

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 Ditoso Soares de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.154.968 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura Individuz da Vítima Raimundo Ditoso Soares de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.154.968 / 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>João Benedito</u>	Cidade	<u>Timon</u>	Estado	<u>MA</u>
Email	<u>andressa-seguros@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>86-998191714</u>	Telefone celular (DDD)	<u>86-988363230</u>

Timon - MA 34 de Agosto de 2019
Local e Data

Andressa Laurinda da Costa Sousa
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
<u>15 AGO. 2019</u>
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, José de Arimateia Pereira de Assunção

RG nº 793.254, data de expedição 14/06/08

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 31 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 Pereira de Assunção
 Em Testemunho 15/08/2019 da verdade.
Timon (MA), 15/08/2019
Jandaina Jansen Carneiro e Silva
Escrevente

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



Dados do Chamado	01 N° do Chamado 9546	02 Data do chamado 29/03/19	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 8:00	05 Chegada ao local 8:22
Local da Ocorrência	06 Saída do local 8:32	07 Chegada ao 1º hospital 8:40	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Av Pedro Freitas	11 Bairro Sac Pedro	12 Município-UF 1he.	Código IBGE	
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência Centro administrativo	14 Nome Raimundo Díliso Soares Santos	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	01	
Acidente de Transporte	16 Idade 300364	1- Dia 2- Mês 3- Ano 4- Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	
Assistência	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Hospital de Destino	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 85 Respir 12x80 PA 99 TAX. 99 SatO2 99	25 Local da lesão
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor <input checked="" type="checkbox"/> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Kred	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	35 Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Reanimação cardiopulmonar _____ Assistência obstétrica _____ b) _____ c) _____ DEPARTAMENTO DE URGENCIA CONTEUDO NAO VERIFICADO 15 AGO. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 466 Loja 6 Bairro: Norte CEP: 64002470 Responsável pela recepção Socorristas Médico AE/TE Luis Henrique Enfermeiro Condutor Rafael



Altair

Número de Requerimento
196148461

NOME DO PACIENTE: Raimundo Mifoso Soares de Souza
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 50693

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



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

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

None: RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA

Tipo Sanguíneo: Fator RH:

<u>Nome:</u>	RAIMUNDO DITOZO SOARES DE SOUSA		
<u>Prontuário:</u>	506932	<u>Local:</u>	<u>Leito:</u>
<u>Tipo Sanguíneo:</u>	<u>Fator RH:</u>	<u>Peso (Kg):</u>	<u>Altura (M):</u>
		0,00	0,00
		<u>IMC (Kg/m²):</u>	0,00

REGISTROS DE ENERGACEM:

FOLHA PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

19/11/17

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 - Frontuário: 506932
CNS: 702003872175387	8-Nascimento: 10/01/1964
11-Mãe: RAIMUNDA SOARES DE SOUZA	9-Sexo: Masculino
13-Resp: JOSE	10-CPF: 116.154.968-40
15-Ender: RUA JOSE FERNANDES DA SILVA N 340 - MATEUZINHO - CEP: 65630-020	12-Fone: 86-94436-092
16-Munic: TIMON	14-Cor: Sem Informação
	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.

1 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

EXAME FÍSICO

3-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do fêmur

24-CID Prin: **8724** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050624 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR (METÁFISE DISTAL)

Tempo SUS

4

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

02 01 CPF 716.039.213-20

10-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:

FERNANDO CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO 29/03/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

5-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Brixite:

41-Série:

6-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

7-() Acidente Trabalho Trajeto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

8 - Vínculo com a Previdência:

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

DPVAT

CONTROLE DE VERIFICA DO

9 - Nome do Profissional Autorizador:

14-Data Autorização:

15-ABR. 2019

10-Documento:

49-Num. Documento:

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

50-Ass. Carimbo (RC) (Carimbo) 34.002-70

11-Assinatura Paciente ou Responsável:

Fernando Soares

Usuário: (DR. FERNANDO)

Consulta Local: 714523

Consulta SUS:

Impressão: 29/03/2019 11:10:43



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@biosintesepima.com.br

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place - Caihau
CEP 65.071-380 • Fone: (55 96) 3227-0640
São Luis - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-8
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosintesepima.com.br

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

Nome do Hospital: HUT CV 0332-1

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome Valda

Código Ropm Nº	DESCRÍÇÃO DO MATERIAL
01	placa 95° (ncs 12f.)
01	parafuso dentígeno nº 10
01	coroa pino
	(inclui parafusos) 102 - espinhos
	106 - corticais

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

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 01/04/19 DATA DA ALTA _____

PACIENTE - Nome: Raimundo Almeida Joaquim da Costa

Nº AIH: 235896

Nº do Prontuário: 506932 Data da Internação DPVAT

Procedimento Médico Realizado: 0408050624 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Indicador de Compatibilidade: Dr. Fernando C. de Oliveira

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Ortopedia e Traumatologia

CRM-PI 3407 - TEOF 11913

CRM Nº

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Data da Internação DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Goiá de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	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	10-CPF: 116.154.968-40
11-Mae: 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 FÉMUR (METÁFISE DISTAL)
31-Cod. Procedimento Especial 0702030821	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS
Quant. Solidata: 1	

Fornecedor da OPM: BIOSINTESE

38-Profissional Responsável: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3467-TEOT 11913 41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 01/04/2019	40-No. Doc. Méd. Solic.: 716.039.213-20	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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:
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT 53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) CONTEÚDO NÃO VERIFICADO (KARINA BATISTA) 15 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 </div>



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 01,04,19

NOME DO PACIENTE: <i>Raimundo Otávio Soares Souza</i>		PRONTUÁRIO N.º: <i>506932</i>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA: <i>Raquel</i>		Nº DA SALA: <i>05</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. Fernando</i>		CPF Nº:
AUXILIAR:		CPF Nº:
ANESTESIA: <i>Wra. Ivoneia.</i>		CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>Christiane</i>		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 701715	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 N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	—		<i>Erupção</i>	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	1	02		CIRCULANTE: <i>Rosa</i>			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15-ABR-2013

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



FICHA DE ANESTESIA

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

Raimundo Whitone Soares de Jesus
fratura de fêmur distal

Sala: 05

Alergia: náu

Data: 01/04/19

Cirurgião: Fernando Couto

Observações:

Ajentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
Mor Sny													
fenito Sny													
Roqui (Bupivacaína) 15mg													
Morfina 100mg													
Ciazolina 2g													
Dipirona 2g													
Atropina 100mcg													
hormal 100mcg													
oxitocina 50mg													
desametasona 10mg													
neurolept 4mg													
midazolam 0,05mg													
Ativacaine 10mg													
Quetamina 5%													

Acesso Vascular 16G

- Periférico
- Cat. Venoso nº 6
- Dificuldade aces. venoso
- Tatoos - cateteres
- Cepital

Via Aérea

- Cateter nasal
- JOV nº
- FMA nº

Monitização:

- Cardioscopia
- PA24
- Caímetro de pulso
- ETCO2
- Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Racuanestesia
- Peridural
- Bloquio Periférico
- Outros

Occulto:

SpO2 (%)	99	99	99	99	99
ETCO2 (mmHg)					
Ares. Venoso	50 a 90 mmHg				
Aces. Venoso	50 a 90 mmHg				
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia: Raqui + sedação

Dra. Lorena L. Mendes de Carvalho
Anestesiologista CRM-PI 3010

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470
Anestesiologista

**AUDIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNACÃO HOSPITALAR**

192247

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	236148

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA 6 - Frontuário: 506932
 7-CNS: 702003872175387 8-Nascimento: 10/01/1964 9-Sexo: Masculino CPF: 116.154.968-40
 11-MRe: RAIMUNDO SOARES DE SOUZA 12-Fone: 86-94436-092
 13-Resp: JOSE 14-Cor: Sem Informação
 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

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

<u>20 - Principais sinais e sintomas clinicos:</u>			
<p> </p> <p> </p> <p> </p>			
<u>21 - Condições que justificam a internação:</u>			
<p> </p> <p> </p> <p> </p>			
<u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u>			
<p> </p> <p> </p> <p> </p>			
<u>Diagnóstico Inicial:</u> (Informação Posterior)	24-CID Prim:	25-CID Sec.:	26-CID Terceiro:
<p> </p> <p> </p>			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Froced.:	27-Procedimento Soltitado:	Tempo: 00:00:00
0415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	9999
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:	
	02 01 CPF 716.039.213-20	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	
FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO	01/04/2019	35-Ass.Catrimbo Med. 001/2019

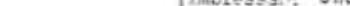
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Nº Bilhete:	41-Valor:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-Valor:
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto			
39-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito			

2000-2001

AUTORIZAÇÃO		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
		15 AGO. 2019
48-Documento:	49-Num. Documento:	
() CNS () CPF		50- GENTE SEGURADORA S.A.

53 [View all posts](#) [View all comments](#) [View all replies](#)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: 
Cidade: Rio de Janeiro - RJ
Bairro: Vila da Penha
CEP: 22.002-470
Consulta: 00000000
Consulta SUS: 00000000
Impressa.: 01/04/2019 19:36:36

Data: 27/05/2019

Nome do Paciente: RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA

Médico Solicitante: MEDICO NAO INFORMADO

Exame: RX FEMUR ESQUERDO 02 INC

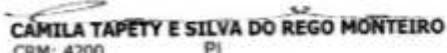
Código

271891

- Superfícies e espaços articulares integros.
- 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 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) 3236-6536 / 99435-8029
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Teresina-Piauí
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

 clinimagemjockey  clinimagem  Clinimagem Teresina
15 AGO. 2019

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

Data: 27/05/2019

Nome do Paciente: RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA

Médico Solicitante: MEDICO NAO INFORMADO

Exame: RX JOELHO ESQUERDO 02 INC

ACHADOS:

- Densidade óssea normal.
- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- 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: 64.002470CAMILA TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 4200 PIRua Anfrísio Lobão, 805/Jóquei
Fone: (86) 99482-1326 / 99445-6682
Teresina-PlauiQuadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II
Fone: (86) 3236-6536 / 99435-8029
Teresina-PlauiRua Des. Pires de Castro, 456 - Centro
Fone: (86) 3131-6636 / 98849-6588
Teresina-Plaui



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

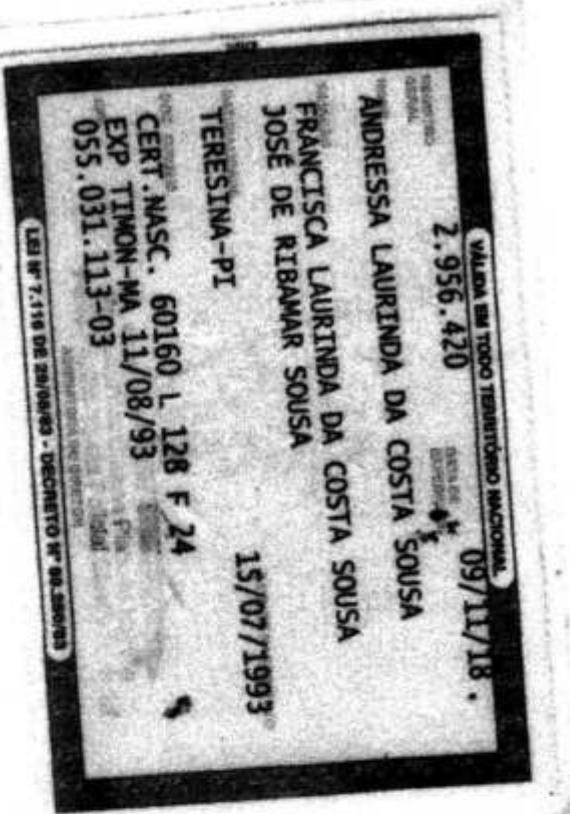
Número
116.154.968-40

Nome
RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA

Nascimento
10/01/1964

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

DETTRAN - PI 9020170621644 Nº 013937674968
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

JOSE DE ARTHATEA PEREIRA ASSUNCAO
1 124661459

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

SAC DPVAT 0800 022 120

07854560315 NIC-4989 PLACARD C.P.F. C.M.J.

PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA **GH500LX**

HONDA/NXR150 BROS ES

062P/149EC COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1. VENC. COTAS

FAIXA : PVA. — PARCELAMENTO / COTAS — 2º 3º PAGO

A PREMIO TAHÍFICO (R\$) — OF (R\$) — PREMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO

— OBSERVAÇÕES —
ADM. DE CONS. N.

TERESSINA *[Signature]*
ADMINTING DO REGISTRO DE
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI
24/11/2017

1074

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09, 248-608001-04

2004-2011

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEUDO NAO VERIFICADO

15 AGO. 2019

ENTRE 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 **Data do acidente:** 29/03/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE
SOUSA

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 **Data do acidente:** 29/03/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE
SOUSA

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 Difoso Soares de Sousa
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Casado.
IDENTIDADE: 4.382.940
CPF: 316.154.968-40
PROFISSÃO: Metalúrgico
ENDEREÇO: Rua José Fernandes nº 340 - Matuzinhos
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 Difoso Soares de Sousa

Timon - MA 14 de Agosto de 2019

(local e data)

Raimundo Difoso Soares de Sousa
reconhecer firma por autenticidade ou verdadeiro

SERVENTIA EXTRA
Dr. Raimundo Lucio
Comarca de
Tabelião



Selo do 1º Ofício
TIMON - MA

Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:

Raimundo Difoso Soares de Sousa

Em Testemunho 14/08/2019 da verdade.

Timon (MA).

14/08/2019

Jandaina Jansen Carneiro e Silva
Jandaina Jansen Carneiro e Silva
Escrivente



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 médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Ozeas Chaves Vieira Junior

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

Rio de Janeiro, 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

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

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

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

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:

886.354.968-40

4 - Nome completo da vítima:

Raimundo Difoso 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 Difoso Soares de Sousa

6 - CPF:

886.354.968-40

7 - Profissão:

Metalúrgico

8 - Endereço:

Rua José Fernandes

9 - Número:

340

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Malzezinho

12 - Cidade:

Tijucas

13 - Estado:

MA

14 - CEP:

65630-020

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

86 9814 4589

DADOS CADASTRAIS

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: 2442

CONTA: 75993 8

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima Sim Não teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vámoser)?

Sim Não

31 - Vítima Sim Não teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Sim Não

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

15/08/2010

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Assinatura da testemunha CEP: 64.002470

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tijucas - MA, 15 de Agosto de 2019

Raimundo Difoso Soares de Sousa, Andressa Javinda de Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003090/2019-17



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

Data/Hora

29/03/2019 - 07:50

Tipo Local

VIA PÚBLICA

541501 - I

Município

TERESINA

Bairro

SÃO PEDRO

541504 - D

Endereço

AVENIDA PEDRO FREITAS, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO DITOSO SOARES DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

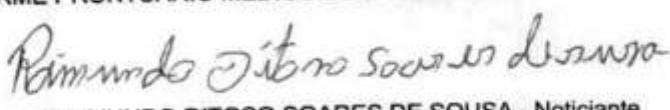
Natureza(s) da Ocorrência

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 - Noticiante
 Responsável pela Informação


 Lucy Keiko Leal Parába
 Delegado Geral da Polícia Civil-PI
 Mat.: 196.331-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	886.354.968-40	Raimundo Difoso 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:		
Raimundo Difoso Soares de Sousa			886.354.968-40
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Metalúrgico	Rua José Fernandes	340	Casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Malzezinho	Tijucas	MA	65630-020
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 86 9814-4589		

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2442

CONTA: 75993 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: **DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

33 - Vítima Sim Não 34 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: **CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

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

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

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

38 - 1º | Nome: **Cayma**
CPF: _____

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

40 - Local e Data, **Tijucas - MA** **31 de Agosto de 2019**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Raimundo Difoso Soares de Sousa**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) **Andressa Javinda de Costa Sousa**



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

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: 00000075993-8

Nr. da Autenticação FAD7E79B1EDD32B8

Companhia Energética do Maranhão
Alameda A, Od 505, nº 100, Loteamento Olaria
Altos do Calhau - São Luís - MA CEP: 65.070-900
Insc. Estadual: 120.515.11-3 CNPJ: 06.272.793/0001-84Para atendimento,
informe este número.Conta do Mês
07/2019Vencimento
23/07/2019

Conta Contrato

Dados do cliente

RAIMUNDO DITOSO S DE SOUSA

R. 3057 FERNANDES 348

MATEUS LIMA 6'6'80 020 11000 16A

Nr. Parceiro de Bexco: 86780393

Grupo e Subgrupo de Tensão: 0/0/1

Tipo de Tarifa: COMERCIAL NORTE/EA

Classificação: Residencial Piso

Perdas no Canal (kWh): 0,000

CPF: 116.154.968-40

Tensão Nom.: 220 V MD

UI/Seq: 150950012-1920

Nr. Redidoe: 1814267/1636

Fator de Potência: 0

Datas

Emissão: 16/07/2019 | Apresentação: 16/07/2019 | Previsão próxima leitura: 15/08/2019

Demonstrativo de faturamento

Consumo	Quantidade	Tarifa	Valor
Consumo	148	0,644820	70,84
Adic. IPI/IR/IRAN/ANATEL			0,81
ICMS			19,45
PIS			1,49
COFINS			5,04

Itens Financeiros

Cip-Flam-Pub-Pref-Publico	9,10
Multa	1,73
Juros	0,49

Total a pagar: R\$ 108,55

Informações de tributos

Tributos	Base de cálculo	Aliquota (%)	Valor (R\$)	Referência
ICMS	92,23	70,00000	10,43	78.00103190081/0017671009-881/804
PIS	11,78	1,49%	1,73	
COFINS	11,78	6,11%	5,04	10/07/2019

Historico do Consumo (kWh)

CONSUMO	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAR	JUN	JUL
CONSUMO	135	110	115	186	99	98	97	99	95	96	103	99	106

Informações do consumo do mês + Tarifa sem Tributos

Consumo	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Qtd. Dia	Resolução Anel
1.480	11/07/19/2019	16/07/2019	5/7	24 00/18
Canal de Leitura	Leitura Anterior	Leitura Atual		
Ativo Total	1.480	1.583	103	0,644820

Reaviso de Vencimento:

