Leito:	
Tipo Sanguíneo:		Fator RH:		Peso (Kg):	0,00	Altura (M):	0,00
					0,00	IMC (Kg/m <sup>2</sup> ):	0,00

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:	SINAIS VITAIS:								
			HORA:	T:	P:	R/Sato2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese	
1.	DIETA ZERO										
2.	SF 0,9% - 1000ML, EV, 24/24H.										
3.	DIPIRONA - 01 AMP + AD, EV, 8/8H										
4.	TRAMAL - 01 AMP + SFC, 9% 500ML, EV, S/N										
5.	ALTA DA CIRURGIA GERAL.										
			REGISTROS DE ENFERMAGEM:								

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 ABO. 2019

CONSULTA 018523

15/06/2019 09:05:14

COMPENSA SEGURO S.A.

Rua Coelho de Almeida, 465 Loja C

Centro - Norte 64.002470

SUS



235896

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIB)

# FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

19/171

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

235896

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA

6 - Prontuário: 506932

CNS: 702003872175387

8-Nascimento: 10/01/1964

9-Sexo: Masculino

CPF: 116.154.968-40

11-Mãe: RAIMUNDA SOARES DE SOUZA

12-Fone: 86-94436-092

13-Resp: JOSE

14-Cor: Sem Informação

15-Endereço: RUA JOSE FERNANDES DA SILVA N 340 - MATEUZINHO - CEP: 65630-020

16-Munic: TIMON

17-Cod. IBGE: 211220

18-UF: MA

19-CEP: 65630-020

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA NA COXA ESQUERDA COM DOR E DEFORMIDADE.

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

RX E EXAME FÍSICO

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do fêmur

24-CID Prim:

S724

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050624

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)

Tempo SUS

4

28-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

716.039.213-20

29- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO

29/03/2019

Dr. Ferdinand Freitas  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AL: 3096 - TEOT: 11020  
35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

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

36- ( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Brilho:

41-Série:

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

39- Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTROLE E VERIFICAÇÃO

## AUTORIZAÇÃO

40- Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

15 ABR. 2019

41-Documento:

49-Num. Documento:

CNS ( ) CPF

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Belo Horizonte - MG  
CEP: 31002-700

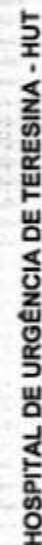
50-Ass. Carimbo

42- Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (DR. FERDINAND)  
Consulta Local: 714523  
Consulta SUS:  
Impressão: 29/03/2019 11:10:43

Assinatura Paciente ou Responsável:  
Ferdinand Freitas





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

PREScrição Médica No. 35571 - Em: (29/03/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:
--------------	-------------	-----------

Atendimento	Prontuário:	Paciente:
235896	506932	RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA

Dt. Nasc.	10/01/1964
-----------	------------

**Clínica:**

--	--

ANEXO 2.8

Leito: 227

**Médico Asistente:**

**Evolução:**

**HORA:**

Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:
-----------	---------------------------

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
	ORAL Tipo LIVRE, Visto Nutricionista Juliana Lima CRN/PI 5008								16:40h- Paciente com doença de pele aguda medi- cação des 18h - 19h
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				Dr. Gleidson R. Guimarães Enfermeiro - 985966 COREN - 985966
3	DIPYRINA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h				

Observações Gerais:

CUIDADOS GERAIS

Dr. Ferdinand Freitas  
Otopedia e Otorrinatologia  
CRP - PI: 3096 - TEO: 11020

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
15 A60. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64 00247

11/11/11 06:27:06 11/11/11

DR. FERDINAND



# 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: MUT CY 0332-1

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

Assinatura \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Nome Valda

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	01 placa 95° (DO 5 12f.)
	01 parafuso deslizante Nº 70
	01 contra pino
	(inclui parafusos) 102 - espigas
	106 - centrais

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

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 01 04/19

PACIENTE - Nome: Raimundo Nilton Soares da Sousa

Nº AIH: 235896

Nº do Prontuário: 506932

Procedimento Médico Realizado: 0408050624

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

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: \_\_\_\_\_

Dr. Fernando C. de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 3401 - TEOT 11913

CRM Nº \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 Aço, 7019
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES  
**5828856**

Código da  
Internação:

4-CNES  
**5828856**

**235896**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: **RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA**

6 - Prontuário: **506932**

7-CNS: **702003872175387**

8-Nascimento: **10/01/1964**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **116.154.968-40**

11-Mãe: **RAIMUNDA SOARES DE SOUZA**

12-Fone: **86-94436-092**

13-Resp: **JOSE**

14-Fone: **86-94436-092**

15-Ender: **RUA JOSE FERNANDES DA SILVA N 340 - MATEUZINHO - CEP: 65630-020**

16-Munic: **TIMON**

17-Cod. IBGE: **211220**

18-UF: **MA**

19-CEP: **65630-020**

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip.

**0408050624**

30 - Procedimento Principal / Descrição:

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)**

31-Cod.Procedi-  
mento Especial

**0702030821**

32 - Descrição do Procedimento Especial:

**PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS**

Quant. Soli-  
cidata:

**1**

Fornecedor da OPM: **BIOSINTESE**

38-Profissional Responsável:

**FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO**

40-Tp. Documento:

**CPF**

39-Data Solicitação:

**01/04/2019**

40-No.Doc. Méd. Solic.:

**716.039.213-20**

*Dr. Fernando C. de Oliveira*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 34674-TEOT 11913  
41-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*FNAT. Suprac. de Fermet*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle  
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**

53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

(RUBICA BATISTA)

**15/06/2019**

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



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01, 04, 19

NOME DO PACIENTE: Raimundo Witoso Soares de Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 506932
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raquel	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Fernando	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Wra Lorena	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Cristiane	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0 17.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		Eupon	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	1	02		CIRCULANTE: Raquel			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
15 ABO. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende 465 Loja C-  
Centro - Norte CEP: 64.002470





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Raimundo D. Toso Junior

Diagnóstico pré-operatório

FRAT. SUPRAC. de Femur + condio lat + distal

Operação - Tipo

R.A.F.T.

Cirurgião

Fernando Couto

1º Assistente

2º Assistente

Fernando C. de Oliveira

3º Assistente

Instrumentador(a)

Cristiano de Oliveira

Anestesia

Raque

Anestésico(a)

Data da Operação

01.02.19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Tire adto sob maquina exte
- 2) Preparo habitual
- 3) Via lateral + disseccao
- 4) Reducao do condio, diafis e FRAT. SUPRAC.
- 5) Fixacao com placa DC5 + parafusos
- 6) Lavagem com SF-0,9i.
- 7) SUTURA
- 8) CURATIVO

Dr. Fernando C. de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 3457 - FORT 11913

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 A60. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002479



## FICHA DE ANESTESIA

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

Paciente: Raimundo Hilteno Soares de Jesus Sala: 05 Alergia: não Data: 01/04/19  
Procedimento: fratura de fêmur distal Cirurgião: Fernando Couto Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
Mor 5mg fenta 5mg													5mg
Raqui (Bupivacaína 0,5% pesada 15mg marfina 100mg)													
Curapina 2g	2g												
clonazepam 100mg	100mg												
ketorolac 100mg	100mg												
paracetamol 50mg	50mg												
dexametasona 10mg	10mg												
midazolam 4mg	4mg												
propofol 10mg	10mg												
RANZ (Quetiamina) 50mg	50mg												

Acesso Vascular: ☒ Periférico 16G ☐ Cat. Venoso nº 6 ☐ Dificuldade acesso venoso ☐ Gatos cateteres ☐ Central

Via Aérea: ☒ Cateter nasal ☐ BIPAP ☐ IMVA

Monitorização: ☒ Cardiotocografia ☒ ECG ☒ Contato de pulso ☐ TCO2 ☐ Outros

Anestesia: ☒ Geral Venosa ☐ Geral Balanceada ☒ Raqui-anestesia ☐ Peridural ☐ Bloqueio Periférico ☐ Outros

Decúbito:

SPO2 (%)	99	99	99	99	99
ETCO2 (mmHg)					
Aces. Venoso	4x 0,9% 250ml @ 500ml @				
Aces. Venoso	2x 500ml @				
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia: Raqui + sedaçãoDr. Lorena L. Mendes de Oliveira  
Anestesiologista  
CRM-PI 3019DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AÇO. 2019

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

Anestesiologista



# CLINIMAGEM

medicina diagnóstica avançada

Data: 27/05/2019  
Nome do Paciente: **RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA**  
Médico Solicitante: **MEDICO NAO INFORMADO**  
Exame: **RX FEMUR ESQUERDO 02 INC**

Código  
271891

- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.
- Parafusos e hastes metálicas implantados no terço médio distal femoral.

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Parafusos e hastes metálicas implantados no terço médio distal femoral.

CAMILA TAPÉTY E SILVA DO REGO MONTEIRO  
CRM: 4200 PI

Rua Anfrísio Lobão, 805/Jóquei  
Fone: (86) 99482-1326 / ☎ 99445-6682  
Teresina-Piauí

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II  
Fone: (86) 3236-6536 / ☎ 99435-8029  
Teresina-Piauí

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Centro  
Fone: (86) 99445-6682 / ☎ 99445-6682  
Teresina-Piauí

@clinimagemjoquei @clinimagem f Clinimagem Teresina

15 AÇO, 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-170



# CLINIMAGEM

medicina diagnóstica avançada

Data: 27/05/2019

Nome do Paciente: RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA

Médico Solicitante: MEDICO NAO INFORMADO

Exame: RX JOELHO ESQUERDO 02 INC

Código

271891

## ACHADOS:

- Densidade óssea normal.
- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.
- Parafusos e hastes metálicas para correção de fratura oblíqua na porção distal femoral.

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Parafusos e hastes metálicas para correção de fratura oblíqua na porção distal femoral.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 AGO. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

CAMILA TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO  
CRM: 4200 PI

Rua Anfrísio Lobão, 805/Jóquei  
Fone: (86) 99482-1326 / ☎ 99445-6682  
Teresina-Piauí

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II  
Fone: (86) 3236-6536 / ☎ 99435-8029  
Teresina-Piauí

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Centro  
Fone: (86) 3131-6636 / ☎ 98849-6588  
Teresina-Piauí

@clinimagemjoquei @clinimagem f Clinimagem Teresina

REGISTRO  
GERAL 4.382.940 DATA DE  
EXPIRAÇÃO 13/04/16

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME  
RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA

RAÇÃO  
RAIMUNDA SOARES DE SOUSA  
MANOEL JERÔNIMO DE SOUSA

NATURALIDADE  
CAXIAS-MA

DATA DE NASCIMENTO  
10/01/1964

DOC. ORDEM  
CERT. CASAM. 13374 L 86 F 190  
EXP. TIMON MA 30/07/91

TERMINAÇÃO 54.968-40

ASSINATURA DO TITULAR  
RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA

LEI Nº 7.116 DE 26/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

CARTeira DE IDENTIDADE

0845-199

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**116.154.968-40**

Nome  
**RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA**

Nascimento  
**10/01/1964**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO. 2019

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

**VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL**  
**2.956.420** 09/11/18  
**ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA**  
**FRANCISCA LAURINDA DA COSTA SOUSA**  
**JOSÉ DE RIBAMAR SOUSA**  
**TERESINA-PI** 15/07/1993  
**CERT. NASC. 60160 L 128 F 24**  
**EXP TIMON-MA 11/08/93**  
**055.031.113-03**  
 LEI Nº 7.119 DE 20/06/93 - DECRETO Nº 98.580/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE  
 ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA  
 2.956.420  
 09/11/18  
 TERESINA-PI  
 15/07/1993

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
 15 A GO. 7019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170621644 Nº 013937674968  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
 VIA 1 124661459  
 GOV. RENAVAM  
 N.º TRC  
 EXERCÍCIO 2018

JOSE DE ARIMATEA PEREIRA ASSUNCAO

\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

CPF / CNPJ 07854560315  
 PLACA ANT / UF - PLACA NIC-4989

CHASSI 9C2KD03308R073390

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEHUMA  
 COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES  
 ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

CAP / POT / CL 002P/149CC  
 CATEGORIA PARTIC  
 COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC COTA UNICA 1. 1.ª P.ª

PARCELA P.V.A. PARCELA P.V.A. 2.ª 3.ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
 PAGO OBSERVAÇÕES

A/FID ADMINISTRADORA DE CONSUMO

TERESINA  
 ADRIANO MARTINS DO REGO LOJA  
 DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI  
 DATA 24/7/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
 TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013937674968 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 24/7/2019

VIA 1 07854560315  
 RENAVAM  
 CPF / CNPJ  
 PLACA NIC-4989

124661459  
 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2008 CAT. USE 09 Nº CHASSI 9C2KD03308R073390

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 81,28  
 DETRAN (R\$) 9,03  
 CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,70  
 IOF (R\$) 90,31  
 TOTAL BILHETE (R\$) 185,50

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,70  
 DATA DE QUITAÇÃO 19/07/2019

X COTA UNICA  
 PAGAMENTO PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.408/0001-04

JAN - 2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
 15 AGO. 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:** 3190482056 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA **Data do acidente:** 29/03/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 19/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE, SUPRACONDILIANA E NO CÔNDILO LATERAL DO FÊMUR ESQUERDO. P13

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P7/10 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190482056 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA **Data do acidente:** 29/03/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 19/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE, SUPRACONDILIANA E NO CÔNDILO LATERAL DO FÊMUR ESQUERDO. P13

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P7/10 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

NOME: Raimundo Ditoso Soares de Sousa  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Casado  
IDENTIDADE: 4.382.940  
CPF: 116.154.968-40  
PROFISSÃO: Metallurgico  
ENDEREÇO: Rua José Fernandes nº 340 - Mateuzinho  
CEP: 65630-020 TELEFONE: (86) 98817 4189  
COBERTURA: Invalidez e DAmS DATA DO ACIDENTE: 29.03.2019

## OUTORGADO:

NOME: **ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA**  
NACIONALIDADE: **BRASILEIRA**  
ESTADO CIVIL: **SOLTEIRA**  
IDENTIDADE: **2.956.420 SSP-PI**  
CPF: **055.031.113-03**  
PROFISSÃO: **AUTONOMA**  
ENDEREÇO: **RUA MARIA CARLOS DA SILVA nº 2527 BAIRRO: SÃO BENEDITO**  
CEP: **65636-230**  
TELEFONE: **86-99819 1714 86-98836 3230**

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar, e/ou requerer quaisquer documento necessário junto à seguradora, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a VITIMA: Raimundo Ditoso Soares de Sousa.



Timon - MA 14 de Agosto de 2019  
(local e data)

Raimundo Ditoso Soares de Sousa  
reconhecer firma por autenticidade ou verdadeiro

SERVENTIA EXTRA  
Comarca de  
Dr. Raimundo Lucio  
Tabelião



Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:  
Raimundo Ditoso Soares de Sousa  
Em Testemunho da verdade  
Timon(MA), 14 de 08, 2019  
Jandaina Jansen Carneiro e Silva  
Escritor



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280721/19

**Vítima:** RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA

**CPF:** 116.154.968-40

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/03/2019

**Titular do CPF:** RAIMUNDO DITOSO  
SOARES DE SOUSA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA : 055.031.113-03

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

### RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA : 116.154.968-40

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/08/2019  
Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA  
CPF: 055.031.113-03

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior



---

**Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190482056**

**Vítima: RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA**

**Data do Acidente: 29/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA**

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

**Senhor(a), RAIMUNDO DITOSO SOARES 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, 29 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190482056**

**Vítima: RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA**

**Data do Acidente: 29/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RAIMUNDO DITOSO SOARES 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002442**

Conta: **0000075993-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

336.354.968-40

Raimundo Ditoso Soares 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Raimundo Ditoso Soares de Sousa

336.354.968-40

Metaborgico

Rua José Fernandes

340

Casa

Matuzinho

Timon

MA

65630-020

8698817 4589

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2442

CONTA:

75993

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós/viúvo? ☐ 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:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2010

Assinatura da testemunha

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende 465 Loja C

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Timon - MA 24 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003090/2019-7

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Marcos Henrique César De Araújo

Data/Hora: 14/08/2019 - 09:37

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AVENIDA PEDRO FREITAS, Nº:

Complemento

Data/Hora

29/03/2019 - 07:50

Bairro

SÃO PEDRO

541501-J

541504-D

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA

RG: 4382940 SSP PI

Mãe: RAIMUNDA SOARES DE SOUZA

Endereço: RUA JOSE FERNANDES DA SILVA, Nº 340

Complemento: MATEUZINHO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

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 TRAFEGAVA PELA AVENIDA PEDRO FREITAS CONDUZINDO O VEICULO HONDA/NXR DE PLACA NIC 4989 DE PROPRIEDADE DE JOSE DE ARIMATEIA PEREIRA ASSUNÇÃO QUANDO UM VEICULO AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL PROVOCANDO COLISÃO, LESIONOU-SE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DE Nº 506932.

Marcos Henrique César De Araújo - Mat.  
AGENTE DE POL.

*Raimundo Ditoso Soares de Sousa*

RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA - Notificante  
Responsável pela Informação

*Luccy Keiko Leal Parreira*  
Delegada Geral de Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

336.354.968-40

Raimundo Ditoso Soares 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: Raimundo Ditoso Soares de Sousa 6 - CPF: 336.354.968-40  
7 - Profissão: Metalurgico 8 - Endereço: Rua José Fernandes 9 - Número: 340 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Matuzinho 12 - Cidade: Timon 13 - Estado: MA 14 - CEP: 65630-020  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86 98817 4589

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: 2442 CONTA: 75993 8

(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 do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós/viúva? ☐ 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: \_\_\_\_\_

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende 465 Loja C

Assinatura da testemunha CEP: 64.002470

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Timon - MA 24 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

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

Responsável pela recepção

Socorristas  
Médico  
AE/TE

Enfermeiro  
Côndutor

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64002470

# 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: 22/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02442

CONTA: 000000075993-8

---

Nr. da Autenticação FAD7E79B1EDD32B8

