

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, Albetiza de Sousa Silva

RG nº 2.334.820

, data de expedição 23/08/18

Órgão SSP. PI

, portador do CPF nº 019.099.433.98

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Q 244 casa 25 Res. Ja elinta, nº _____

complemento S.T morião, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Jefferson Alexandre de Sousa Barros, cujo o condutor era Jefferson Alexandre de Sousa Barros.

Veículo: Moto Modelo: Honda CG ISO Ano: 2014

Placas: PJD.6748 Chassi: 9C2KCL680FRS13536

Data do Acidente: 26/05/19

Local e Data:

Teresina 07/06/2019

Assinatura do Declarante

Albetiza de Sousa Silva

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

Certidão
Themistocles
Gardênia
Bombeiros

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Endereço: Anatolia Góes/Av. da Sempre Iguaré

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ALBETIZA DE SOUSA SILVA. DOU FÉ. EM TESTE Katia Gardênia DA VERDADE.
Teresina-PI, 17/06/2019. Selo: AAD21876-2ENK
www.tjpi.jus.br/portalextra.

Katia Gardênia
KATIA GARDÊNIA DA SILVA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - CP: 91
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Katia Gardênia da Silva Santos
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL





Dados do Chamado	01 N° do chamado 4372	02 Data do chamado 21/01/19	03 PRO (código) 2198	04 Saída do PA 11:30	05 Chegada ao local 11:30	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 11:38	07 Chegada ao 1º hospital 11:58	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço A-102 C20	11 Bairro Jacinta Andrade	12 Municipio-UF the	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Posto de polícia.					
Dados do Paciente	14 Nome Jefferson alexandre de s. Braga	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado				
Dados do Paciente	16 Idade 19	1-Dia 2-Mês 3-Anos 4-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	DEPARTAMENTOS DE SIMILAR OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
Acidente de Transporte	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacetes Cinto de segurança Assento para crianças	3 AGO 2018 CENTRAL DE RESCUE SEGURO D'ÁGUA S.A. Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 515 Loja C Teresina, PI CEP: 6402-470	
Exame Físico	23 Glasgow = 14 ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 98 Resp. PA 13X8 TAX. SatO2 99	25 Local da lesão	
Assistência	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 <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa 10		
Hospital de Destino	30 Fratura 1-Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Suspeito <input type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>			
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>	Não Removido <input type="checkbox"/>		
	<p>Paciente vítima de colisão moto com moto, com trauma na região frontal e escongada, consciente, orientado</p>					
	Socorristas Médico <input type="checkbox"/> AE/TE <input type="checkbox"/>	Enfermeiro Condutor <input type="checkbox"/> Roberto				
	Responsável pela recepção <input type="checkbox"/>					



Velto

NOME DO PACIENTE:

jefferson Alexandre de Souza Barros

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

372 260

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

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

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0001-00

~~NEURO~~ ORURG. GERAL de
SUSPENSO - BIVIO OK

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS		Prontuário: 37260
Mãe: ALBETIZA DE SOUSA SILVA	Pai: JORCELIO DA SILVA BARROS	
End. Resid.: QD 147 CS 07 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/08/1999	Idade: 19a9m4d	Sexo: Masculino Fone: 86- 3214-3966
Responsável: FRANCISCA		CNS: 202196278800002
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: Reg.Nasc: NAO INFORMADO
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 723502	Entrada: 26/05/2019 12:02:56	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTORISTA)		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Anal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	23 AGO 2019	Cor:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	
Breve História Clas. Risco:	Laranja		
FACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA SEM USO DE CAPACETE. QUADRO DE TCE + FERIMENTO EM REGIÃO FRONTAL E FACE.		MARILENE SIQUEIRA SILVA COREN - 383564 Em: 26/05/2019 12:07:30	

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ CERCA DE 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU COM USO DE COLAR E PRANCHA CERVICAL. ALCOOLISADO

- A) VIAS AEREAS PERTURBADAS, FASICO, COM COLAR E PRANCHA CERVICAL
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM ROMPOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SAT 92:99%, FC 93, FR 13
- C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME LISO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMETRICOS, SEM TURGÊNCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILLAR 2S
- D) GLASGOW 15, PUPILLAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, REFERE PERDA DE CONSCIENCIA, SEM SINAIS DE ALERTA

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

- (1225935) - T.C. DE CRANIO
(1225936) - T.C. DE COLUNA CERVICAL
(1225937) - PELVE

Prescrição Médica:

1- Haldol - 01 amp IM ~~10mg~~ unjice pulie t
2- Fenergan - 01 amp IM ~~50mg~~ evolip
3- Anfetil - 1/2 amp IM in code delta ~~50mg~~ Dr. Isabela P. Rufino N. Santos
Medica CRM-6405

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / .

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 26/05/2019 12:27:48

PA: 140x110 mmHg
3:20 FC 115 bpm | SpO2 94%.

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Data da Operação

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Abertura ao ddh lsbloqueio ns@
- ② Drissões pressão coloscopia
- ③ Cerrado Cir
- ④ Urtigo Medial Bre o estabilizado
- ⑤ Drenos jux plan + Reduzir
- ⑥ Futter com fio de 6/0 al
- ⑦ Lembra intem



22
Término / final Sem Acidente Neurogênico



Sem lesões em nenhuma
Sem conduta Neurogênica

Leonardo de Moura S. Júnior
Neurocirurgião
CRM - PI 3677

26/05/19. 15:00 - CTB MF.

Paciente vítima consciente de acidente motociclistico, agitado, no fale ~~desconhecido~~ na região frontal e lábio superior, abrasões. No exame Tomográfico apresenta suspeita de Fraturas.

Conduta: Sustentada ~~Dr. Fred Reissson~~
CTB MF. ~~Esp. Cirúrgico~~
~~Bucal~~ ~~CRO-PE 465~~ ~~hernia e alta da~~

As 16:12 Chegou Geral

Paciente vítima de acidente motociclistico, agitado, expõe SSS. Converte, desorientada.

ACP: R.RJ T, 13, NF SS

Abom: pleno. Fecula, indolo a palpacao

Rx de Torax sem sinais pneumotorax clor humorales

Alta da Crayola Geral

Dr. Leonardo de Moura S. Júnior
Neurocirurgião
CRM - PI 3677

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Nº DE REGISTRO					
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
27-05-19	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO			FÍSICOS				
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADO AS	EFEITOS			
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO						TOTAL DE DOSES
		1	2	3			
LÍQUIDOS	SO-UTO 500						
	400						
TEMPERATURA T	SANGUE 300						
	200						
P. ARTERIAL V O	OUTROS 100						
	100						
PULSO	260	AO	X				
	240						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	200						
	180						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	160						
	140						
RESPIRAÇÃO O	120						
	100						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS Passagem de MSB para cima						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES Blug + Sideras							
CIRURGIÕES Javerson							
ANESTESISTAS Periandar							
PARITICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 27/07/2019

NOME DO PACIENTE:	<u>jefferson Alexandre de Souza Barry</u>	PRONTUARIO N° <u>37260</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <u>Fret. cint. fret. puerp.</u>	
ANESTESIA:	<u>BPB + Sedacor</u>	CIRURGIA: <u>Dr. Jameson M. de Lemos Jr.</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Jameson M. de Lemos Jr.</u>	CRM: <u>3978</u> Cir. Quadril <u>TEOT: 11094</u>
AUXILIAR:	CPF N°:	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
ANESTESIA:	<u>Dr. Fernanda Teixeira Aguiar</u>	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	CPF N°:	23 AGO 2019
	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>-</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>710</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>715</u>	PAR	<u>01</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>03</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>80</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>150</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO <u>100ml</u>	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Cálios 02</u>		<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		<u>-</u>		<u>Eleliod-</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		<u>-</u>		<u>Excavay</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG		<u>-</u>		<u>Crepon</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG		<u>-</u>					
ALCOFIL		<u>-</u>					
MONONYLON		<u>-</u>					
FITA UMBILICAL		<u>-</u>		ENFERMARIA:			
VICRYL		<u>-</u>		CIRCULANTE: <u>Sofanap morrinha</u>			
PROLENE		<u>-</u>					

Dr. Jameson M. de Lemos Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3978 Cir. Quadril TEOT: 11094

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL: HUT CNPJ: _____
 PACIENTE: Jefferson Alexsander de Souza Belo PAIH: 229.811
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Jamerson CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

HD: fe Ponto
fios de Vicryl
n = 2,0

*Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.
 Ortopedia / Traumatologia
 Cir. Quadri
 CRM: 3678 TEDP: 11094*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

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

DATA: 27/08/2019

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante



PRESCRIÇÃO MÉDICA

FMS Fundação Municipal de Saúde

Evolução/Anotação de Enfermagem

Escalas de Avaliação de Risco

Nome: Jefferson Afrânio Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria/Leito:

Evolução/Anotação de Enfermagem

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS () CRITICOS

1. Locomoção: () Consciente () Orientado () Restrito ao leito por orientação

() Parestesia () Hemiparesia () Deficiência Motor

2. Respiração: () Dispnéico () Taquipneico () Normocárdico () Sem O₂ () Com O₂:

3. Sistema Cardiovascular: () Bradicárdico () Tachicárdico () Outros:

4. Sistema Digestivo: () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()

5. Dieta: () V.O () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()

6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:

7. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictírico () Integra () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões/Bohlosas () Escorições () LPPs

8. Hidratação: () AVP () AVC () DVE () Outros:

9. Drenos: () Suctor () Torácico () DVE () Kher () Pentose () Outros:

10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematuria () Outros:

11. Evacuações: () Presentes () Constipado () diarreia () Melena () Colostomia () Ilostomia () Outros:

12. Alergias: () Não () Sim - Quais:

HORA	T	P	R	PA	SAT.	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	ENTRADAS		SAÍDAS	
										DIRESE	DRENO	DRENO	DRENO
12													
16													
24	9,2				10,2								

ESCALA DE BRADEN:

0 = BEBERECAO SEM SOLIDOS (Inalação): SA

1 = Totalmente/ 2 = Muito/ 3 = Levemente /4 = Nem/Nada

2 = QUERATOSIS (Inhalation):

1 = Completamente/ 2 = Muito/ 3 = ocasionalmente/4 = Raramente

3 = ATIVIDADE:

1 = Acamado/ 2 = Cadeira rodas/ 3 = Andar/ Ocasionalmente/4 = Andar regularmente

4 = MOBILIDADE (Limitação):

1 = Totalmente/ 2 = Muito/ 3 = levemente /4 = Nem/Nada

5 = NUTRIÇÃO:

1 = Muito pior/ 2 = Inadequada/ 3 = Adequada/ 4 = Excelente

6 = FRICÇÃO E CISALHAMENTO:

1 = Problema 2 = Problema Potencial 3 = Nem/Nenhum Problema

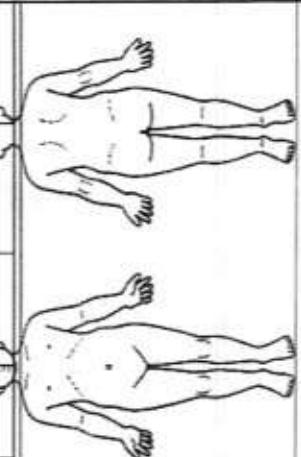
TOTAL:

BAIXO RISCO

MÉDIO RISCO

MR: 12 à 14

CLASSIFICAÇÃO:



PONTOS:

CONTROLE:

SEM RISCO

SR: 0-24

BAIXO RISCO

BR: 25-50

ALTO RISCO

AR: > 51

CLASSIFICAÇÃO:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Centro - CEP: 64.002-470
Teresina - PI

ESCALA DE MORSE - RISCO DE Queda:

1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0

2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0

3. AUXILIO NA DEAMBULAÇÃO:

Mobilário (Paredes - 30 / Muletas (Bengala) / Andador - 15 / Nem/Nham/Acamado/AuxilioProfissional/Saude - 0

4. TERAPIA ENDovenosa: SIM - 20 / NÃO - 0

5. MARCHA:

Comprimento / cinturamento - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem/deambulável, escamardo, cadeira das rodas - 0

6. ESTADO MENTAL:

Superestimativa/capacitativa / Esquecimento/limitação - 15 / Orientado / Capaz/Quanto a sua capacidade / Limitação - 0

TOTAL:

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	239815

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS	6 - Frontuário: 37260		
7-CNS: 202196278800002	8-Nascimento: 22/08/1999	9-Sexo: Masculino	
11-Mãe: ALBETIZA DE SOUSA SILVA	12-Fone: 86- 3214-3966		
13-Re.: FRANCISCA	14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: QD 147 CS 07 - PARQUE BRASIL - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos: acidente politrauma escoriações e contusões multiplas rx fratura radio distal esquerdo dor edema local	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 23 AGO 2019
21 - Condições que justificam a internação: tratamento cirúrgico	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): exame clínico e rx	
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da extremidade distal do rádio	24-CID Prim: S525 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.: 2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod.Proced.: 0408020407	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	Tempo SUS: 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01 CPF 776.327.023-34	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO	34-Data Solicitação: 26/05/2019	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3054
		35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: ()CNS ()CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Caio Vaz de Oliveira Neto</i>	Usuário: (CAIO VAZ) Consulta Local: 723502 Consulta SUS: Impressão: 26/05/2019 20:01:39
--	--

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS	(Prontuário: 37260)
Endereço:	QD 147 CS 07 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010	
Nascimento:	22/08/1999	Idade: 19a9m4d
Requisição:	958581	Solicitação: 26/05/2019
Controle:	1225935	Convênio: S U S
		Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723502
		Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/05/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL À DIREITA.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATHOLÓGICAS.
- SINUSOPATIA MAXILAR ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 26/05/2019

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242
 Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS** (Prontuário: **37260**)
 Endereço: QD 147 CS 07 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 22/08/1999 Idade: 19a9m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723502
 Requisição: 958581 Solicitação: 26/05/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
 Controle: 1225936 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 26/05/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICais BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 26/05/2019

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242
 Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, o seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de trazer o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFELCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL TRABALHO: [HTTP://TRABALHO.GOV.BR](http://TRABALHO.GOV.BR)

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PRO-PREV 163.02075.88-3

3026267

0060

PI

Jefferson Alexandre de Souza Barros

ASSINATURA DO TITULAR



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

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

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS

RESIDÊNCIA: ALBERTINA DE SOUSA SILVA

NASCIMENTO: JOSÉ CÉLIO DA SILVA BARROS
NASCIMENTO: 28/08/1989

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: TERESINA - PI

DOCUMENTO: RG - 41.00007 - 00/10/2014 - SSP - PI

LEI Nº 9.460, DE 16 DE MAIO DE 1996

CPF: 001-26.403-63

TIT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: PI - TERESINA

DATA DE EMISSÃO: 20/08/2018

ZONA:

Jefferson Alexandre de Souza Barros

Assinatura do Titular
Assinatura do Titular e Documento

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

RESÍDIO

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

1-Corrigido 2-Inverso 3-Reconhecimento de Poderes 4-Data de Nascimento

5-Replicado 6-Excluído 7-Antecedentes Criminais

8-Endereço 9-Identidade 10-Contratual

11-Data de Nascimento



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.212.129	DATA DE EXPEDIÇÃO	21/10/14
NAME	KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA		
RELAÇÃO			
EVA MOURA DA SILVA ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA	DATA DE NASCIMENTO		
RESIDÊNCIA	18/12/1979		
BARÃO DE GRAJAU-MA	DOC. ORIGEM		
CERT. NASC. 39751 V 53A F 097 EXP TERESINA-PI 27/08/99			
TERESINA - PI 839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497023 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
BARROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER) . P4 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190497023 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
BARROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS KIRSCHNER) . P4 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:

RG: 9.726.607

Orgão Emissor: SSP-PI

CPF: 092.326.48363

Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Endereço: Q 144 l 25 Res. Taís N° 25

Bairro: São maria

Cep:

Cidade/UF: TERESINA-PI

Telefone: (86) 99472-9591 (86) 98807-7870

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira

RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro N° 554, Bairro: Centro norte

Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí

Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

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

Vítima:

Jefferson Alexandre de Souza barro

CPF: 092.326.48363 Data do Acidente: 26/05/19

Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAIS Morte

Teresina 07/06/2019

Local e data

Jefferson Alexandre de Souza Barro
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CONSULTE O SELO
DIGITAL

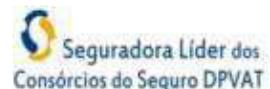
CARTÓRIO DE NOTAS
CARTÓRIO DE NOTAS
S. OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardênia da Silva Santos
Escrivane Autorizada
Teresina - PI

DÉPARTEAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291939/19

Vítima: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARR

CPF: 092.126.483-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/05/2019

Titular do CPF: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS : 092.126.483-63

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: 23/08/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190497023

Vítima: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000094692-2

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

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:
	092.126.483.63	Jefferson Alexandre de Souza Bento
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
5 - Nome completo:	6 - CPE:	
Jefferson Alexandre de Souza Barreto	092.12648363	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
Aeronome	Rua casa 35 Jacinta Andrade	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
ST maria	Teresina	Piauí
14 - CEP:	15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):
64.000.000		(86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante, se houver (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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 2004 01 CONTA: 94692 2

(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):

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias. |

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na declaração assinada, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade de invalidezes 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.

23 AGO 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima 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: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

34

Inserível
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: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - Piauí 35.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002293/2019-46



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 17/06/2019 - 12:42

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

26/05/2019 - 11:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

542133

Município

TERESINA

Bairro

JACINTA ANDRADE

Endereço

EM FRENTE À QD-102, CS-20, N°:

Complemento

Ponto de Referência

PELOTÃO DE POLICIA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALBETIZA DE SOUSA SILVA

RG: 2334810 SSP PI

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Mãe: FRANCISCA MARIA DE SOUSA SILVA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Pai: ROBERTO VIEIRA DA SILVA

23 AGO 2019

Endereco: QD-144, CASA 25, N°

Complemento: RES. JACINTA ANDRADE

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

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8862-5267 86-9415-5232

Nome: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS

RG: 4126607 PI

Tipo Envolv.: VITIMA

Mãe: ALBETIZA DE SOUSA SILVA

Pai: JORCÉLIO DA SILVA BARROS

Endereco: O MESMO DA NOTICIANTE, N°

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE, MÃE DA VITIMA, RELATA QUE A VITIMA CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 FAN ESDI, PLACA PID-6748-PI, COR PRATA, RENAVAM 01023509528, PROP. DA NOTICIANTE, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 37260). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

ALBETIZA DE SOUSA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

092 126.483.63

4 - Nome completo da vítima:

Jefferson Alexandre de Souza Barreto

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 - CPE:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 9947-29591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004

013

CONTA: 94692

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na Lei nº 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

23 AGO 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou na vitória (vai nascer)?

Sim
 Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim
 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, 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

Ingresso 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: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 05.08.15

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 N° do chamado 4372	02 Data do chamado 21/01/19	03 PRO (código) 2198	04 Saída do PA 11:30	05 Chegada ao local 11:30	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 11:38	07 Chegada ao 1º hospital 11:58	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço A-102 C20	11 Bairro Jacinta Andrade	12 Município-UF The	Código IBGE		
tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência Posto de polícia	14 Nome Jefferson alexandre de S. Barreto	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado			
Acidente de Transporte	16 Idade 19	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	DEPARTAMENTOS DE SINI DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICA TERESA	
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 checked="" type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/> Centro de Resende, 945 Loja 1000 CEP: 38062-470 Teresina, PI		
Hospital de Destino	23 Glasgow = 14	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais P脉搏 98 Respiração PA/3X12 TAX. 99 Sat02 99	25 Local da lesão	
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 7 Moderada 10 Intensa	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 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 checked="" type="checkbox"/> Curativos	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) b) c)		
	32 Hospital de Destino HU	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim 2-Não	<input type="checkbox"/> Não Removido	
	paciente vítima de corte muito profundo, colo trauma na região frontal e escongada, consciente, orientada					
	Responsável pela recepção 	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor	Roberto		



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5400
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0001-00

~~NEURO OF~~~~CRUFG. GERAL DE~~~~B1/C1 OK~~

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS		Prontuário: 37260
Mãe: ALBETIZA DE SOUSA SILVA	Pai: JORCELIO DA SILVA BARROS	
End. Resid.: QD 147 CS 07 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/08/1999	Idade: 19a9m4d	Sexo: Masculino Fone: 86- 3214-3966
Responsável: FRANCISCA	CNS: 202196278800002	
Profissão: NAO INFORMADO	Documento: Reg.Nasc: NAO INFORMADO	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 723502	Entrada: 26/05/2019 12:02:56	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOCICLISTA)		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Anal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	23 AGO 2019	Car: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA SEM USO DE CAPACETE. QUADRO DE TCE + FERIMENTO EM REGIÃO FRONTAL E FACE.		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Lote C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	MARILENE SIQUEIRA SILVA COREN - 383564
		COM	Em: 26/05/2019 12:07:30

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m² Pulso: bmp Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ CERCA DE 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU COM USO DE COLAR E PRANCHA CERVICAL. ALCOOLISADO.

- A) VIAS AEREAS PERTIVIAS, FASICO, COM COLAR E PRANCHA CERVICAL
 B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA , SAT 02:99%, FC 93, FR 13
 C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME LISO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMETRICOS, SEM TURGÊNCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILLAR 2S
 D) GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, REFERE PERDA DE CONSCIENCIA, SEM SINAIS DE ALERTA

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

- (1225935) - T.C. DE CRANIO
 (1225936) - T.C. DE COLUNA CERVICAL
 (1225937) - PELVE

Rx de tórax

crâneo cervical
26/05/19 05 12:45h
Hospital

Prescrição Médica:

- 1- Haldol - 01 amp I.M. qd 10 dias unidade p/ite
 2- Fenugon - 01 amp I.M. qd 10 dias evolução
 3- Amphotil - 1/2 amp IM in cada olho/dia
- Dra. Isabela P. Rufino N. Santos*
Médica
CRM 3811
CEME 6405

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
 CRM 3811 Em: 26/05/2019 12:27:48

PA: 140x110 mmHg
 3:20 FC 115 bpm; SPO2 94%.

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: 06/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 00000094692-2

Nr. da Autenticação 2990E260DD0363A6

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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Meire de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jefferson Alexandre de Souza Barreto inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.126.483-63 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Jefferson Alexandre de Souza Barreto inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.126.483-63, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal



Endereço	<u>Rua: Vinte e Quatro de Janeiro</u>		Número	Complemento
Bairro	<u>centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado
Email		Telefone comercial(DDD)	CEP	(86) 994729591

the, fl. 15 de 08 de 19
Local e Data

Kelly Meire de Oliveira

Assinatura do Declarante