

# 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: 30/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 00000059270-5

---

Nr. da Autenticação 2B04D82D00CDAD1D

# 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: 25/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000059270-5

---

Nr. da Autenticação 25CFE58260258279



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

773 253 623-15

PAULO GERALDO BARBOSA DE SOUSA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo PAULO GERALDO BARBOSA DE SOUSA	CPF titular da conta 773 253 623-15	Profissão AUTOMOTISTA
Endereço RUA AGENOR NELOJO	Número 2131	Complemento
Bairro LOMBOVILA VELHA	Cidade FENOSINA	Estado PE
Email	Telefone (DDD) 86 98851-3666	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

CONTA

DV

4606

59270

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

DV

(Informar dígito se existir)

CORRETORA DE SEGUROS

Nº

AGÊNCIA

CONTA

DV

MARCO OUT 2013

DV

(Informar dígito se existir)

DPVAT

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

773 253 623-15 de 10 de 12  
Local e Data

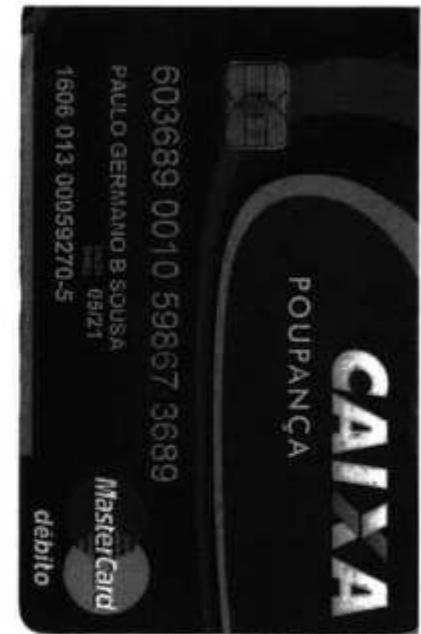
Paulo Geraldo Barbosa de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

POUPANÇA



100% CORRETORA  
DE SEGUROS  
10 OUT 2013  
DPVAT





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003327/2018-39

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 20/09/2018 - 09:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

29/06/2018 - 16:50

Tipo Local

CRUZAMENTO

Município

TERESINA

Endereço

RUA PIRES DE CASTRO COM RUA ALCIDES FREITAS, Nº:

Bairro

MARQUÊS

Complemento

Ponto de Referência

PRAÇA DO MARQUÊS

PC CORRETORA  
DE SEGUROS

15/07/2018

DPVAT

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG: 1654012 SSPP1 PI

Mãe: MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEÇÃO MONTEIRO

Pai: SEBASTIÃO DE SOUSA MONTEIRO

Endereço: RUA AGENOR VELOSO, Nº 2131

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8885-0113

Nome: ROSÁRIA FERREIRA DA ROCHA

Tipo Envolt.: VITIMA

RG: 1836362 SSPP1 PI

Mãe: EVA ROCHA DA SILVA

Pai: ALMIR FERREIRA DA SILVA

Endereço: RUA AGENOR VELOSO, Nº 2131

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8843-3335

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA RUA ALCIDES FREITAS SENTIDO OESTE/LESTE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO/MODELO 2012, COR PRETA, PLACA ODY-8804-PI, RENAVAN 464785634, PROPRIETÁRIA DORALICE BARBOSA DE SOUSA, QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA PIRES DE CASTRO ADENTROU À VIA PREFERENCIAL COLIDIINDO COM UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO PELO NOTICIANTE, QUE O MESMO CAIU E FOI SOCORRIDO PÓR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 08 SD 4044 E ENCAMINHADO AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 161711, RELATA AINDA O NOTICIANTE QUE Sra. ROSÁRIA FERREIRA DA ROCHA QUE ERA TRANSPORTADA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA, TAMBÉM CAIU E FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 4043 E ENCAMINHADA AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 227253, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897  
AGENTE DE POLÍCIA

Paulo Germano Barbosa de Sousa - Noticiante  
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.003327/2018-39

Delegado de Polícia





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003327/2018-39

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 20/09/2018 - 09:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

29/06/2018 - 16:50

Tipo Local

CRUZAMENTO

Município

Bairro

TERESINA

MARQUÊS

Endereço

RUA PIRES DE CASTRO COM RUA ALCIDES FREITAS, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

PRAÇA DO MARQUÊS

PC CORRETORA  
DE SEGUROS

15/07/2018

DPVAT

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG: 1654012 SSPP1 PI

Mãe: MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEÇÃO MONTEIRO

Pai: SEBASTIÃO DE SOUSA MONTEIRO

Endereço: RUA AGENOR VELOSO, Nº 2131

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8885-0113

Nome: ROSÁRIA FERREIRA DA ROCHA

Tipo Envolt.: VITIMA

RG: 1836362 SSPP1 PI

Mãe: EVA ROCHA DA SILVA

Pai: ALMIR FERREIRA DA SILVA

Endereço: RUA AGENOR VELOSO, Nº 2131

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8843-3335

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA RUA ALCIDES FREITAS SENTIDO OESTE/LESTE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO/MODELO 2012, COR PRETA, PLACA ODY-8804-PI, RENAVAN 464785634, PROPRIETÁRIA DORALICE BARBOSA DE SOUSA, QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA PIRES DE CASTRO ADENTROU À VIA PREFERENCIAL COLIDIINDO COM UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO PELO NOTICIANTE, QUE O MESMO CAIU E FOI SOCORRIDO PÓR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 08 SD 4044 E ENCAMINHADO AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 161711, RELATA AINDA O NOTICIANTE QUE Sra. ROSÁRIA FERREIRA DA ROCHA QUE ERA TRANSPORTADA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA, TAMBÉM CAIU E FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 4043 E ENCAMINHADA AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 227253, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897  
AGENTE DE POLÍCIA

Paulo Germano Barbosa de Sousa - Noticiante  
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.003327/2018-39

Delegado de Polícia





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003327/2018-39

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 20/09/2018 - 09:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

29/06/2018 - 16:50

Tipo Local

CRUZAMENTO

Município

Bairro

TERESINA

MARQUÊS

Endereço

RUA PIRES DE CASTRO COM RUA ALCIDES FREITAS, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

PRAÇA DO MARQUÊS

PC CORRETORA  
DE SEGUROS

15/07/2018

DPVAT

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG: 1654012 SSPP1 PI

Mãe: MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEÇÃO MONTEIRO

Pai: SEBASTIÃO DE SOUSA MONTEIRO

Endereço: RUA AGENOR VELOSO, Nº 2131

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8885-0113

Nome: ROSÁRIA FERREIRA DA ROCHA

Tipo Envolt.: VITIMA

RG: 1836362 SSPP1 PI

Mãe: EVA ROCHA DA SILVA

Pai: ALMIR FERREIRA DA SILVA

Endereço: RUA AGENOR VELOSO, Nº 2131

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8843-3335

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA RUA ALCIDES FREITAS SENTIDO OESTE/LESTE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO/MODELO 2012, COR PRETA, PLACA ODY-8804-PI, RENAVAN 464785634, PROPRIETÁRIA DORALICE BARBOSA DE SOUSA, QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA PIRES DE CASTRO ADENTROU À VIA PREFERENCIAL COLIDIINDO COM UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO PELO NOTICIANTE, QUE O MESMO CAIU E FOI SOCORRIDO PÓR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 08 SD 4044 E ENCAMINHADO AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 161711, RELATA AINDA O NOTICIANTE QUE Sra. ROSÁRIA FERREIRA DA ROCHA QUE ERA TRANSPORTADA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA, TAMBÉM CAIU E FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 4043 E ENCAMINHADA AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 227253, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897  
AGENTE DE POLÍCIA

Paulo Germano Barbosa de Sousa - Noticiante  
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.003327/2018-39

Delegado de Polícia



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUZA*

CPF da Vítima

*713 253 623-15*

Data do Acidente

*29.06.2018*

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

*PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUZA*

CPF do Representante legal

*11.000.000-00*

Email

*germano\_barbosa@correio.com.br*

Telefone (DDD)

*(11) 99999-9999*

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DPVAT**

*29/06/19 de 10 de 18*

Local e Data

*Paulo Germano Barbosa de Souza*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUZA*

CPF da Vítima

*713 253 623-15*

Data do Acidente

*29.06.2018*

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

*PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUZA*

CPF do Representante legal

*11.011.222-000*

Email

*germano.souza@corretoresdeseguros.com.br*

Telefone (DDD)

*(11) 99999-9999*

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DPVAT**

*29/06/18* de *18* de *18*

Local e Data

*Paulo Germano Barbosa de Souza*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200038735**      **Vítima: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA**

**Data do Acidente: 29/06/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =      R\$ 4.725,00

**Recebedor: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000001606**

**Conta: 0000059270-5**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUZA*

CPF da Vítima

*713 253 623-15*

Data do Acidente

*29.06.2018*

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

*PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUZA*

CPF do Representante legal

*11.011.222-000*

Email

*germano.souza@correio.com.br*

Telefone (DDD)

*(11) 99999-9999*

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DPVAT**

*29/06/18*

Local e Data

*Paulo Germano Barbosa de Souza*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 08 50 4044	02 Data do chamado 29 06 2018	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 11:02	05 Chegada ao local 17:10	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 17:44	07 Chegada ao 1º hospital 17:52	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Díres de Castro x R. Mécias Freitas	11 Bairro Marquês	12 Município-UF	Código IBGE		
	13 Ponto de referência					
	14 Nome Paulo Geimono Barbosa de Souza	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado				
	16 Idade 11.11.15 42	1-Dia 2-mes 3-Anos 9-Ignorado	Se Idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ✓ Sim 2- Não 3- Ignorado	18 1920-06-15 15:00:00	
	18 Tipo de ocorrência ✓ 1- Acidente de transporte 02- Agressão física-espancamento 03- Agressão física-PAF 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		
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	5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 7- Ignorado	21 Outra parte envolvida ✓ Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacetes Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL			24 Sinais Vitais	
	ABERTURA OCULAR ✓ Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	✓ Orientada 4- Confusa 3- Palavras Inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	✓ Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	Pulso 82 Resp. 24 PA 110 x 70 TAX: SatO2 86 - 98	25 Local da lesão 	
	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial 1- Cheio 2- Fino 3- Ausentes	28 Sangramento ✓ Sim 2- Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0- Leve 1- Sem Dor 3- Moderada 7- Intensa 10- Muito Intensa	30 Fratura 1- Sim ✓ Exposta Fachada 2- Não 3- Suspeito	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) ✓ Aspiração ✓ Oxigênio ✓ Curativos ✓ Prancha longa/curta ✓ Colar cervical ✓ Kred	✓ Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	✓ Glicemia ✓ Acesso Venoso Medicamentos a) Ringer 1.000			
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT - Sala de Trauma				33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	
Observações Interdisciplinar	Pte ♂ 42 anos, vítima de colisão com vs moto (motocicleta) apresentando: 1- Prancha exposta em HIE + 2- lesão em hemicrânio esquerdo + 3- lesão dental com sangramento oral + escoriação + queixa algica (dor 1- 10). Pte abordado em DLE, consciente, orientado; Transportado em prancha longa + C.C. + R.B + imobilizado em HIE + O <sub>2</sub> sob catete (SpO <sub>2</sub> 86% em 01 ambiente e 98% com O <sub>2</sub> ), ECG 15, xmas de uso de bebida alcoólica. Acolhido na sala de trauma; Pte nega xanope, vômitos, vertigens. Alcigios medicamentosa, comorbidades. ✗ ✗					34 Óbito 1- Sim 2- Não Antes da ocorrência Antes do transporte Durante o transporte
	Dr. Italo Instituto Responsável pela recepção	Socorristas Médico AEITE	Marcos S. de Moraes Oliveira	Enfermeiro Condutor C.A. Pacheco		



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 08 50 4044	02 Data do chamado 29 06 2018	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 11:02	05 Chegada ao local 17:10
Local da Ocorrência	06 Saída do local 17:44	07 Chegada ao 1º hospital 17:52	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Díres de Castro x R. Mécias Freitas	11 Bairro Marquês	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
	14 Nome Paulo Geimono Barbosa de Sousa	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado			
	16 Idade 11.11.15 42	1-Dia 2-mes 3-Anos 9-Ignorado	Se Idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ✓ Sim 2- Não 3- Ignorado	18 1920-06-15 15:00:00
	18 Tipo de ocorrência ✓ 1- Acidente de transporte 02- Agressão física-espancamento 03- Agressão física-PAF 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	
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	5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 7- Ignorado	21 Outra parte envolvida ✓ Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacetes Airbag Cinto de segurança Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL			RESPOSTA MOTORA
	ABERTURA OCULAR ✓ Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	✓ Orientada 4- Confusa 3- Palavras Inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	✓ Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais	
	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial 1- Cheio 2- Fino 3- Ausentes	28 Sangramento ✓ Sim 2- Não	Pulso 82 Resp. 24 PA 100/70 TAX: SatO2 86-98	25 Local da lesão 
	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0- Leve 3- Moderada 7- Intensa 10- Muito Intensa	30 Fratura 1- Sim ✓ Exposta Fachada 2- Não 3- Suspeito			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) ✓ Aspiração ✓ Oxigênio ✓ Curativos ✓ Prancha longa/curta ✓ Colar cervical ✓ Kred ✓ Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino HUT - Sala de Trauma	Glicemia Acesso Venoso J. 18 Medicamentos a) Ringer 1.000		
Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	34 Óbito ✓ Sim Antes da ocorrência Antes do transporte Durante o transporte		Não Removido	
Observações Interdisciplinar	<p>Pte ♂ 42 anos, vítima de colisão com vs moto (motocicleta) apresentando: 1- Prancha exposta em HIE + 2- lesão em hemicrânio esquerdo + 3- lesão dental com sangramento oral + escoriação + queixa algica (dor 1-10). Pte abordado em DLE, consciente, orientado; Transportado em prancha longa + C.C. + R.B + imobilizado em HIE + O2, sob catete (SpO2 86% em 01 ambiente e 98% com O2), ECG 15, xmas de uso de bebida alcoólica. Acolhido na sala de trauma; Pte nega xanope, vômitos, vertigens. Alcigios medicamentosa, comorbidades. ✗ ✗</p>				
	Dr. Italo Instituto Responsável pela recepção	Socorristas Médico AEITE Marcos S. de Moraes Oliveira	Enfermeiro Condutor C.A. Pacheco		



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 08 50 4044	02 Data do chamado 29 06 2018	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 11:02	05 Chegada ao local 17:10
Local da Ocorrência	06 Saída do local 17:44	07 Chegada ao 1º hospital 17:52	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Díres de Castro x R. Mécias Freitas	11 Bairro Marquês	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
	14 Nome Paulo Geimono Barbosa de Souza	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado			
	16 Idade 11.11.15 42	1-Dia 2-mes 3-Anos 4-Ignorado	Se Idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ✓ Sim 2- Não 3- Ignorado	18 192018 SEGUROS VAT
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência ✓ 1- Acidente de transporte 02- Agressão física-espancamento 03- Agressão física-PAF 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	
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	5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 7- Ignorado	21 Outra parte envolvida ✓ Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança ✓ Capacete <input type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL			RESPOSTA MOTORA
	✓ Abertura Ocular 1- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	✓ Orientada 4- Confusa 3- Palavras Inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	✓ Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais	
	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial 1- Cheio 2- Fino 3- Ausentes	28 Sangramento ✓ Sim 2- Não	Pulso 82 Resp. 24 PA 100/70 TAX: SatO2 86-98	25 Local da lesão 
Hospital de Destino	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	30 Fratura 1- Sim <input checked="" 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)	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso J. 18 <input type="checkbox"/> Medicamentos a) Ringer 1.000 <input type="checkbox"/> 32 Hospital de Destino HU - Sala de 10 <input type="checkbox"/> 33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	Não Removido <input type="checkbox"/>
Observações Interdisciplinar	<p>Pte ♂ 42 anos, vítima de colisão com vs moto (motocicleta) apresentando: 1- Fratura exposta em MIE + 1- lesão em hemicôndilo esquerdo + 2- lesão dental com sangramento oral + escoriação + queixa algica (dor 1-10). Pte abordado em DLE, consciente, orientado; Transportado em prancha longa + C.C. + R.B + immobilizado em MIE + O2, sob catete (SpO2 86% em 01 ambiente e 98% com O2), ECG 15, 10mls de uso de bebida alcoólica. Acolhido na sala de trauma; Pte nega xanope, vômitos, vertigens. Alcigias medicamentosa, comorbidades. <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p>				
	Dr. Italo Instituto Responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE	Marcos S. de Moraes Oliveira	Enfermeiro Condutor C.A. Pacheco	

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/SEU - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-69 Fone: (86) 301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Ressaltado especial de um produto autorizado pela SIEFAZ 06/98

CONTA-MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	16/10/2018	448	447,40

MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEIÇÃO MONTEIRO  
R. AGENOR VELoso 2131 LOURIVAL PARENTE  
CPF: 00010601120353  
CEP: 64.023-285 - TERESINA

ROT: 5.001.11.30.231900

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	36709	Atual: 08/10/2018
Anterior:	36261	Anterior: 06/09/2018
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura: 08/11/2018
Consumo Medidor:	448	Emissor: 05/10/2018
Consumo Faturado:	448	Apresentação: 08/10/2018

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Leitura: 448

Dados da Unidade Consumidora: Díaz de Consumo: 32

Classe/Serviço: Ligação: Número Medidor: Posto: Código Est.: Média 12 meses:

RESIDENCIAL MONO A765202 1.1.1.1

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano		Consumo	
SET/18		448 A R\$ 0,895876 = 401,35	
AGO/18		CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP) 32,47	
JUL/18		CORREÇÃO MONETARIA IG 08/18-00 1,88	
JUN/18		MULTA POR ATRASO 08/18-00 7,89	
MAI/18		JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00 3,81	
ABR/18		ADICIONAL BANDEIRA VERNELHA - 22,38	
MAR/18			
FEV/18			
JAN/18			
DEZ/17			
TARIFA SSM (TRIBUTO):			
0 A 448 - 3,6049%			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mês/Ano	Valor: R\$
09/2018	383,66

Este documento autoriza a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/10/2018. O pagamento por débito automático é incluso no valor do consumo da fatura anterior. Caso o pagamento fique devidamente efetuado, o fornecimento fique autorizado.

LIGUE 0800 086 0800 E PAGA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO PISCO 72EB.CC70.FAC5.7000.A63D.8932.C50B.2878

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	270,64	Alíquota Cide/Ex:	401,35
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	108,36
Encargos:	0,00	Valor do PIS:	3,97
Total:	130,71	Valor do COFINS:	18,38

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC		IFIC		OMIC		DICI	
	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	5,98	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86	
Realizado	0,00		0,00	0,00		0,00	0,00	

Centro: TERESINA Data: 08/10/2018 Valor: 127,46

ROT: 5.001.11.30.231900

SEU CÓDIGO		TOTAL A PAGAR - R\$	
0028725-3		447,40	
MÊS FATURADO		VENCIMENTO	
10/2018		16/10/2018	
Nº da Nota Fiscal:	012022793	FACAM	

83690066604 0 47400017000 3 00000000028 1 72531018008 0



SEQ.: 00177 UC: 0028725-3 DT.LEIT.: 08/10/2018 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 36709 NORMAL TOTAL: 447,40 CARGA: 019  
DT.VENC.: 16/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 0342

PROCORRERIA  
DE SEGUROS

10 OUT 2018

DPVAT



Para contactar con la  
Electrovis, Informe  
a los teléfonos:

SEU CÓDIGO

0028725-3

Correspondência para:  
Dr. Mafusihah, 15G - Chalé 201 - Ribeirão Preto -  
SP - 14040-000 - Fone: (16) 3321-1930 - Telef. 3321-1930 -  
E-mail: mafusihah@uol.com.br - Endereço: Rua Dr. Mafusihah, 15G - Chalé 201 - Ribeirão Preto - SP - 14040-000 - Fone: (16) 3321-1930 - Telef. 3321-1930 - E-mail: mafusihah@uol.com.br

Digitized by srujanika@gmail.com

01473073

• CONSUMO DE:

卷之三

CONTAS	VALORES
DEZEMBRO/2018	17/12/2018
CONSUMO (kWh)	442
TOTAL A PAGAR (R\$)	424,21

MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEICAO MONTEIRO  
R. AGENOR VELOSO 2131 LOURIVAL PARENTE  
CPF: 000.1060.1120.353  
CEP: 64.023-285 - TERESINA

#### DADOS DA REPÚBLICA

DETALHAMENTO DE LEITURA		DETALHAMENTO DE LEITURA	
Alzul	37597	Alzul	10/12/2018
Alzul	37155	Alzul	08/11/2018
Alzul	1.000	Alzul	07/01/2019
Encontro Mestre	442	Encontro Mestre	06/12/2018
Conselho Escolar	442	Conselho Escolar	10/12/2018
NORMAL		NORMAL	
FCAM		FCAM	

RESIDENCIAL **MONO** **AP05202** **1.1.1.1** **346**

PERÍODO	VALOR	CONSUMO	VALOR
NOV/18	946	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	393,66
OUT/18	448	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	30,55
SET/18	380		
AGO/18	437		
JUL/18	292		
JUN/18	346		
MAI/18	302		
ABR/18	337		
MAR/18	253		
FEV/18	266		
TOTAL SOMA	3.013		
	0,9 302 - 0,5188%		

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

Mes/Ano	Valor R\$	Mensagem
11/2018	463,24	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/12/2018. O uso permanente dessa prestação, também a instalação de novas ou substituição de consumidor, não será considerado o pagamento feito, desconsiderar este aviso.

**REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.**

**LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25**

J CORRETORA  
DE SEGUROS

3 JAN 2018

DPVAT

COMPOSIÇÃO DA COMPRA-IR		IMPOSTOS/TRIBUTOS	
Despesas	138,67	Baseado na taxa	593,66
Impostos	138,67	Alíquota - 40%	27,00%
Despesas	138,67	1200 - 50% IRMS	106,28
Impostos	138,67	1100 - 50% IRMS	5,82
Despesas	138,67	Valor da Declaração	26,92

5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86
0,00			0,00			0,00
TERESINA						

10/2016

• Eletrobras

SEU CD SIGA  
0024725

4 TOTAL & PAGINA - 1

4242

MÉTAMORPHOSES

CIMENTO 12/2011

014730718 FCAM

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/SEU - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-69 Fone: (86) 301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Ressalto: espediço de um pedido autorizado pela SIEPA 06/98

CONTA-MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	16/10/2018	448	447,40

MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEIÇÃO MONTEIRO  
R. AGENOR VELoso 2131 LOURIVAL PARENTE  
CPF: 00010601120353  
CEP: 64.023-285 - TERESINA

ROT: 5.001.11.30.231900

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	36709	Atual:	08/10/2018
Anterior:	36261	Anterior:	06/09/2018
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	08/11/2018
Consumo Medidor:	448	Emissor:	05/10/2018
Consumo Faturado:	448	Apresentação:	08/10/2018

Forma de Faturamento: NORMAL		Código de Leitura: FCAM		Data de Consumo: 32	
Classe/Serviço:	Ligação:	Número Medidor:	Posto:	Código Est.:	Média 12 meses:
RESIDENCIAL	MONO	A765202		1.1.1.1	
<b>HISTÓRICO kWh</b>					
Mês/Ano					
SET/18	368	CONSUMO	448 A R\$ 0,895876 =	401,35	
AGO/18	437	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)		32,47	
JUL/18	292	CORREÇÃO MONETARIA IG 08/18-00		1,88	
JUN/18	346	MULTA POR ATRASO 08/18-00		7,89	
MAI/18	302	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00		3,81	
ABR/18	337	ADICIONAL BANDEIRA VERNELHA -	22,38		
MAR/18	253				
FEV/18	266				
JAN/18	292				
DEZ/17	359				
TARIFA SSM (TRIBUTO):					
0 A 448 - 3,6049%					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO					
Mes/Ano	Valor: R\$	Lembre-se que a data da leitura é sujeita a atraso no fornecimento de energia elétrica e a partir de 02/10/2018, o pagamento pode ser feito com tarifa inclusa do imposto de consumo, ou seja, com a tarifa de consumo mais a tarifa de consumo de 10%.			
09/2018	383,66	LIGUE 0800 086 0800 E PAGA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25			

RESERVADO AO PISCO 72EB.CC70.FAC5.7000.A63D.8932.C50B.2878

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	270,64	Alíquota Cide/Ex:	401,35
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	108,36
Encargos:	0,00	Valor do PIS:	3,97
INSS:	130,71	Valor do COFINS:	18,38

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		IFIC		DMIC		DICRI	
	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	5,98	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86	
Realizado	0,00		0,00	0,00		0,00	0,00	

Conjunto: TERESINA Data: 08/2018 Valor: 127,46

ROT: 5.001.11.30.231900

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/SEU - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-69 Insc. Estadual: 19301.389-5

SEU CÓDIGO 0028725-3	TOTAL A PAGAR - R\$ 447,40
MÊS FATURADO 10/2018	VENCIMENTO 16/10/2018
Nº da Nota Fiscal 012022793	FCAM

83690066604 0 47400017000 3 00000000028 1 72531018008 0

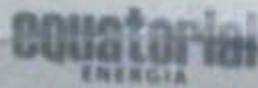


SEQ.: 00177 UC: 0028725-3 DT.LEIT.: 08/10/2018 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 36709 NORMAL TOTAL: 447,40 CARGA: 019  
DT.VENC.: 16/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 0342

PROCORRERIA  
DE SEGUROS

10 OUT 2018

DPVAT



PARA CONSULTA  
CONSCIO, INFORME  
SEU NÚMERO! >

SENHA  
00075-1

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-88 | Inscrição Estadual: 10.201.383-5  
Nesta Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1  
Regime especial de imprevidência autorizada pela SEFAZ/PI/98

FEVEREIRO/2020

VENCIMENTO  
13-02-2020

Nº da Nota Fiscal 033796244

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.429 de 20 de abril de 2002.

CONSUMO 267

TOTAL A PAGAR 278,63

MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEICAO MONTEIRO  
R. AGENOR VELOSO 7131 LOURIVAL PARENTE  
CPF: 00010681120353

TIPO DE LEITURA: 285 - TERESENIA

DATAS DA LEITURA

Atual:	42632	Atual:	06/02/2020
Anterior:	42365	Anterior:	07-01-2020
Conversão de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06-03-2020
Consumo Medido:	267	Emissão:	05-02-2020
Consumo Faturado:	267	Apresentação:	06-02-2020
Forma de Faturamento:	267	Dias de Consumo:	06-02-2020

#### NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Lotação	Número Medidor	Período	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A765700	DESCRICAÇÃO DA CONTA 1.3.1.1	372	

Mês/ano consumo

Mês/ano	Consumo	Valor
JAN/20	386	67 A R\$ 0,887730 = 237,02
DEZ/19	404	CONTR. ILUMINATÓ PÚBL. (COSIP) 20,06
NOV/19	405	CORREÇÃO MONETÁRIA DA IL (2X) 0,09
OUT/19	421	CORREÇÃO MONETÁRIA IGPM (2X) 1,25
SET/19	368	MULTA POR ATRASO DE IL. (2X) 1,21
AGO/19	332	JUROS DE MORA ATRASO DE (2X) 0,34
JUL/19	395	MULTA POR ATRASO (2X) 14,49
JUN/19	419	JUROS POR ATRASO (2X) 4,17
MAI/19	362	ADICIONAL BANDEIRÁ AMARELA - 2,85
ABR/19	346	

ARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 267 - R\$ 626,54

Senhor: 3200038735

CPF: 773.253.623-15

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

GUE 0800 086 0800 E FAÇA AOPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
trabens! Até o dia 05-02-2020, não constatamos faturas vencidas  
essa Unidade Consumidora.

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DORALICE BARBOSA DE SOUSA MORAIS,  
RG nº 1.592.089, data de expedição 24/09/2013  
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 746.809.273-72, com  
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de  
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA HENRICK VIEGAS, Lote Rural, Avenida, nº 2151,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima PAULO GEAMANO BARBOSA DE SOUSA cujo o condutor era  
PAULO GEAMANO BARBOSA DE SOUSA

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA CG 125 FAN  
Ano: 2012  
Placa: ODV 8804  
Chassi: 9C2JC4120CR565087  
Data do Acidente: 29.06.2018  
Local e Data: Teresina PI 23/07/2018

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

10 OUT 2018

DPVAT

*Doralice Barbosa de Sousa Moraes*  
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO  
DI ALMA VELOSO

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS  
Maria do Amparo Portaria Leal de Araújo - Tabajara  
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6666

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DORALICE BARBOSA DE SOUSA MORAIS, DOU: FE, EM: TEST, DA: VERDADE, TERESINA-PI, 23/07/2018. Ecol:137 11.0,77 Selo:0,26 Total:4,71  
Selo:ABD-48331 (FJSOP/44)

ROSELANE DE SOUSA PINTEL-ESCREVENTE

*CARTÓRIO DI ALMA  
Roselane de Souza  
Escriventre Com  
Teresina-PI*





Altair

NOME DO PACIENTE: Paulo Germano Barbosa de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 161711

AGÊNCIA  
DE SEGUROS

19 OUT 2013

DPVAT

**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: 05.522.917/0022-02ORIGEM  
URGÊNCIA  
Barroquinha OK  
OK  
OK

Imp: 29/06/2018 18:06:39

IDen: MARIA S. SOUSA  
Estado: BEMERG001

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA		Prontuário: 161711
Mãe: MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA C. MONTEIRO	Pai: SEBASTIAO DE SOUSA MONTEIRO	
End. Resid.: RUA AGENOR VELoso CS 2131 - BOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 11/11/1975	Idade: 42a/m/18d	Sexo: Masculino Fone: 86- 8811-7994
Responsável: O MESMO CNS: 898002313022791		
Profissão: MOTORISTA CPF: 773.253.623-15 * RG: -		
G. Instrução: Fundamental Incompleto E. Civil: Comcubinato		
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 672072	Data: 29/06/2018 18:05:08	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S E S
Acid. Traj.: Não	Trajeto?: Não	Típico: Não
		CID Secundário: V299

## DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente rodoviário há 1 hora  
 (A) Várias lesões pleurais, óssea, com colar cervical (B) Disprese, MV+ bilateral diminuído em hemitórax esquerdo, saturação 94% com suplemento de O2  
 (C) Normocárdico, hipotensão (t/140), abdome firme, doloroso (D) PFR, Clangor: 15 (E) Fratura exposta em perna esquerda

HUT DR. ZENON R.C. HUT  
TOMOGRAFIA COMPUTADORESDr. Italo Lustosa  
Médico  
CRM-PI 6839

EXAME CLINICO DE PELVE

PA _____ X _____ mmHg	Data: 29/06/18 19:29 hs	bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID:	

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicita Resson X de perna esquerda, TC de encéfalo, abdome univolt, pulm, fígado

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Tornar à Unid. Original
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: Tomografia
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> DATA SAÍDA: / /
	<input type="checkbox"/> JA Pedido		HORA: / / : / : /
DESTINO:		RAIO-X	
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado:
	<input type="checkbox"/> Após 48 hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input type="checkbox"/> CID Compatível:
PJ CORRETO DE SEGUROS			
15 OUT 2010			
Prof. Solicitante Internação			





225  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**  
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 29/06/18

NOME DO PACIENTE:	<u>Paulo Gomes B. de S.</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>161711</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Frat. Esquer. pilo-fibular</u>		
CIRURGIA:	<u>Lnc + Fix. Esten.</u>		
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>		
CIRURGIÃO:	Dr. Cláudio Nogueira		
AUXILIAR:	CPF N°:		
ANESTESIA:	CPF N°:		
INSTRUMENTADORA:	CPF N°:		

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>03</u>		LUVA N° 7.5	PAR	<u>01</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>03</u>		LUVA N° 6.5	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVP DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVP TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.			SERINGA 20CC	UNID.	<u>03</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>30</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>03</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>06</u>	
GASES	PAC.	<u>18</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	<u>01</u>		<u>Escavação</u>		<u>04</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Electro</u>		<u>05</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Cat. f. R. Or</u>		<u>01</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Ch. pe</u>		<u>03</u>	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>Kassio Júnior - Assistente Cirúrgico</i> Matrícula: 00004 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL			
ALCOFIL							
MONONYLON		<u>00</u>	<u>02</u>				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				Georgina M. R. Paz Enfermagem			
				DOREN-PI: 666.187			



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Paulo Bernardo Barreto de Souza

Diagnóstico pré-operatório

Fistula expulso pelo fálico F

Operação - Tipo

L.M.C. Fixação externa

Cirurgião

Dr. Cláudio Nogueira  
CRM 31327 / CRM-F 3807

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

29/06/13

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

*Operado*

Relatório Imediato do Patologista

—

Acidente Durante a Operação

Karina Juracy Parentel Coelhante  
Matrícula: 69904  
SANE - HUT  
CONFIRMO ORIGINAL

*Ver*

**DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① Pd - DDIH reb. anterior

② Anupur + Antianupur + tampos estériles

③ Lut obliterado a 50,9%

④ Oburgado fálico com mord. em  
pele ouro

⑤ Colocados o fálico externo  
transarticular

⑥ Sutura + curativo

PROTEÇÃO  
DE SEGUROS

16 OUT 2013

DPVAT



FMS

Fundação Municipal de Saúde

## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. N° -

Proc. N° \_\_\_\_\_

## Rubrica

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/07/2018

NOME DO PACIENTE:	Paulo Germano B. de Souza		PRONTUÁRIO N°:	161714
DIAGNÓSTICO:	osteosíntese de joelho		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Anestesia		Nº DA SALA:	06
CIRURGIA:	Dr. Dural		CPF N°:	
AUXILIAR:			CPF N°:	
ANESTESISTA:	Dr. José Miguel		CRM/PE:	CRM/PE 131542.403/02
INSTRUMENTADORA:	Dr. Ricardo Valente Ortopedia - Traumatologia 3765 - TECI		CPF N°:	José Miguel de Andrade Filho

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>11/24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° <u>7 1/2</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	—		LUVA N° <u>7.0/8.0</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	400		PVPI DE GERMANTE	ML	400	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	400	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	400	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	—	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	01		<u>Escovas</u>	—	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletrôdes</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Clips</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>11/0</u>							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				<u>Jozelia Gonçalves</u>			



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>DADOS DO PACIENTE:</b>		<b>Prontuário:</b> 161711
<b>Nome:</b> PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA		
<b>Mãe:</b> MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA C. MONTEIRO	<b>Pai:</b> SEBASTIAO DE SOUSA MONTEIRO	
<b>End. Resid.:</b> RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 11/11/1975	<b>Idade:</b> 42a7m18d	<b>Sexo:</b> Masculino
<b>Responsável:</b> O MESMO	<b>fone:</b> 86- 8811-7994	
<b>Profissão:</b> MOTORISTA	<b>CNS:</b> 898002313022791	<b>Documento:</b> CPF: 773.253.623-15
<b>E. Instrução:</b> Fundamental Incompleto	<b>E. Civil:</b> Comcubinato	

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>DADOS DO ATENDIMENTO:</u>		<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Código:</u> 672072	<u>Data:</u> 29/06/2018 18:05:08	<u>Convênio:</u> S U S
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
<u>ANEXO SOLICITAÇÃO (1):</u>		

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 29/06/18 : ESPECIALISTA: Vilqueira  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Pct repreza ondut de mld, remanejamento  
orientado, repreza personal, Vant  
Rifit, an - pris E e remanejamento E  
Assunto: Edm, aposo Edm e don -  
torang E Carimbo/Assinatura Sol. Titular

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2)

Data/Hora Solicitação: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_ *Retorno à origem*

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: *Missão Júlio Alves Guimarães*  
Matrícula: 0004  
SAME: HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

*após* *Dr. Cláudio Nobre*  
ORTOPEDISTA *CRM-PB 2521* *SBOT 1135*

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: *29/06/18* *Via* *UFRJ DE SEGUROS*  
*ECO 45*

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 29/06/18 OCO-18  
Brindei se para bateria com fogo a pau. 15 OUT 2013  
1 Causa: p bateria ver  
TC causa C-TC: p fogo em casa  
em P/b de NWL DPVAT  
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DPVAT

Assinatura PxDf. Parecer



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

## **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

**Nome do Paciente**

Paulo Germano Barbosa de Souza  
ratório Professor do futebol  
futebolista atletico

Cirurgião

### 1º Assistente

## 2º Assistente

3º Assistente

**Instrumentador(a)**

Anestesista 100%

### Anestésicos (a)

— *join* — *sign*

Anesthesia Raque

---

**Data da Operação**

2024 Log Loss

## Infra

2.40 m

Fim

## Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Até o dia 15/05/2011  
Matrícula: 5604  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

### Acidente Durante a Operação

## DESCRICAO DA OPERACAO

## **(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)**

DESCRICAO DA OPERACAO  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)  
Folheto 04 do protocolo  
atraso de ciclo corporal  
delesterol + colesterol  
de frede rios de plástico  
por degradação dos  
sint + costura

Dr. Ricardo Valença  
Ortopedista Traumatologista  
CRM: 3185 - TEOT: 11305



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/07/18

NOME DO PACIENTE:	Paulo Germano B. de Souza	PRONTUÁRIO Nº:	161711
DIAGNÓSTICO:	Ortoposi 77321	CIRURGIA:	34400 6170
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Ricardo Valenca	CPF Nº:	
AUXILIAR:	2º Necessário Nunes Leal	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Doutor Tito Nunes Leal ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1995 / CRM-MA 3635	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Claudiane Brito	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 26X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 710; 715	PAR	02,02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 810; 815	PAR	01,01	
AGULHA RAQUE	UNID.	04		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	100		PVP DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	—		PVP TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	80		PVP TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		Crepom	UNID.	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	—	—	—
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				- Escova para degmadação		03	Branco
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				- Eletrodos		05	BRANCO DE SEGUNDO
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Maria Júnia Almeida da Cunha Matrícula: 65904 SAMU - HUT CONFERE CUM O ORIGINAL			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							15 OUT 2013
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0		03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: e. cirúrgico			
VICRYL				CIRCULANTE: Cláudiane Bentes			
PROLENE							



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

## **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Nome do Paciente Paulo Germano Barbosa de Sousa

Diagnóstico pré-operatório Ortose de 7304

Operação - Tipo Outras Outras

Cirurgião Dr. Pedro

1º Assistente

*Neles*  
DURVAL LESTCIO Nunes Leal  
ORTOPEDIA-TRAMATOLÓGIA  
CRM-PI 1505 / CRM-MA 3636

## 2<sup>o</sup> Assistance

### 3º Assistente

**Instrumentador(a)**

**Claudiana Brito** **Herculano** **Anestesia** **Raquianestesia**

### Anesthesia(a)

Data da Operação 07/03/38

**Fim**

## Diagnóstico Pós-operatório

1

**Fim**

800 A. J. J.

PSR

## Relatório Imediato do Patologista

### Acidente Durante a Operação

Alvaro Augusto Júlio de Souza  
Matrícula: 89001  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

15 OUT 2013

~~Dra. Doral Tercio Nunes Leal  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 1995 / CRM-MA 3636~~


**HOSPITAL DE URGÉNCIA DE TERESINA - HUT**

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA** (Prontuário: 161711)  
 Endereço: **RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
 Nascimento: **11/11/1975** Idade: **42a7m23d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **672072**  
 Requisição: **850946** Solicitação: **29/06/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**  
 Controle: **1052717** Convênio: **SUS**

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 29/06/2018

**PERNA ESQUERDA**

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

- Fixação metálica no terço distal da fibula.
- Fratura no terço distal da tibia.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**  
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727  
 Profissional Responsável

Assinatura: *[Signature]*  
 Data: *[Signature]*

19 OUT 2018

*[Signature]*  
 Matrícula: 69904  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tilto 1820 - Redenção - Fone: 86 3219 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA** (Prontuário: 161711)  
 Endereço: **RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
 Nascimento: **11/11/1975** Idade: **42a7m29d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERRAÇÃO** Atendimento: **217480**  
 Requisição: **851059** Solicitação: **30/06/2018** Solicitante: **CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS**  
 Controle: **1052859** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 217

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 30/06/2018

### TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no terço distal da fibula.
- Fratura oblíqua no terço distal da tibia.
- Fixação metálica no maléolo medial da tibia.
- Aumento de volume de partes moles do tornozelo.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/07/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727  
 Profissional Responsável

19 OUT 2013

Russia Anna Maria da Cunha  
 Matrícula: 65504  
 SAE - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL  


# C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

## Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piau, 3292 - Bairro Buenos Aires

Fones: (86) 3214-1600 / 3214-1314 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí

E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 29/06/2018

BO=100203,003327/2018-39

HD FRATURA EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA E  
FEITO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRAT.  
EXPOSTA DA TIBIA + FIBULA E

EF DOR + L. MITAÇÃO FUNCIONAL EM MIE  
JOELHO E -F DE 35 GRAUS  
TORNOZELO E - FD DE 5 GRAUS  
FP DE 10GRAUS

RX Perna E FRAT O. DA Perna E

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA  
COM PERDA DE 75 % EM MIE

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 NOV 2018

DPVAT

Teresina 09 de Novembro de 2018

Dr. Edmar S. L. Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2313 / CRM-M-1325

Dr. Edmar de S Lima Junior  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 2313-PI



Paciente: 15619137 PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

Nascimento: 11/11/1975 Sexo: M RG: 1654012 SSP PI CPF: 77325362315

Endereço: AV ENGENHEIRO EMILIANO MACIEIRA 0 TIRIRICAL SAO LUIS MA 65056 Tel: 8688850113

Convenio: HAPVIDA TERESINA

Matrícula: 65212001263001011

Solicitante: Dr(a) MARCIO BATISTA DE C

Queixa Principal:

TRAUMA NA Perna ESQUERDA

Exame:

RX Perna (MEMBROS INFERIORES) ESQUERDA

!:/U."

6123125011

#### RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação externa de fraturas em terço distal da tibia e fibula.

Existe afastamento de aproximadamente 1.6 cm entre extremidades ósseas da tibia distal.

Sinais de osteotomia em tibia proximal, com sinais de formação de calo ósseo.

Calo ósseo em fibula proximal.

Aumento de partes moles.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

**PIRELL**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL DO MOÇAMBIQUE**  
Av. Prefeito Frederico Neto, 570 - Moçambique 1.  
09315-001 - Salvador - Bahia - BR  
CNPJ: 26.388.946/0001-10

**NOME.....: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA**  
**DT\_NASCIMENTO: 11/11/1975**  
**NOME DA MÃE: MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA C MONTEIRO**  
**EXAME.....: RX PERNAS - E**  
**MÉDICO.....: BRUNO FREIRE**  
**ORDEN N°....: 30535**  
**DATA LAUDO: 07/08/2019**

Relatório:

A presente documentação mostra:

- Fratura na diáfise proximal da tibia.
- Perda de substância óssea na diáfise distal da tibia.
- Gêneis radiolúcentes da fixação prévia na tibia.
- Aparelho metálico de fixação externa na tibia e fibula.
- Fraturas na diáfise proximal e distal da fibula.

RAFAEL DE ANDRADE LIRA RABELO  
CRM: 3989  
MÉDICO



NOME DO PACIENTE:

Paulo Germano Barbosa de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

161711

AGÊNCIA  
DE SEGUROS

19 OUT 2013

DPVAT

**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".

DR. TUBEDVA  
is mega geral OK!  
5 ~~Reservado~~ ~~SUS~~ ~~SUS~~  
OK

Imp: 29/06/2018 18:06:39

[User: MARIA.SIMONE]  
[Status: RESEARCHER]

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

**DADOS DO PACIENTE:**

<u>Nome:</u> PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA		<u>Frontuário:</u> 161711
<u>Mãe:</u> MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA C. MONTEIRO	<u>Pai:</u> SEBASTIAO DE SOUSA MONTEIRO	
<u>End. Resid.:</u> RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESSINA - PR - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 01/11/1975	<u>Idade:</u> 42a7m18d	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> 898002313022791
<u>Profissão:</u> MOTORISTA		<u>CPF:</u> 773.253.623-15 * <u>RG:</u> -
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Incompleto		<u>E. Civil:</u> Comcubinato
<u>End. Local.:</u> - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 672072	<u>Data:</u> 29/06/2018 18:05:08	<u>Condução:</u> AMBULANCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u>	ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	
<u>Acid. Trab.:</u> Não	<u>Trajeto?</u> : Não	<u>Tipico:</u> Não

**DADOS CLÍNICOS:**

Pacienta refusa de audiente metacilindros bei + 1 burea

(A) Vom cincas plorando, (femea), con calor cervical (B) Dispreze, MV + bilateral diminuindes em territorios inguinal, retinaculă 9Y- com reprezintă de O2

(C) Numbrezez, hipotensiune (+/−), cibeloron flacădu, dolores (D) PIFR, elongare > 15 (E) Frotarea exparta em perine expanda 12/2018

HUT DR. ZENON ROKA  
TCMOGSA 16/01/2014 D-2696-154

*Dr. Italo Lustoso  
Medic  
CRM-PI 6039*

PA \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg DATA: 22/06/13 19:27 hs bpm Temp.: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Inicial: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

#### CONDUITA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Salvate flores y de permita expandirse, ya de un poco cada vez, para que  
pueda florecer.

		<i>Manoel Jeanne Pinheiro Guimarães</i> <i>Matrícula: 89004</i> <i>SPSC-HUT</i> <i>CONFERENCE</i> <i>SAUCAUÍ ORIGINAL</i>		RAIO:
				DATA:
				29/6/18
				DATA SAÍDA:
				/ /
				HORA:
				14:00
				PJ CORRETORA DE SEGUROS
				15 OUT 2018
				Prof. Solicitante
				Intersigilado





225  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

**Fundação Municipal de Saúde**

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 29/06/18

NOME DO PACIENTE Paulo Gomes B. de S. PRONTUÁRIO N° 161711

DIAGNÓSTICO: Frat. Esquer. pilo-fibular CIRURGIA: Lnc + Fix. Esten.

ANESTESIA: N° DA SALA: 05

CIRURGIÃO: Dr. Cláudio Nogueira CPF N°: \_\_\_\_\_

AUXILIAR: CPF N°: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: CPF N°: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: Linez CPF N°: \_\_\_\_\_

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>03</u>		LUVA N° 7.5	PAR	<u>01</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>03</u>		LUVA N° 6.5	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVP DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVP TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.			SERINGA 20CC	UNID.	<u>03</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>30</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>03</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>06</u>	
GASES	PAC.	<u>18</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° <u>MO</u>	UNID.	<u>01</u>		<u>Escavação</u>		<u>04</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Electro</u>		<u>05</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Cat. f. R. Or</u>		<u>01</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Ch. pe</u>		<u>03</u>	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>Kassio Júnior - Assinatura</i> Matrícula: 00004 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL			
ALCOFIL							
MONONYLON		<u>00</u>	<u>02</u>				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				Georgina M. R. Paz Assinatura			
				DOREN-PI: 666.187			



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Paulo Bernardo Barreto de Souza

Diagnóstico pré-operatório

Fistula expulso pelo fálico E

Operação - Tipo

L.M.C. Fixação externa

Cirurgião

Dr. Cláudio Nogueira  
CRM 31327 / CRM-F 3007

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

29/06/13

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

*Operado*

Relatório Imediato do Patologista

—

Acidente Durante a Operação

Karina Juracy Parentel Coelhante  
Matrícula: 69904  
SANE - HUT  
CONFIRMO ORIGINAL

*Ver*

**DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① Pd - DDIH reb. anterior

② Anupur + Antianupur + tampos estériles

③ Lut obliterador a 50,9%

④ Oburgado fálico com mord. em  
pele ouro

⑤ Colocados o fálico externo  
transarticular

⑥ Sutura + curativo

PROTEÇÃO  
DE SEGUROS

16 OUT 2013

DPVAT



FMS

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. N° -

Proc. N° \_\_\_\_\_

## Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14 / 07 / 2018

NOME DO PACIENTE:	Paulo Germano B. de Souza		PRONTUÁRIO N°:	161714
DIAGNÓSTICO:	golxo do pé		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Narcoanestesia		Nº DA SALA:	06
CIRURGIA:	111º	Durval	CPF N°:	
AUXILIAR:				
ANESTESISTA:	Dr. José Miguel		Dr. Ricardo Valente	Nº:
INSTRUMENTADORA:	Crisinha Ferreira		3765 - TECI	CPF N°:
			CRM/PE 3765	CRM/PE 131542.40358
			CPFN°:	José Miguel de Andrade Filho

#### MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <i>11/24</i>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° <i>7 1/2</i>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	—		LUVA N° <i>7.0/8.0</i>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	400		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	—	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO <i>500ml</i>	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	01		<i>Escorres</i>	—	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Eletrodes</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Clips</i>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <i>11/0</i>							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE				<i>Joséia Gonçalves</i>			



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>DADOS DO PACIENTE:</b>		<b>Prontuário:</b> 161711
<b>Nome:</b> PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA		
<b>Mãe:</b> MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA C. MONTEIRO	<b>Pai:</b> SEBASTIAO DE SOUSA MONTEIRO	
<b>End. Resid.:</b> RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 11/11/1975	<b>Idade:</b> 42a7m18d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86- 8811-7994
<b>Responsável:</b> O MESMO		<b>CNS:</b> 098002313022791
<b>Profissão:</b> MOTORISTA		<b>Documento:</b> CPF: 773.253.623-15
<b>E. Instrução:</b> Fundamental Incompleto		<b>E. Civil:</b> Comcubinato

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>DADOS DO ATENDIMENTO:</u>		<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Código:</u> 672072	<u>Data:</u> 29/06/2018 18:05:08	<u>Convênio:</u> S U S
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 29/06/18 : ESPECIALISTA: Vilqueira  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Pct repreza ondut de mld, remanejamento  
orientado, repreza personal, Vant  
Rifit, an - pris E e remanejamento E  
Assunto: Edm, aposo Edm e don -  
torang E Carimbo/Assinatura Sol. Titular

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 11/07/2018  
Assunto: Exames de Neurologia e Neuropsiquiatria

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2)

Data/Hora Solicitação: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_ *Retorno à origem*

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: *Missão Júlio Alves Guimarães*  
Matrícula: 0004  
SAME: HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

*após* *Dr. Cláudio Nobre*  
ORTOPEDISTA *CRM-PB 2521* *SBOT 1135*

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: *29/06/18* *Vie*

UFR DE SEGUROS

ECO 45

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 29/06/18 OCO-18  
Brindei se para bateria com fogo a pau. 15 OUT 2013  
1 Causa: p bateria ver  
TC causa C-T-C p fogo em bateria  
em P/b d NRC DPVAT  
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DPVAT  
Assinatura Prof. Parecer



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

## **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Nome do Paciente	Paulo Germano Barbosa de Souza Pai de 30 filhos futebolista apos.		
Diagnóstico pré-operatório			
Operação - Tipo			
Cirurgião	Dr. Durval	1º Assistente	Dr. Ricardo Valenca Ortopedia - Traumatologia CRM: 3766 - TEOT: 11305
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Orsólio S	Anestesista	Dr. José Miguel
Anestésico(a)		Anestesia	Raque
Data da Operação	14/07/2018	Inicio	2:40 hs
Diagnóstico Pós-operatório			

Relatório Imediato do Patologista

#### Acidente Durante a Operação

Até 31/12/2014  
Matrícula: 68004  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

DESCRICAO DA OPERACAO  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)  
Paciente: 04109 protocolo  
atendimento: 1 (dois) dias  
acesso: cervical + dorsofene  
O procedimento: 01 (uma) via de acesso  
por via de emergência: 01 (uma) via  
Sutura: 1 (uma) sutura  
Data: 15 OUT 2013

Dra. Ricardo Valença  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM: 31305 - TEOT: 31305



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fis. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

## Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07 / 07 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Paulo Germano B. de Souza</u>		PRONTUÁRIO N°: <u>161711</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Ortopedi TIB</u>	CIRURGIA: <u>Ortopedi GTE</u>	
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>	
CIRURGIÃO: <u>Ricardo Balanca</u>	CPF N°:	
AUXILIAR: <u>Re. Neel</u>	CPF N°:	
ANESTESIA:	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA: <u>Cláudia Souza Brito</u>	CPF N°:	

#### MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 26X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 710; 7,5	PAR	02:02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 810; 8,5	PAR	01:01	
AGULHA RAQUE	UNID.	04		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	80		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—		Crepom	UNID.	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	—	—	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				- Escova para degumação			Branc
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				- Elét. s/des			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0		03					
FITA UMBILICAL				ENFERMÁRIA: e. cirúrgico.			
VICRYL				CIRCULANTE: claudiane flores			
PROLENE							



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

## **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Nome do Paciente Paulo Germano Barbosa de Sousa

Diagnóstico pré-operatório Ortox de TIBA

Operação - Tipo Outras Outras

Cirurgião Dr. Pedro

1º Assistente

*Neles*  
DURVAL LESTCIO Nunes Leal  
ORTOPEDIA-TRAMATOLÓGIA  
CRM-PI 1505 / CRM-MA 3636

## 2<sup>o</sup> Assistance

### 3º Assistente

**Instrumentador(a)**

**Claudiana Brito** **Herculano** **Anestesia** **Raquianestesia**

### Anesthesia(a)

Data da Operação 07/03/38

**Fim**

## Diagnóstico Pós-operatório

10

**Fim**

卷之三

Jeffers 5/17  
P3a

## Relatório Imediato do Patologista

### Acidente Durante a Operação

Alvaro Augusto Júlio de Souza  
Matrícula: 89001  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

15.04.2019

~~Daniel Ferreira Nunes Leal~~  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 1995 / CRM-MA 3636


**HOSPITAL DE URGÉNCIA DE TERESINA - HUT**

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA** (Prontuário: 161711)  
 Endereço: **RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
 Nascimento: **11/11/1975** Idade: **42a7m23d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **672072**  
 Requisição: **850946** Solicitação: **29/06/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**  
 Controle: **1052717** Convênio: **SUS**

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 29/06/2018

**PERNA ESQUERDA**

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

- Fixação metálica no terço distal da fibula.
- Fratura no terço distal da tibia.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**  
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727  
 Profissional Responsável

Assinatura: *[Signature]*  
 Data: *[Signature]*

19 OUT 2018

*[Signature]*  
 Matrícula: 69904  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tilto 1820 - Redenção - Fone: 86 3219 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA** (Prontuário: 161711)  
 Endereço: **RUA AGENOR VELOSO CS 2131 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
 Nascimento: **11/11/1975** Idade: **42a7m29d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERRAÇÃO** Atendimento: **217480**  
 Requisição: **851059** Solicitação: **30/06/2018** Solicitante: **CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS**  
 Controle: **1052859** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 217

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 30/06/2018

### TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no terço distal da fibula.
- Fratura oblíqua no terço distal da tibia.
- Fixação metálica no maléolo medial da tibia.
- Aumento de volume de partes moles do tornozelo.

(JOAO ANTONIO)

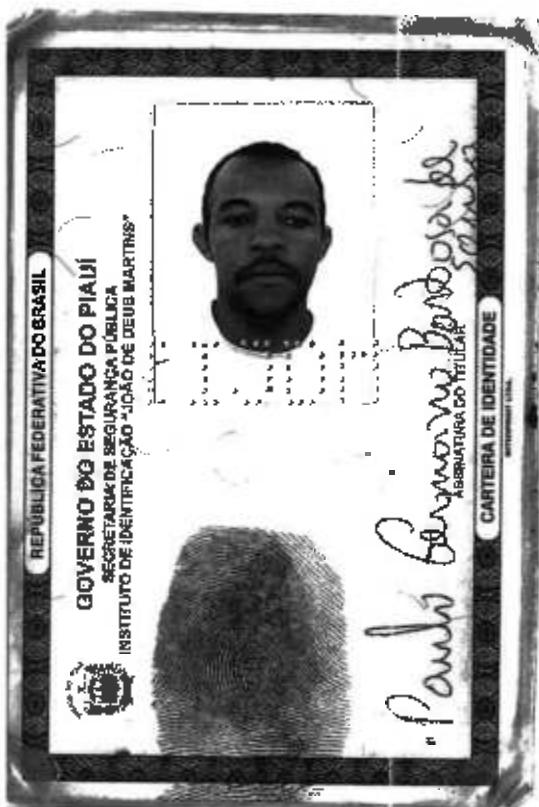
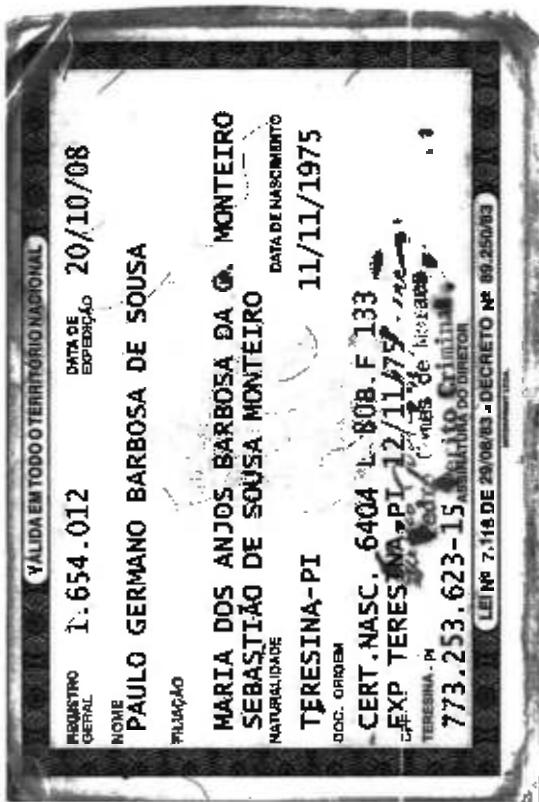
TERESINA - PI 10/07/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727  
 Profissional Responsável

19 OUT 2013

Russia Anna Maria da Cunha  
 Matrícula: 65504  
 SAE - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL  

19 OUT 2013

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190414221**

Nome do(a) Examinado(a): **PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Agenor Veloso , 2131 - Lorivl Parente - Teresina - PI - CEP 64023-285**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **1654012**

Data e local do acidente: [ **29/06/2018** ] **RUA PIRES DE CASTRO COM RUA ALCIDES FREITAS - BAIRRO**

Data e local do exame: [ **18/07/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA EM USO DE FIXADOR EXTERNO APRESENTANDO CONGELAMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, COM HIPOTROFIA MUSCULAR.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. VÍTIMA EM TRATAMENTO.**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ] Sim [ **X** ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em **120** dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

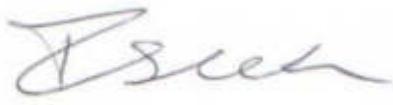
Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## VALIDEZ PERMANENTE E DAMS

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Paulo Henrique Gonçalves de Souza DT 0001DATA DO ACIDENTE 29.06.2018 CPF DA VITIMA 713 253 623-15

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COMA VITIMA É Paulo Henrique Gonçalves de Souza

## ENDERECO DO PORTADOR

RUA Presidente VenceslauBairro CentroCidade Presidente VenceslauUF SPCEP 14600-000E-MAIL TELEFONE (16) 98851-3666

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVA A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA (ORIGINAL) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) (A) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO (CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

 CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

 CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

 Morte = R\$ 13.500,00 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74. - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. - O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA. - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO. - PARA ACOMPANHAR O PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [www.dpvat.com.br/pgj/pgjcorretora](http://www.dpvat.com.br/pgj/pgjcorretora) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 022 1704.

## DE SEGUROS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA

DATA 19 OUT 2013IDENTIDADE 1.634 012NOME Paulo GavinoASSINATURA Paulo Gavino

Bento do Socorro

Assinatura

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180493763      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA      **Data do acidente:** 29/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DISTAL ESQUERDA.

**Descrição do exame** IMPOSSÍVEL AVALIAÇÃO MÉDICA, MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO.  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA EXTERNA EM JULHO DE 2018. REALIZOU FISIOTERAPIA.  
VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE ÓSSEA NO TERÇO DISTAL DA Perna ESQUERDA, CONGELAMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Data da perícia:** 10/01/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** OBS.: VÍTIMA JÁ AVALIADA ANTERIORMENTE POR AMD. NO VALOR DE R\$2.362,50 REFERENTE A 25% DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

\*REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO

**CRM do médico:** 3165

**UF do CRM do médico:** PI

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** GILSE SIQUEIRA PRATES

**CRM do médico:** 5277294-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Lider  
Concessionária do Seguro

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031790/20 - AVT - ASL

Vítima: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

CPF: 773.253.623-15

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2018

Titular do CPF: PAULO GERMANO  
BARBOSA DE SOUSA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### 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
- Outros

PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA : 773.253.623-15

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 6189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020  
Nome: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA  
CPF: 773.253.623-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020  
Nome: ALAN SILVA DE OLIVEIRA  
CPF: 152.775.167-86

PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

ALAN SILVA DE OLIVEIRA

3480493463

Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASL ou Processo

Aguardando status e/ou Erro sistêmico

Solicitação 07

Solicitação 06

Caixa Redistribuição

Atraso por consulta ao site da Receita Federal

Outros

Data do recebimento	Data da ação
(Relógio datador ou e-mail)	(no SISDPVAT)
06/12/19	

06/12/20 - Encerrado por tentativa  
Nada foi possível realizar o PPF  
SD 69947

Nome: Juliana Rodrigues

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200038735      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA      **Data do acidente:** 29/06/2018      **Seguradora:** SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURAS PROXIMAL E DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** PACIENTE CLAUDICAÇÃO AO DEAMBULAR POR APARENTE ANISOMELIA DE MEMBROS INFERIORES ( MIE< MID); CICATRIZES EM FACE ANTERIOR DA Perna ESQUERDA COM EDEMA DE TORNOZELO ESQUERDO 2+/4+; ADM DE JOELHO ESQUERDO: EXTENSÃO 0; FLEXÃO 75°; ADM DE TORNOZELO ESQUERDO: EXTENSÃO 20°; FLEXÃO 20°

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNAS MEDIANTE FIXAÇÃO EXTERNA E EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS APÓS REABILITAÇÃO

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/03/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder, em 25/10/18): 17,5%. O "PI" ora estabelecido (17,5%) é complementar.  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200038735      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA      **Data do acidente:** 29/06/2018      **Seguradora:** SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURAS PROXIMAL E DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** PACIENTE CLAUDICAÇÃO AO DEAMBULAR POR APARENTE ANISOMELIA DE MEMBROS INFERIORES ( MIE< MID); CICATRIZES EM FACE ANTERIOR DA Perna ESQUERDA COM EDEMA DE TORNOZELO ESQUERDO 2+/4+; ADM DE JOELHO ESQUERDO: EXTENSÃO 0; FLEXÃO 75°; ADM DE TORNOZELO ESQUERDO: EXTENSÃO 20°; FLEXÃO 20°

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNAS MEDIANTE FIXAÇÃO EXTERNA E EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS APÓS REABILITAÇÃO

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/03/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder, em 25/10/18): 17,5%. O "PI" ora estabelecido (17,5%) é complementar.  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

## DANOS

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3200038735**

Nome do(a) Examinado(a): **PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Agenor Veloso, 2131 - Teresina - PI - CEP 64023-285**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **1654012**

Data e local do acidente: [ **29/06/2018** ]

**RUA PIRES DE CASTRO COM ALCIDES FREITAS/TERESINA-PI**

Data e local do exame: [ **17/03/2020** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURAS PROXIMAL E DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**PACIENTE CLAUDICAÇÃO AO DEAMBULAR POR APARENTE ANISOMELIA DE MEMBROS INFERIORES ( MIE )**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA Perna MEDIANTE FIXAÇÃO EXTERNA E EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS APÓS REABILITAÇÃO**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Limitação funcional do membro inferior esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior esquerdo**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.

*Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder, em 25/10/18): 17,5%. O "PI" ora estabelecido (17,5%) é complementar.*



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217597/19

**Vítima:** PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

**CPF:** 773.253.623-15

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/06/2018

**Titular do CPF:** PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

**Seguradora:** SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA : 773.253.623-15**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019  
Nome: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA  
CPF: 773.253.623-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019  
Nome: THATIANA PIRES BELLOT  
CPF: 082.403.137-79

PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

THATIANA PIRES BELLOT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200038735**

**Vítima: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA**

**Data do Acidente: 29/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

**O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200038735**

**Vítima: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA**

**Data do Acidente: 29/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200038735**

**Vítima: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA**

**Data do Acidente: 29/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

773 253 623-15

PAULO GERALDO BARBOSA DE SOUSA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo PAULO GERALDO BARBOSA DE SOUSA	CPF titular da conta 773 253 623-15	Profissão AUTOMOTISTA
Endereço RUA AGENOR NELOJO	Número 2131	Complemento
Bairro LOMBOVILA VELHA	Cidade FENOSINA	Estado PE
Email Email	Telefone (DDD) 86 98851-3666	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº: 4606

DV:

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº: 59270

DV:

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº:

DV:

(Informar dígito se existir)

CORRETORA DE SEGUROS

Nº:

CONTA

Nº: 1000 OUT 2013

DV:

(Informar dígito se existir)

DPVAT

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

773 253 623-15 de 10 de 12  
Local e Data

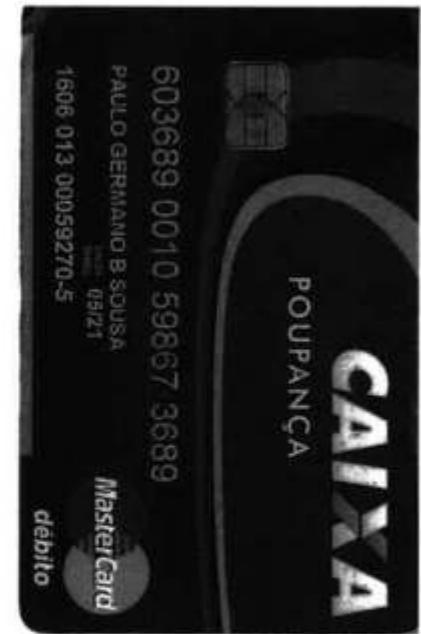
Paulo Geraldo Barbosa de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

POUPANÇA



100% CORRETORA  
DE SEGUROS  
10 OUT 2013  
DPVAT





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

773 253 623-15

PAULO GERALDO BARBOSA DE SOUSA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo PAULO GERALDO BARBOSA DE SOUSA	CPF titular da conta 773 253 623-15	Profissão AUTOMOTISTA
Endereço RUA AGENOR NELOJO	Número 2131	Complemento
Bairro LOMBOVILA VELHOT	Cidade FENOSINA	Estado PRAIA
Email	Telefone (DDD) 86 98851-3666	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº: 4606

DV:

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº: 59270

DV:

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº:

DV:

(Informar dígito se existir)

CORRETORA DE SEGUROS

Nº:

CONTA

Nº: 1000 OUT 2013

DV:

(Informar dígito se existir)

DPVAT

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

773 253 623-15 de 19 de 10 de 17  
Local e Data

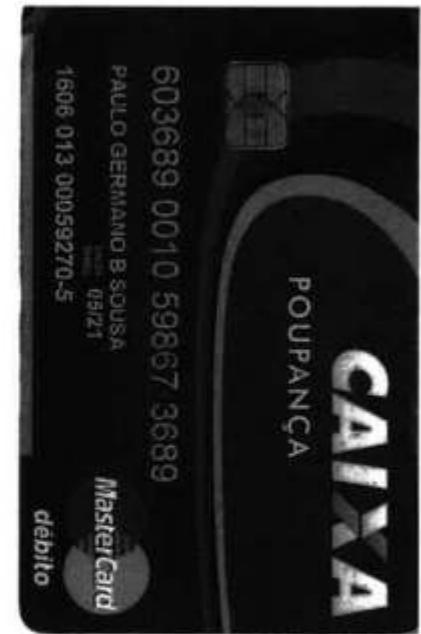
Paulo Geraldo Barbosa de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

POUPANÇA



100% CORRETORA  
DE SEGUROS  
10 OUT 2013  
DPVAT

