

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 2.334.810, data de expedição 23/08/18
Órgão SSP. PI, portador do CPF nº 019099433.98
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) 244 Casa 25 Res. Jacinta, nº _____
complemento S.T. morada, 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: Auto Modelo: Honda/CG 150 Ano: 2014
Placa: PJD-6748 Chassi: 9C2KCL680FRS13536
Data do Acidente: 26/05/19

Local e Data: Teresina 07/06/2019

Albetiza de Sousa Silva

Assinatura do Declarante

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





Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow =	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de Dor	30 Fratura
	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
Observações Interdisciplinares					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

3 AGO 2019
SEGURADORA S.A.
Rua de Resende, 145 Loja C
Teresina - PI

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

Mto

NOME DO PACIENTE: Jefferson Alexandre de Souza Barros
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 372260

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 URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0001-02**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)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Anal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: 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.		23 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 465 Lda C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
		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/m2	Pulso: bpm	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 PERVIAS, FASICO, COM COLAR E PRANCHA CERVICAL
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RÓSCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SAT O2:99%, FC 93, FR 13
C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME MOLE, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMETRICOS, SEM TURGENCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR 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

Prescrição Médica: 1 - Haldol - 01 amp IM 2 - Fenepa - 01 amp IM 3 - Ampicilil - 1/2 amp IM

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Anestesiista

Anestesia

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

- 1) Paciente em ddh sob bloqueio MS @
- 2) Anestesia Geral, colocação de campos cir
- 3) Incisão Medial sobre o abdômen @
- 4) Dissecção por planos + Redução + Sutura com fio de 4/0 azul
- 5) Lavagem interna

Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 3578 TEOT: 11094

rec
Tórax / cervical Sem Alterações Neurológicas

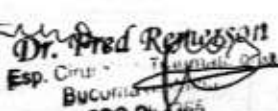


virginus
Sem fraturas em humerus
Sem conduta Neurológica

Leonardo de Moura S. Junior
Neurocirurgia
CRM - PI 3671

26/05/19. 15:00 - CTBMF.

Paciente vítima de acidente motociclístico, agitado, consciente. No exame clínico apresenta laceração na face esquerda na região frontal e lábio superior, abrasões. No exame Tomográfico apresenta ausência de fraturas.

Conduta: Suporte CTBMF.  laceração e alta da

Dr. Fred R. de Souza
Esp. Cir. Bucal
CRO-PI 4365

As 16:12 Cirurgia Bucal

Paciente vítima de acidente motociclístico, agitado, consciente. No exame clínico, laceração.

ACP. R. R. T. 13. MF. SS

Anamnese: plano, febre, intolerância a alimentos

Rx de Tórax sem sinais pneumonia ou fraturas

Alta da Cirurgia Bucal

Dr. Fred R. de Souza
Medico
PI 3671

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Jefferson Alexandre de Sousa Silva</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>27-05-19</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CRICULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
		1				
		2				
		3				
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				
		400				
		SANGUE 300				
		200				
		OUTROS 100				
TEMPERATURA T		C°				
		260				
		240				
		2				
P. ARTERIAL		38				
V O		200				
PULSO		180				
		160				
		1				
		140				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120				
		100				
		80				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60				
		40				
		20				
RESPIRAÇÃO O		10				
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS <i>Passagem fio MSE pendente</i>						INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES <i>Blug + Sufentanil</i>						
CIRURGIÕES <i>Jansen</i>						
ANESTESISTAS <i>Penanda</i>						
PARITICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22/07/2019

NOME DO PACIENTE:	Jefferson Alexandre de Sá Barros	PRONTUÁRIO Nº:	37280
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	Tat. cir. pret. punh
ANESTESIA:	BPB + Sedação	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr. Jamerson	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Fernanda	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Teuzo Aguiar	CPF Nº:	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Loja C
Centro - Niterói - RJ - CEP: 24.002-440
Teresina

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	-	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	UNID.	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Calibre 02		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		-		Eletródio		02 unid.	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		-		Escalpe		02 unid.	
CAT. GUT. CROMADO C/AG		-		Crepom		02 unid.	
CAT. GUT. CROMADO S/AG		-					
ALCOFIL		-					
MONONYLON		-					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL		-		CIRCULANTE:			
PROLENE		-		Sofia de Morais			

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 Alexandre de Souza Nº AIH: 939.841
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Jamerson CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

AD: fr. Ponto @
 Fios de Kirsch
 n° 2,0



Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.
 Ortopedia / Traumatologia
 Cir. Quadril
 CRM: 3878 / TEOT: 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 05 2019

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

NOME: Jefferson Afonso de PRONTUÁRIO: IDADE: ENFERMARIA/LEITO:

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Paratetia () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor

3. Respiração: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () Sem O₂ () Com O₂:

4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () 2T () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:

5. Dieta: () VO () 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 () Ictérico () Integra () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escoriações () LPPs

8. Hidratação: () JAVP () JAVC () Outros:

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

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

11. Evacuações: () Presentes () Constipado dias () Diarréia () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:

12. Alergias: () Não () Sim - Quais:



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

HORA	SINAIS VITAIS					ENTRADAS			SAÍDAS		
	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18											
24		92			116/70						
<p>ESCALA DE BRADEN: <u>10</u> PONTOS: <u>10</u></p> <p>PERCEPÇÃO sensorial: () Intacta () Limitada () Ausente</p> <p>MOBILIDADE: () Independente () Limitada () Ausente</p> <p>NUTRIÇÃO: () Boa () Limitada () Ausente</p> <p>FRICÇÃO E CISCALHAMENTO: () Intacta () Limitada () Ausente</p> <p>TOTAL: <u>10</u></p>											
<p>MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"</p>											

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:

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

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

3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilidade / Parede - 30 / Muletas / Bengala / Andador - 15 / Nenhum / Acamado / Ausílio Profissional / Saúde - 0

4. TERAPIA ENDÓGENA: SIM - 20 NÃO - 0

5. MARCHA: Comprometida / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas - 0

6. ESTADO MENTAL: Superestimacacidade / Esquecimento - 15 / Orientado / Capaz quanto a suacacidade / Limitação - 0

TOTAL:

CONTROLE:

SEM RISCO
SR: 0-24

BAIXO RISCO
BR: 25-50

ALTO RISCO
AR: > 51

CLASSIFICAÇÃO:



239815

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

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 - Prontuário: 37260

7-CNS: 202196278800002

8-Nascimento: 22/08/1999

9-Sexo: **Masculino**11-Mãe: **ALBETIZA DE SOUSA SILVA**

12-Fone: 86- 3214-3966

13-Res: **FRANCISCA**14-Cor: **Sem Informação**15-Endereço: **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

1- Principais sinais e sintomas clínicos:

**acidente politrauma escoriações e contusões múltiplas
rx fratura radio distal esquerdo
dor edema local****DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO****23 AGO 2019**

21 - Condições que justificam a internação:

tratamento cirurgico**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 clinico e rx

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim: 5525

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020407**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO**Tempo SUS
2

29-Clinica:

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

02**01**

CPF

776.327.023-34

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO**26/05/2019****Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054**

35-Ass. Carimbo Méd. 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-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (CAIO VAZ)

Consulta Local: 723502

Consulta SUS:

Impressão: 26/05/2019 20:01:39

Sorcedo da Silva Barros



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

Pág: 1 de 1

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: 1225935 Convênio: S U S

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 PATOLÓGICAS.
- SINUSOPATIA MAXILAR ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 26/05/2019

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

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

Assinatura do Profissional Responsável
Data: 26/05/2019
CONTEUDO NÃO VERIFICADO



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

Pag: 1 de 1

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: S U S

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 3452 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 a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, o seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter 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.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPLIAR 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

PR-PASEP 163.02075.88-3

3026267

0060

PI

Jefferson Alexandre de Sousa Barros



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
GPVAT
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

FILIAÇÃO ALBETIZA DE SOUSA SILVA
JOSÉLIO DA SILVA BARROS
NASCIMENTO 22/05/1999
ESTRADO CIVIL SOLTEIRO
NATURALIDADE TERESINA - PI
DOCUMENTO 16.3 - 4126507 - 00/10/2014 - SSP - PI

LEI Nº 9.046, DE 15 DE MAIO DE 1996

CPF 000.120.400-63

TIT. ELEITOR

LOCAL DE EMISSÃO: PI - TERESINA

DATA DE EMISSÃO: 29/04/2018

ZONA:

CNH:

REGIÃO:

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FIGURAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

1 - CANCELADO 2 - ENDERÇO 3 - RECONHECIMENTO DE IDENTIDADE 4 - OUTRO NOME
5 - SUP. LOCAL 6 - ENDERÇO 7 - RECONHECIMENTO DE IDENTIDADE 8 - OUTRO NOME

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




0601401

ASSINATURA DO TITULAR

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

AFILIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO
18/12/1979

LOCALIDADE
BARÃO DE GRAJAU-MA

COC. ORIGIN
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 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração 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 BARROS **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração 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: Jefferson Alexandre de Sousa Barros

RG: 4.126.607 Órgão Emissor: SSP-PI

CPF: 092.226.48363 Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: solteiro Profissão: Autônomo

Endereço: Q 244 E 25 Res. Jacinta Nº 25

Bairro: ST. Maria Cep: 64.013-55 Cidade/UF: TEREPI

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

OUTORGADO:

Nome: Keylly Moura de Oliveira

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

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

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte

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

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

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

Vítima: Jefferson Alexandre de Sousa Barros

CPF: 092.226.48363 Data do Acidente: 26/05/19

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

Teresina 07/06/2019

Local e data

Jefferson Alexandre de Sousa Barros
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Góes da Silva Santos
Escritor Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

TER-31NACARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Teresina - PI

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 17/06/2019. Selo: AAD21877-PJUF www.tjpi.jus.br/postalexta. KÁTIA GÓES DA SILVA SANTOS-ESCRITORA AUTORIZADA Eml: 3.85 TJ: 0.77 FIMP/PI: 0.10 Selo: 0.26 Total: 4.98 - OP: 91 PROCURAÇÃO PARTICULAR

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291939/19

Vítima: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARR

CPF: 092.126.483-63

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 26/05/2019

Titular do CPF: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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 Sousa Barros

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Jefferson Alexandre de Sousa Barros 6 - CPF: 092.126.483.63
7 - Profissão: Alcomomo 8 - Endereço: R. 144 casa 25 Jacinta Andrade
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: St Maria 12 - Cidade: Teresina
13 - Estado: Piaui 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86/994729591

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0004 013 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 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 no laudo médico apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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

Ingressar no sistema digital do beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piaui 35.08.15

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jefferson Alexandre de Sousa Barros

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Keyllley Almeida de Oliveira

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

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

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU

DATA: 08/07/2019

HORA: 08:42:48

TERMINAL: 20041020

CONTROLE: 200410260002

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00094692-2

NOME: JEFFERSON ALEXANDRE DE S BARROS

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANCA CAIXA



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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

EM FRENTE À QD-102, CS-20, Nº:

Complemento

Data/Hora

26/05/2019 - 11:00

542133

Bairro

JACINTA ANDRADE

Ponto de Referência

PELOTÃO DE POLICIA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALBETIZA DE SOUSA SILVA

RG: 2334810 SSP PI

Mãe: FRANCISCA MARIA DE SOUSA SILVA

Pai: ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Endereço: QD-144, CASA 25, Nº

Complemento: RES. JACINTA ANDRADE

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

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

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

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

Nome: JEFFERSON ALEXANDRE DE SOUSA BARROS

RG: 4126607 PI

Mãe: ALBETIZA DE SOUSA SILVA

Pai: JORCÉLIO DA SILVA BARROS

Endereço: O MESMO DA NOTICIANTE, Nº

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA

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
ALBETIZA DE SOUSA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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 Sousa Bruno

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Jefferson Alexandre de Sousa Bruno 6 - CPF: 092.126.483.63
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. 144 casa 25 Jacinta Andrade 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: St Maria 12 - Cidade: Brusina 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 861994729591

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 2004 013 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das condições decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou naixituro (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 Líder 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 35.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jefferson Alexandre de Sousa Bruno

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local	
	4372	21/05/19	2198	11/30	11/30	
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
	11 38	11 58				
	10 Endereço	01102 C20				
Dados do Paciente	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE			
	facilita entrada	the				
	13 Ponto de referência	Piloto de polícia				
Tipo de Ocorrência	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	Jefferson Alexandre de S. Brande					
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros				
	02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido	03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado				
	04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 15 - Exames complementares	05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico				
Exame Físico	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança		
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA		
Assistência	ABERTURA OCULAR		5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma		24 Sinais Vitais	
	4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma		6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum		Pulso 98 Resp. PA 13x2 TAX. SatO2 99	
	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	30 Fratura	
Hospital de Destino	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem Dor Leve Moderada Intensa	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		
	Aspiração Prancha longa/curta Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	HUT		1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado		
Observações Interdisciplinar	34 Óbito	35 Local da lesão		36 Observações		
	1-Sim 2-Não	Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		Paciente vítima de colisão muito com movimento, com trauma na região frontal e elevação, consciente, orientada		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

3 AGO 2019
SEGURADORA S.A.
Rua de Resende, 445 Loja 1
Teresina, PI

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0001-00

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 (MOTOCICLETA)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Anal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo
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.	
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/m2 Pulso: **_____** bpm 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 PERVIAS, FASICO, COM COLAR E PRANCHA CERVICAL
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RÓSCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SAT O2:99%, FC 93, FR 13
- C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME MOLE, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMETRICOS, SEM TURGENCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR 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

Prescrição Médica:

- 1- Halotel - 01 amp IM em cada deltóide
- 2- Fenepan - 01 amp IM em cada deltóide
- 3- Ampicilina - 1/2 amp IM em cada deltóide

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

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: 000000094692-2

Nr. da Autenticação 2990E260DD0363A6

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Maria 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 Imobiliária 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: União e Quatro de Janeiro</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.000.902</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(86) 994729591</u>

ter, 15 de 08 de 19
Local e Data

Kelly Maria de Oliveira
Assinatura do Declarante