

# 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: 000000059270-5

---

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



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: 773 253 623 - 15 CPF da Vítima: 773 253 623 - 15 Nome completo da vítima: PAULO GERNANO BARBOSA DE SOUZA

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

Nome completo <u>PAULO GERNANO BARBOSA DE SOUZA</u>	CPF titular da conta <u>773 253 623 - 15</u>	Profissão <u>MOTORISTA</u>
Endereço <u>RUA ABENOR NELOSO</u>	Número <u>2131</u>	Complemento
Bairro <u>LOUVADEZ DARENTE</u>	Cidade <u>TERESINA</u>	CEP
Email	Estado <u>PIAUÍ</u>	Telefone (DDD) <u>86 98851-3666</u>

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**

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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 NRO. 1606 D/V 5 CONTA NRO. 59270 D/V 5  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome COOPERATIVA DE SEGUROS NRO. 100  
AGÊNCIA NRO. 100 D/V 100 CONTA NRO. 100 D/V 100  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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 Gernano Barbosa de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal









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:

Complemento

Bairro

MARQUÊS

Ponto de Referência

PRAÇA DO MARQUÊS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1654012 SSP/PI

Mãe: MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEIÇÃO 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 Envolv.: VITIMA

RG: 1836362 SSP/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 COLIDINDO COM UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO PELO NOTICIANTE, QUE O MESMO CAIU E FOI SOCORRIDO POR 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 Nº: 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

TERESINA

Endereço

RUA PIRES DE CASTRO COM RUA ALCIDES FREITAS, Nº:

Complemento

Bairro

MARQUÊS

Ponto de Referência

PRAÇA DO MARQUÊS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1654012 SSP/PI

Mãe: MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEIÇÃO 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 Envolv.: VITIMA

RG: 1836362 SSP/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 COLIDINDO COM UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO PELO NOTICIANTE, QUE O MESMO CAIU E FOI SOCORRIDO POR 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 Nº: 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

TERESINA

Endereço

RUA PIRES DE CASTRO COM RUA ALCIDES FREITAS, Nº:

Complemento

Bairro

MARQUÊS

Ponto de Referência

PRAÇA DO MARQUÊS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1654012 SSP/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 Envolv.: VITIMA

RG: 1836362 SSP/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 COLIDINDO COM UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO PELO NOTICIANTE, QUE O MESMO CAIU E FOI SOCORRIDO POR 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 Nº: 100203.003327/2018-39**

---

Delegado de Polícia





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 BABOJA DE SOUZA

CPF da Vítima

773 253 623-15

Data do Acidente

29.06.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

W CORRETORA  
DE SEGUROS

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.

Feito em 19 de 10 de 18

Local e Data

Paulo Germano Baboja de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 BABOJA DE SOUZA

CPF da Vítima

773 253 623-15

Data do Acidente

29.06.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

CORRETORA  
DE SEGUROS

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.

FATUZA 01.19 de 10 de 18

Local e Data

Paulo Germano Baboja de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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 BABOJA DE SOUZA

CPF da Vítima

773 253 623-15

Data do Acidente

29.06.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

W CORRETORA  
DE SEGUROS

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.

Feita em 19 de 10 de 18

Local e Data

Paulo Germano Baboja de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 08 SD 4044	02 Data do chamado 29 06 2018	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 14:03	05 Chegada ao local 17:10
	06 Saída do local 17:44	07 Chegada ao 1º hospital 17:52	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Pires de Castro x R. Mercedes Freitas				
	11 Bairro Mangueira	12 Município-UF		Código IBGE	
Dados do Paciente	14 Nome Paulo Geimano Barbosa de Sousa				15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado
	16 Idade 11.11.75 42	3 1-Dia 2-Sem 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2- Não 3- Ignorado
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência <input checked="" type="checkbox"/> 01 - Acidente de transporte <input type="checkbox"/> 02 - Agressão física-espantamento <input type="checkbox"/> 03 - Agressão física-FAF <input type="checkbox"/> 04 - Agressão física-FAB <input type="checkbox"/> 05 - Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> 06 - Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> 07 - Envenenamento <input type="checkbox"/> 08 - Afogamento <input type="checkbox"/> 09 - Queimadura <input type="checkbox"/> 10 - Choque elétrico <input type="checkbox"/> 11 - Queda <input type="checkbox"/> 12 - Urgência clínica <input type="checkbox"/> 13 - Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> 14 - Transferência <input type="checkbox"/> 15 - Exames complementares <input type="checkbox"/> 16 - Outros				
	19 Vitima 2 20 Meio de locomoção 3 21 Outra parte envolvida <input checked="" type="checkbox"/> 1 - pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Condutor <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Passageiro <input checked="" type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - A pé <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 6 - Outro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - Automóvel <input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 - Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 - Animal <input type="checkbox"/> 7 - Outra <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
Exame Físico	23 Glasgow = 15 <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Abertura ocular <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Espontânea <input type="checkbox"/> 3 - À voz <input type="checkbox"/> 2 - À dor <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Orientada <input type="checkbox"/> 4 - Confusa <input type="checkbox"/> 3 - Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2 - Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma		24 Resposta motora <input checked="" type="checkbox"/> 5 - Obedece a comandos <input type="checkbox"/> 4 - Localiza dor <input type="checkbox"/> 3 - Movimento da retirada <input type="checkbox"/> 2 - Flexão anormal <input type="checkbox"/> 1 - Nenhum		25 Sinais vitais Pulso 82 Resp. 24 PA 110 x 70 TAX SatO2 86-98
	26 Pupilas 1 <input type="checkbox"/> 1 - Iguais <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais <input type="checkbox"/> 1 - Cheio <input type="checkbox"/> 2 - Fino <input type="checkbox"/> 3 - Ausente		27 Pulso Radial 1 Central 1 <input type="checkbox"/> 1 - Cheio <input type="checkbox"/> 2 - Fino <input type="checkbox"/> 3 - Ausente		28 Sangramento 1 <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> 1 - Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Prancha longa/corta <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> 4 - Kred <input type="checkbox"/> 5 - Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> 6 - Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> 7 - Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> 8 - Glicemia <input checked="" type="checkbox"/> 9 - Acesso venoso <input checked="" type="checkbox"/> 10 - Medicamentos a) Ringer 1.000				
	32 Hospital de Destino HUT - Sala de Trauma				
Observações Interdisciplinares	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1 - Melhorado <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Piorando <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Inalterado				
	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Antes do socorro <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Antes do transporte <input type="checkbox"/> 3 - Durante o transporte				

25 Local da lesão

29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10

30 Fratura 1 - Sim ☒ Exposta ☒ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)

32 Hospital de Destino HUT - Sala de Trauma

33 Condições de entrada

34 Óbito

Observações Interdisciplinares

Paciente de 42 anos, vítima de colisão com um moto (motocicleta) apresentando: fratura exposta em HIE + trauma em hemitorax esquerdo + fratura dentária com sangramento oral + escoriações + queixa algica (dor - 10). Paciente abordoado em DLE, consciente, orientado; transportado em prancha longa + C.C. + R.B. + imobilização em HIE + O<sub>2</sub> sob cateter (SpO<sub>2</sub> 86% em O<sub>2</sub> ambiente e 98% com O<sub>2</sub>). ECG 15, sinais de uso de bebida alcoólica. Admitido na sala de trauma; Paciente na síncope, vômitos, vertigem. Alcoolismo medicamentoso, comorbidades.

86 98824-1642 (Cuidado)





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 08 SD 4044	02 Data do chamado 29 06 2018	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 14:03	05 Chegada ao local 17:10
	06 Saída do local 17:44	07 Chegada ao 1º hospital 17:52	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Pires de Castro x R. Mercedes Freitas	11 Bairro Mangueira	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome Paulo Geimano Barbosa de Sousa	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	16 Idade 11.11.75 3 1 - Dia 2 - Mes 3 - Anos 4 - Ignorado		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros			
Tipo de Ocorrência	19 Vitima 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 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento da retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 82 Resp. 24 PA 110 x 70 TAX: 86-98	25 Local da lesão 			
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 Central 1 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não			
Assistência	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10				
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/corta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input checked="" type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input checked="" type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input checked="" type="checkbox"/> Medicamentos a) Ringer 1.000				
	32 Hospital de Destino HUT - Sala de Trauma				
Observações Interdisciplinares	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado				
	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
<p>Paciente de 42 anos, vítima de colisão com um moto (motocicleta) apresentando: fratura exposta em HIE + trauma em hemitorax esquerdo + fratura dentária com sangramento oral + escoriações + queixa algica (dor - 10). Paciente aborrecido em DLE, consciente, orientado; transportado em prancha longa + C.C. + R.B. + imobilização em HIE + O<sub>2</sub> sob cateter (SpO<sub>2</sub> 86% em O<sub>2</sub> ambiente e 98% com O<sub>2</sub>). ECG 15, sinais de uso de bebida alcoólica. Admitido na sala de trauma; Paciente na síncope, vômitos, vertigem. Alcoolismo medicamentoso, comorbidades.</p>					
Dr. Italo T. Medeiros Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE Marcos S. de Moraes Oliveira COREN-PI 411076-IE		Enfermeiro Condutor C. A. Pedraza	





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 08 SD 4044	02 Data do chamado 29 06 2018	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 14:03	05 Chegada ao local 17:10
	06 Saída do local 17:44	07 Chegada ao 1º hospital 17:52	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Pires de Castro x R. Mercedes Freitas	11 Bairro Mangueira	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome Paulo Geimano Barbosa de Sousa	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	16 Idade 11.11.75 42		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros			
Tipo de Ocorrência	19 Vitima 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 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento da retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 82 Resp. 24 PA 110 x 70 TAX SatO2 86-98	25 Local da lesão 			
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/corta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) J. 18 b) Ringer 1.000				
	32 Hospital de Destino HUT - Sala de Trauma 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
Observações Interdisciplinares	Paciente de 42 anos, vítima de colisão com uma moto (motocicleta) apresentando: fratura exposta em HIE + trauma em hemitorax esquerdo + fratura dentária com sangramento oral + escoriações + queixa algica (dor - 10). Paciente aborrecido em DLE, consciente, orientado; transportado em prancha longa + C.C. + R.B. + imobilização em HIE + O2 sob cateter (SpO2 86% em O2 ambiente e 98% com O2). ECG 15, sinais de uso de bebida alcoólica. Admitido na sala de trauma; Paciente não responde, vômitos, vertigem. Alcoolismo medicamentoso, comorbidades.				

86 98824-1642 (Cachado)



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 Fins. Econôm. 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAP 06/98

Nº da Nota Fiscal 012022793

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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:	
Consumo Medidor:	448	Emissão:	05/10/2018
Consumo Fabricado:	448	Apresentação:	08/10/2018
Forma de Faturamento: NORMAL		Código de end. bilhete:	
		Classe de Consumo:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Divisão	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/18 380	CONSUMO 448 A R\$ 0,895876 = 401,35
AGO/18 437	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CCSIP) 32,47
JUL/18 292	CORRECAO 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 VERMELHA - 22,38
MAR/18 253	
FEV/18 266	
JAN/18 292	
DEZ/17 359	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 448 - 3,604098	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 16/10/2018. O não pagamento não gera qualquer ônus e, inclusive, do nome do consumidor no CEPEN. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar esta aviso.
09/2018	383,66	
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

RESERVADO AO FISCO 72EB.CC70.FACS.7000.A63D.893Z.C50B.287B

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		FIC		DMC		DICBI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Linha	5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86
Realidade	0,00			0,00			0,00

Conjunta	TERESINA	08/2018	127,46
----------	----------	---------	--------

ROT: 5.001.11.30.231900



INSC. CORRETORA  
DE SEGUROS

10 OUT 2018

DPVAT





Para consulta com a Eletrobras, informe este NÚMERO

**SEU CÓDIGO**  
0028725-3

COMPANHIA ENERGÉTICA PARÁ  
Av. Maranhão, 150 - Centro - Teresina - PI  
CEP: 64.000-000  
Fone: (065) 311-1000  
Fax: (065) 311-1001  
E-mail: atendimento@eletrobras.com.br

10/12/2018 014730718

Atividade: Serviço de Energia Elétrica - YSSE (atualizado Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002)

CONTR. MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	17/12/2018	442	424,21

MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA CONCEIÇÃO MONTEIRO  
R. AGRNOR VELOSO 2131 LOURIVAL PARENTE  
CPF: 000.10601120353  
CEP: 64.023-285 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atividade	37597	Atividade	10/12/2018
Consumo	37155	Atividade	08/11/2018
Consumo de Energia Elétrica	1,000	Atividade	07/01/2019
Consumo de Energia Elétrica	442	Atividade	06/12/2018
Consumo de Energia Elétrica	442	Atividade	10/12/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Atividade	Residencial	Atividade	MONO
Atividade	Atividade	Atividade	Atividade
Atividade	Atividade	Atividade	Atividade

MISTURA DO MÊS		CONSUMO	
MOV/18	448	CONTR. ILUMINACAO PAB. (COSIP)	393,60
OUT/18	448	ADICIONAL BANCHEIRA ANARELA	30,55
SET/18	380		
AGO/18	437		
JUL/18	292		
JUN/18	346		
MAI/18	302		
ABR/18	937		
MAR/18	253		
FEV/18	266		

TARIFA COM TRIBUTOS:  
R\$ 442 - 0,570876

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAJUSTO DE VENCIMENTO**  
Mes/Ano 11/2018 Valor R\$ 453,24  
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 15/12/2018. O não pagamento por 30 dias consecutivos, também a inclusão do nome do consumidor no cadastro, vado após 30 dias o pagamento favor desconectar este aviso.  
**REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.**  
**LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25**

**J CORRETORA DE SEGUROS**  
08 JAN 2019  
**DPVAT**

COMPOSICAO DE COTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS	
Distribuição	138,21	Serviço de Energia	27,00%
Energia	21,74	Atividade	106,28
Atividade	22,02	Atividade	5,82
Atividade	139,02	Atividade	26,92

INDICADORES DE CONTINUIDADE	
5,04	10,15 20,30 3,43 6,85 13,70 2,86
0,00	0,00 0,00
TERESINA	10/2018 130,67

Eletrobras Distribuição Pará		SEU CÓDIGO	
COMPANHIA ENERGÉTICA PARÁ	0028725-3	TOTAL A PAGAR - R\$	424,21
Av. Maranhão, 150 - Centro - Teresina - PI	12/2018	VENCIMENTO	17/12/2018
CEP: 64.000-000	014730718	FCAM	



SEQ.: 00178 UC: 0028725-3 OT. LEIT.: 10/12/2018 T. ENTR.: 01  
LEITURA: 37597 NORMAL TOTAL: 424,21  
DT. VENC.: 17/12/2018

(86) 98851-3666



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 Fins. Econôm. 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAP 06/98

Nº da Nota Fiscal 012022793

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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. AGEMOR VELOSO 2131 LOURIVAL PARENTE  
CPF: 00010601120353  
CEP: 64.023-285 - TERESINA

ROT: 5.001.11.30.231900

DADOS DA LEITURA		kWh		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			Emissão:	05/10/2018
Consumo Faturado:	448			Apresentação:	08/10/2018
Forma de Faturamento:		NORMAL		Código de end. bilhete:	
				Classe de Consumo:	
				32	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Divisão	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/18 380	CONSUMO 448 A R\$ 0,895876 = 401,35
AGO/18 437	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CCOIP) 32,47
JUL/18 292	CORRECAO 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 VERMELHA - 22,38
MAR/18 253	
FEV/18 266	
JAN/18 292	
DEZ/17 359	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 448 - 3,604098	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 16/10/2018. O não pagamento não gera qualquer ônus e, inclusive, do nome do consumidor no CEPEN. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar esta aviso.
09/2018	383,66	
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

RESERVADO AO MISC 72EB.CC70.FACS.7000.A63D.893Z.C50B.287B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	270,64	Alíquota de Cálculo:	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
Tributos:	130,71	Valor do COFINS:	18,38

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		FIC		DMC		DICBI
	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal
Linha	5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86
Realidade	0,00		0,00		0,00		

Conjunta	TERESINA	08/2018	127,46
----------	----------	---------	--------

ROT: 5.001.11.30.231900



INSC. CORRETORA  
DE SEGUROS  
10 OUT 2018  
DPVAT



GUE 0800 086 0800 E FACA OPCA0 VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
rabens! Até o dia 05-02-2020, não constatamos faturas vencidas  
ssa Unidade Consumidora.

Sinistro: 3200038735  
 CPF: 773.253.623-15



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DONALICE BARBOSA DE SOUSA MORAIS,  
RG nº 1.592.089, data de expedição 24/09/2013  
Órgão SSP-PJ, portador do CPF nº 746.809.273-72, com  
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de  
PIAUÍ, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA AGENOR VELOSO, LOUINAL MARINTE, nº 2131  
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: DDY 8804  
Chassi: 9C2JC4120CRSG65087  
Data do Acidente: 29.06.2018  
Local e Data: TERESINA PI 23/07/2018

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

15 OUT 2013

DPVAT

5º Ofício

Donalici Barbosa de Sousa Moraes  
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO  
DJALMA VELOSO

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS  
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelião  
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 84001-190 - Teresina-PI - Fone: (08) 3221-6665

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DONALICE BARBOSA DE SOUSA  
MORAIS. DOU - FE. EM - TEST. DA VERDADE.  
TERESINA-PI, 23/07/2018. Ecol: 13,71 12:0,74 Selo: 0,26 Total: 14,71  
Selo: ABD-48331 (F330P144)

ROSELANE DE SOUSA PINHEIRO-ESCREVENTE

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"  
Roselane de Sousa  
Escrevente Com  
Teresina





Alter



NOME DO PACIENTE:

Paulo Germano Barbosa de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

161711

COORDENADORIA  
DE SEGUROS

15 OUT 2018

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 URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/0022-02

OK TOBOLVA  
leitura geral OK!

SUS SUS

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA</b>		Fronteiriço: <b>161711</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 - JOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>		
Nascimento: <b>11/11/1975</b>	Idade: <b>42a/18d</b>	Sexo: <b>Masculino</b> Fone: <b>86- 3811-7994</b>
Responsável: <b>O MESMO</b>	CNS: <b>898002313022791</b>	
Profissão: <b>MOTORISTA</b>	CPF: <b>773.253.623-15</b> * RG: <b>-</b>	
G. Instrução: <b>Fundamental Incompleto</b>	E.Civil: <b>Concubinato</b>	
End.Local.: <b>- - -</b>		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>672072</b>	Data: <b>29/06/2018 18:05:08</b>	Condução: <b>AMBULANCIA DO SAMU</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>		Convênio: <b>S.T.S</b>
Acid.Trab.: <b>Não</b>	Trajeta?: <b>Não</b>	Tipico: <b>Não</b>
CID Secundário: <b>V299</b>		

### DADOS CLÍNICOS: **19h50min**

Paciente vítima de acidente motociclístico há ± 1 hora  
 A) Vans náuseas, vômitos, com cefaleia cervical B) Dispneia, MV+ bilateral  
 diminuídas em hemitorax esquerda, saturação 94% com suporte de O2  
 C) Normotensão, hipoxemia (1/4), abdome flácido, doloroso D) PPR  
 E) Lengua 15 F) Fratura exposta em perna esquerda

HUT DR. ZENON ROCHA

TCMOGAMÁ CAMPUS DE DOSSA - PI

EXAME CC+CM+CT+PELVE

Dr. Jialo Lustosa  
Médico  
CRM-PI 6838

PA <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> mmHg	DATA: <b>29/06/18 19:20h</b>	bpm	Temp.: <b>-</b>
Diagnóstico Inicial:			CID:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicita Raxo X de perna esquerda, TC de crânio, cefaleia cervical,  
 pulso, tórax

Alcino J. J. Pimenta Coordenador  
Médico: 85904  
SANE - HUT  
CONFERE COM ORIGINAL

RAIC

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão
	<input type="checkbox"/> Já Pedido	

<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
<input type="checkbox"/> Transferência: Técnico

DATA SAÍDA: **/ /**

HORA: **18:00**

ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> INL
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.

### DESTINO:

☐ Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

DE SEGUROS

15 OUT 2018

Prof. Solicitante  
Internação

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



[illegible]





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTETRICO

DATA 21 / 06 / 18

NOME DO PACIENTE: Paulo Gernsey B. de Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 161711
DIAGNÓSTICO: Fract. Exposta pilostilil	CIRURGIA: LMC + Fix. Exter
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Claudio Noqueira	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Jires	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI N 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 6.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC			SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	18		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº MD	UNID.	01		Escovas		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Elétrica		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Calha		01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Anjo		03	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	PO	02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							

Assinatura Responsável Clínico  
 Medicinal: 66004  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 15 OUT 2018  
 OPVAT  
 ENFERMARIA:  
 CIRCULANTE: Georgette R. Paz  
 Farmácia:  
 COREN-PI: 666.187





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Paulo Bernanos Barbeira de Sá</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura exposta pilos tibial E</i>		
Operação - Tipo <i>LMC + fixação externa</i>		
Cirurgião <i>Dr. Valdir</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>29/10/13</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Osso</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

Rafaela Juracy Pimentel Cavalcante  
Matrícula: 69804  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) P.A. - DDH 180 graus
- 2) Anestesia + Antiespasmódico + lavagem externa
- 3) LMC obstruída a 570,9 cm
- 4) Obstrução por tumor com necrose
- 5) Colocação de fixação externa transosteal
- 6) Sutura + curativo

ASSINATURA  
DE SEGUROS

16 OUT 2013

DPVAT



**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14 / 07 / 2018

NOME DO PACIENTE: <u>Paulo Gervasio B. de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>161744</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Proctite</u>	CIRURGIÃO: _____
ANESTESIA: <u>raquianestesia</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Durval</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Dr. José Miguel</u>	CRM: <u>133542.40368</u>
INSTRUMENTADORA: <u>Carosinha Ferreira</u>	CPF Nº: _____

**Dr. Ricardo Valença**  
CRM: 3766 - TEOT. 133542.40368  
CRM: 3766 - TEOT. 133542.40368

**José Miguel de Andrade Filho**  
CRM: 133542.40368

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>nº 24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7 1/2</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	-		LUVA Nº <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	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 Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	01		<u>Escores</u>	-	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletródos</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Crepom</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>nº 2.0</u>							
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							

**Atestado de Entrega de Material Consumível**  
Matrícula: 83904  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

**RECEBÓ**  
15 OUT 2018  
DPVAT

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_

CIRCULANTE: Lezélia Gonçalves





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 06 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 29/06/2018 18:06:39  
(MARIA SILVA)

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### 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 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	Fone: 86- 8811-7994	
Nascimento: 11/11/1975	Idade: 42a7m18d	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO	CNS: 898002313022791	
Profissão: MOTORISTA	Documento: CPF: 773.253.623-15	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Concubinato	
End. Local: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 29/06/18	ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Pot. repare acidente de moto, com fratura de humero esquerdo e fratura de fêmur direito. A dor é intensa e constante. Há inchaço e deformidade no local das fraturas.	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: -/-/	
Parecer: Fratura humeral e fêmur.	
CD: Abolição Neurocirurgia e Ortopedia	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: -/-/	ESPECIALISTA: Retorno à ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Retorno à ortopedia após cirurgia de fratura de humero e fêmur.	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 29/06/18	
Parecer: Retorno à ortopedia após cirurgia de fratura de humero e fêmur. Não há necessidade de tratamento adicional.	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

Recebi em mãos o documento original  
Matrícula: 80004  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Carimbo/Assinatura Solicitante

VOR DE SEGUROS

06/07/18  
15 OUT 2018

DPVAT

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Paulo Gennaro Barbosa de Sousa</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>fratura do fêmur E</i>		
Operação - Tipo <i>hosselorth e ilio</i>		
Cirurgião <i>Dr. Durval</i>	1º Assistente	<i>Dr. Ricardo Valença</i> Ortopedia - Traumatologia CRM: 3766 - TEOT: 11305
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Christina F</i>	Anestesista <i>Dr. José Miguel</i>	Anestesia <i>Raque</i>
Anestésico(a)		

Data da Operação <i>14/07/2018</i>	Início <i>2:40 hs</i>	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Atestado de Autenticidade  
Matrícula: 89004  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

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

*Realizada a cirurgia de hosselorth e ilio com o uso de placa e parafusos para fixação da fratura do fêmur. Foi realizado o fechamento da ferida com pontos e suturas. O paciente foi encaminhado para o bloco de recuperação pós-operatória.*

DE SEGUROS

15 OUT 2018

DPVA

*Dr. Ricardo Valença*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 3766 - TEOT: 11305



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07 / 07 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Paulo Germano B. de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>161711</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Intussuscepção</u>	CIRURGIA: <u>Cirurgia de Intussuscepção</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Ricardo Valença</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Neza</u>	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Cláudia Brito</u>	CPF Nº:

Doutor Tercio Nunes Leal  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 1995 / CRM-MA 3639

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0; 7.5	PAR	02:02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0; 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 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	OCCORRÊNCIA	-	-	-
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				- Escova para higienização			Quant. 03
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				- Eléctricos			Quant. 05
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0		03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>E. Cirurgico</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Cláudia Lopes</u>			
PROLENE							

Atestado de Autenticidade  
Matrícula: 65904  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

15 OUT 2013





Nome do Paciente Paulo Germano Barbosa de Sousa

Diagnóstico pré-operatório OUTO 25 TISOT

Operação - Tipo OUTO 25 TISOT

Cirurgião Dr. Paulo 1º Assistente Dr. Divaldo

2º Assistente Dr. Divaldo 3º Assistente Dr. Divaldo

Instrumentador(a) Claudia Brito Anestesista Herculano Anestesia Raquel

Anestésico(a) Raquel

Data da Operação 07/07/18 Início 07/07/18 Fim 07/07/18

Diagnóstico Pós-operatório OUTO 25 TISOT

Relatório Imediato do Patologista —

Acidente Durante a Operação UP

Atestado de Autenticidade  
Matrícula: 8888  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

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

Preparo dos Artelhos, Artelhos  
+ Artelhos, Artelhos, Artelhos  
Artelhos, Artelhos, Artelhos  
Artelhos, Artelhos, Artelhos  
Artelhos, Artelhos, Artelhos  
Artelhos, Artelhos, Artelhos  
Artelhos, Artelhos, Artelhos  
Artelhos, Artelhos, Artelhos

DE SEGUROS

19 OUT 2018

Divaldo Tarcio Nunes Leal  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 1995 / CRM-MA 3636



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Filho 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: S U S

**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 fíbula.
- Fratura no terço distal da tibia.

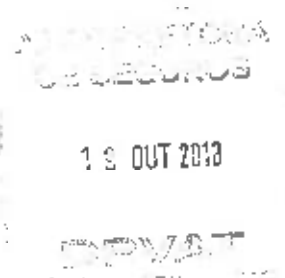
(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Rosário Juracy Parente Cavalcante  
 Matrícula: 69604  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tillo 1820 - Redenção - Fone: 96 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: INTERNAÇÃO 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 fíbula.
- 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



Passado Joozjo Pimental Oliveira  
 Matrícula: 69304  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL



# C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

## Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 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 + LIMITAÇÃO 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 de S Lima Junior  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 2313-PJ

Dr. Edmar S. L. Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PJ 2313 / CRM-MG 325





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HRP

Nº Pedido: 32386528

Data 12/08/2019

Pag 1 de 1

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 65051 Tel.: 8888850113

Convenio...: HAPVIDA TERESINA

Matricula...: 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 fíbula.

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 fíbula 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 a 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



**Piauí**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DO MOCAMBINEO  
Av. Professor Freitas Neto, 570 - Ilhabela I.  
(085) 3245-4581 - 3245-100 - Teresina-PI  
CNPJ 06.964.842/0001-70

NOME: PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA  
DT\_NASCIMENTO: 11/11/1975  
NOME DA MÃE: MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA C MONTEIRO  
EXAME: RM PERNA - E  
MÉDICO: BRUNO FREIRE  
ORDEN Nº: 30535  
DATA LAUDO: 07/03/2019

Relatório:

A presente documentação mostra:

- Fratura na diáfise proximal da tíbia.
- Perda de substância óssea na diáfise distal da tíbia.
- Túneis radiolucantes de fixação prévia na tíbia.
- Aparelho metálico de fixação externa na tíbia e fibula.
- Fraturas na diáfise proximal e distal da fibula.

RAFAEL DE ANDRADE LIRA RABELO  
CRM: 3989  
MÉDICO



Alter



NOME DO PACIENTE:

Paulo Germano Barbosa de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

161711

COORDENADORIA  
DE SEGUROS

15 OUT 2018

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 URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/0022-02

OK TOBOLVA  
leitura geral OK!

SUS SUS

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA</b>		Fronteiriário: <b>161711</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>42a/18d</b>	Sexo: <b>Masculino</b> Fone: <b>86- 3811-7994</b>
Responsável: <b>O MESMO</b>	CNS: <b>898002313022791</b>	
Profissão: <b>MOTORISTA</b>	CPF: <b>773.253.623-15</b> * RG: <b>-</b>	
G. Instrução: <b>Fundamental Incompleto</b>	E.Civil: <b>Concubinato</b>	
End.Local.: <b>- - -</b>		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>672072</b>	Data: <b>29/06/2018 18:05:08</b>	Condução: <b>AMBULANCIA DO SAMU</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>		Convênio: <b>S.T.S</b>
Acid.Trab.: <b>Não</b>	Trajeta?: <b>Não</b>	Tipico: <b>Não</b>
CID Secundário: <b>V299</b>		

### DADOS CLÍNICOS: **19h50min**

Paciente vítima de acidente motociclístico há ± 1 hora  
 A) Vans náuseas, vômitos, com cefaleia cervical B) Dispneia, MV+ bilateral  
 diminuídas em hemitorax esquerda, saturação 94% com suporte de O2  
 C) Normocardia, hipoxemia (1/4), abdome flácido, doloroso D) PFR  
 Oliguria > 15 E) Ferimento exposto em perna esquerda

HUT DR. ZENON ROCHA

TCMOGAMÁ CAMPUS DE DOSSA - PI

EXAME CC+CM+CT+PELVE

Dr. Jialo Lustosa  
Médico  
CRM-PI 6838

PA <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> mmHg	DATA: <b>29/06/18 19:20h</b>	bpm	Temp.: <b>-</b>
Diagnóstico Inicial:			CID:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicita Raxo X de perna esquerda, TC de crânio, cefaleia cervical,  
 pulso, tórax

Alcino J. J. Pimenta Coordenador  
Médico: 85904  
SANE - HUT  
CONFERE COM ORIGINAL

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão
	<input type="checkbox"/> Já Pedido	

<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
<input type="checkbox"/> Transferência: Técnico

DATA SAÍDA: **/ /**

HORA: **18:00**

ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> INL
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.

### DESTINO:

☐ Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

PJ CORRETO  
DE SEGUROS

15 OUT 2018

Prof. Solicitante  
Internação

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



Dr. Valério F. de  
Ortopedia e Traumatologia  
2013





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTETRICO

DATA 21 / 06 / 18

NOME DO PACIENTE: Paulo Gernsey B. de Jesus	PRONTUÁRIO Nº: 161711
DIAGNÓSTICO: Fract. Exposta pilostilil	CIRURGIA: LMC + Fix. Extern
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Claudio Noqueira	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Jires	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI N 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 6.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC			SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	18		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº MD	UNID.	01		Escovas		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Elétrica		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Calha		01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Anjo		03	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	PO	02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							

Assinatura Responsável Clínico  
 Medicinal: 66004  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 15 OUT 2018  
 OPVAT  
 ENFERMARIA:  
 CIRCULANTE: Georgette R. Paz  
 Farmácia:  
 COREN-PI: 666.187





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Paulo Bernanos Barbeira de Sá*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura exposta pilos tibial E*

Operação - Tipo *LMC + Fixação externa*

Cirurgião *Dr. Valdir* 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *29/06/13* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

*Rafaela Juracy Pimentel Cavalcante*  
Matrícula: 69804  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① P.A. - D.D.H. sob anestesia
- ② Anestesia + Antiespasmódico + Lavagem Extensa
- ③ LMC obstruída a 570,9.1
- ④ Obstrução por tumor com necrose em partes ósseas
- ⑤ Colocação de fixação externa transosteal
- ⑥ Sutura + Curativo

ASSINATURA  
DE SEGUROS

16 OUT 2013

DPVAT



**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14 / 07 / 2018

NOME DO PACIENTE: <u>Paulo Gervasio B. de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>161744</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Proctite</u>	CIRURGIÃO: _____
ANESTESIA: <u>raquianestesia</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Dival</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Dr. José Miguel</u>	CRM: <u>133542.40368</u>
INSTRUMENTADORA: <u>Carosinha Ferreira</u>	CPF Nº: _____

**Dr. Ricardo Valença**  
CRM: 3766 - TEOT. 133542.40368  
CRM: 3766 - TEOT. 133542.40368

**José Miguel de Andrade Filho**  
CRM: 133542.40368

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>nº 24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7 1/2</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	-		LUVA Nº <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	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 Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	01		<u>Escores</u>	-	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletródos</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Crepom</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>nº 2.0</u>							
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							

**Atestado de Entrega de Material Cirúrgico**  
Matrícula: 83904  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

**RECIBO DE ENTREGA**  
15 OUT 2018  
DPVAT

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_

CIRCULANTE: Lezélia Gonçalves





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 06 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 29/06/2018 18:06:39  
(MARIA SILVA)

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### 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 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	Fone: 86- 8811-7994	
Nascimento: 11/11/1975	Idade: 42a7m18d	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO	CNS: 898002313022791	
Profissão: MOTORISTA	Documento: CPF: 773.253.623-15	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Concubinato	
End. Local: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 29/06/18 : ESPECIALISTA: Ortopedia

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Pot repare acidente de moto, com fratura de humero esquerdo e fratura de fêmur direito. A dor é intensa e não responde a analgésicos. Há edema e hematoma no local das fraturas.

Carimbo/Assinatura Solicitante:

DADOS DO PARECER: Data/Hora: -/-/ -

Assinatura Prof. Parecer:

CD: Abolição Neurocirurgia e Urologia

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: -/-/ - : ESPECIALISTA: Retorno à ortopedia

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Retorno à ortopedia após cirurgia de fratura de fêmur direito.

Carimbo/Assinatura Solicitante:

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

Assinatura Prof. Parecer:

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer:

DPVAT



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente <b>Paulo Gernany Barboza de Sousa</b>		
Diagnóstico pré-operatório <b>fratura do fêmur</b>		
Operação - Tipo <b>transferte esse</b>		
Cirurgião <b>Dr. Durval</b>	1º Assistente <b>Dr. Ricardo Valença</b>	
2º Assistente	3º Assistente <b>Dr. Ricardo Valença</b>	
Instrumentador(a) <b>Christina F</b>	Anestesista <b>Dr. José Miguel</b>	Anestesia <b>Raque</b>
Anestésico(a)		
Data da Operação <b>14/07/2018</b>	Início <b>2:40 hs</b>	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

Attestado de Autenticidade  
Matrícula: 68404  
SANE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

*[Handwritten Signature]*

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Patient: Dr. Ricardo Valencia  
 Orthopedic & Traumatology  
 CRM: 3786 - TEOT: 11305



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07 / 07 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Paulo Germano B. de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>161711</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Uterotomia TT321</u>	CIRURGIA: <u>C3440 6170</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Ricardo Valença</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>22</u> <u>Nezary Nunes Leal</u>	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Cláudia Brito</u>	CPF Nº:

Durval Tercio Nunes Leal  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 1995 / CRM-MA 3639

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI no 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0; 7.5	PAR	02:02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0 e 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 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	OCCORRÊNCIA	-	-	-
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				- Escova para higienização			Quant. 03
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				- Elásticos			05
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0		03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>E. Cirurgico</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Cláudia Lopes</u>			
PROLENE							

Atestado de Autenticidade  
Matrícula: 65904  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

15 OUT 2013





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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Paulo Germano Barbosa de Sousa</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Quiloma de Tíbia</i>		
Operação - Tipo <i>Quiloma de Tíbia</i>		
Cirurgião <i>Dr. Rafael</i>	1º Assistente <i>Dr. Dival Tercio Nunes Leal</i>	<i>Dival Tercio Nunes Leal</i> ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1995 / CRM-MA 3636
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Claudia Brito</i>	Anestesiologista <i>Herculano</i>	Anestesia <i>Raquianestesia</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>07/07/18.</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Quiloma de Tíbia</i> <i>PSA</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação <i>ND</i>		
<i>Relatório Imediato do Patologista</i> Matrícula: 89901 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL <i>K</i>		
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<i>Pré-operatório sob anestesia geral + antibioticoterapia profilática. Realizada a incisão em T de 10cm na tibia, drenagem do quiloma, fechamento com pontos e curativo.</i>		
<i>Quiloma de Tíbia</i>		
<i>Quiloma</i>		
<i>19 OUT 2013</i>		
<i>Dival Tercio Nunes Leal</i> ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1995 / CRM-MA 3636		



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Fílio 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: S U S

**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 fíbula.
- Fratura no terço distal da tibia.

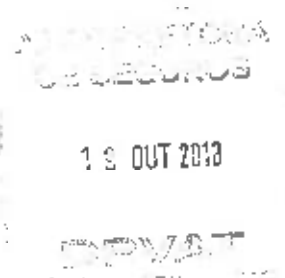
(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 04/07/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Rosário Juracy Parente Cavalcante  
Matrícula: 69604  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tillo 1820 - Redenção - Fone: 96 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: INTERNAÇÃO 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 fíbula.
- 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





Passado Joozjo Pimental Caramelo  
 Matrícula: 65504  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

*Paulo Germano Barbosa de Sousa*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.654.012 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/10/08

NOME PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA FILIAÇÃO

MARIA DOS ANJOS BARBOSA DA G. MONTEIRO SEBASTIÃO DE SOUSA MONTEIRO DATA DE NASCIMENTO 11/11/1975

NATURALIDADE TERESINA-PI DOC. ORDEM

CERT. NASC. 6404 L. 808. F. 133 EXP. TERESINA-PI 12/11/75

TERESINA-PI 773.253.623-15 *Paulo Germano Barbosa de Sousa*  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

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

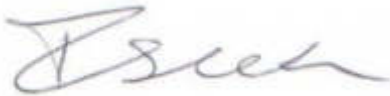
Região Corporal (Sequela):

% 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



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA PAULO GERMANO GABRIELA DE SOUZA  
 DATA DO ACIDENTE 29.06.2018 CPF DA VÍTIMA 773 253 623-15  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PAULO GERMANO GABRIELA DE SOUZA  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ALEXANDRE VASCONCELOS  
 Nº 2114 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO BOA VISTA  
 CIDADE TERESINA UF PI CEP \_\_\_\_\_  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( 98 ) 98851-3666

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ORIGENS REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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)
- ORIGENS REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- 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 PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVAT.COM.BR](http://WWW.DPVAT.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1704

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE 1.654 012

ASSINATURA Paulo Gerardo

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA DPVAT



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

**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 Líder  
Consórcio do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031790/20 - AT7 ASL

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 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 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 15.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.

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

PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALAN SILVA DE OLIVEIRA



3180493463

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

06/01/20 - cancelado por sistema  
Não foi possível realizar a pg-  
SD 69347

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 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 PERNA 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# 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 PERNA 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?**

[ ☒ ] 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)?**

[ ☒ ] 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  
( X ) 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 Leão - 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

PAULO GERMANO BARBOSA DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

THATIANA PIRES BELLOT



---

**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



---

**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.

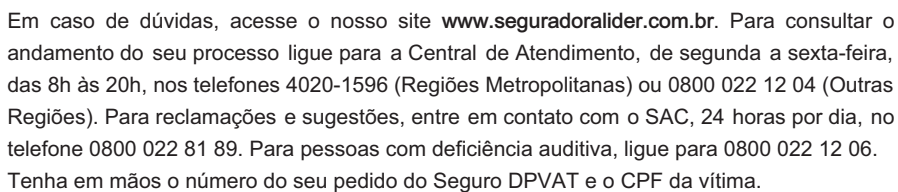
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você









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: 773 253 623 - 15 CPF da Vítima: 773 253 623 - 15 Nome completo da vítima: PAULO GERNANO BARBOSA DE SOUZA

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

Nome completo <u>PAULO GERNANO BARBOSA DE SOUZA</u>	CPF titular da conta <u>773 253 623 - 15</u>	Profissão <u>MOTORISTA</u>
Endereço <u>RUA ABENOR NELOSO</u>	Número <u>2131</u>	Complemento
Bairro <u>LOUVADEZ DARENTE</u>	Cidade <u>TERESINA</u>	CEP
Email	Estado <u>PIAUÍ</u>	Telefone (DDD) <u>86 98851-3666</u>

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**

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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 NRO. 1606 D/V 5 CONTA NRO. 59270 D/V 5  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome COOPERATIVA DE SEGUROS NRO. 100  
AGÊNCIA NRO. 100 D/V 100 CONTA NRO. 100 D/V 100  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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 Gernano Barbosa de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







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: 773 253 623 - 15 CPF da Vítima: 773 253 623 - 15 Nome completo da vítima: PAULO GERNANO BARBOSA DE SOUZA

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

Nome completo <u>PAULO GERNANO BARBOSA DE SOUZA</u>	CPF titular da conta <u>773 253 623 - 15</u>	Profissão <u>MOTORISTA</u>
Endereço <u>RUA AGENOR NELOSO</u>	Número <u>2131</u>	Complemento
Bairro <u>LOUVADEZ DARENTE</u>	Cidade <u>TERESINA</u>	CEP
Email	Estado <u>PIAUÍ</u>	Telefone (DDD) <u>86 98851-3666</u>

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**

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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 NRO. 1606 D/V 5 CONTA NRO. 59270 D/V 5  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome COOPERATIVA DE SEGUROS NRO. 100  
AGÊNCIA NRO. 100 D/V 100 CONTA NRO. 100 D/V 100  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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 Gernano Barbosa de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



