

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

CPF da Vítima

Data do Acidente

Raimundo Renato de Oliveira  
Souza

814.952.853-94

04/08/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

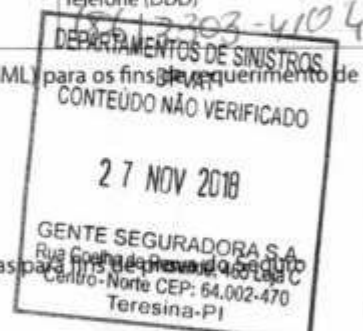
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova de culpa 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.



Teresina, 08 de Novembro de 2018

Local e Data

Raimundo Renato de Oliveira Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

Dados do Chamado

01 Nº do chamado 454 34 02 Data do chamado 04.08.18 03 PRO (código) 3904 04 Saída do PA 3.58 05 Chegada ao local 4.16

Local da Ocorrência

06 Saída do local 4.42 07 Chegada ao 1º hospital 5.10 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º Hospital

10 Endereço 2 Fl casa 02 Pontão de Tereza II

11 Bairro 1ª Maria da Graça 12 Município UF Teresina PI Código IBGE

13 Ponto de referência Ponte do miquele

Dados do Paciente

14 Nome Raimundo Nilton de Oliveira Silva 15 Sexo 1 Masculino 2 Feminino 9 Ignorado

16 Idade 20 anos 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado Se idade ignorada, preencha com 999 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência 01 Acidente de transporte 02 Agressão física-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 17 Já removido 18 Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima 2 Pedestre 3 Condutor 4 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 9-Ignorado 22 Equipamentos de segurança 1-Capacete 2-Cinto de segurança 3-Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15 RESPOSTA VERBAL 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum 24 Sinais Vitais Pulso 65 Resp. PA TAX. SatO2 25 Local da lesão

26 Pupilas 1-Iguals 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 30 Fratura 1-Sim 2-Não 3-Suspeito

Assistência

31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) 1-Aspiração 2-Oxigênio 3-Curativos 4-Prancha longa/curta 5-Colar cervical 6-Kred 7-Imobilização de extremidades 8-Reanimação cardiopulmonar 9-Assistência obstétrica 10-Glicemia 11-Acesso Venoso 12-Medicamentos a) b) c)

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino HET 33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado 34 Óbito 1-Sim 2-Não

Observações Interdisciplinares

Paciente de 40 anos vítima de queda de moto alcoolizada com suspeita de trauma de perna e com leve sangramento + escoriações no rosto

Responsável pela recepção

Socorristas  
Médico  
AE/TE

Enfermeiro  
Condutor

Madeira 3905 Paulo Silva

27 NOV 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso de Resende, 460 - Loja  
Centro - Norte CEP: 64002-470  
Teresina - PI



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

OPRIMIR

Neuro 614  
SUS SUS

Imp: 04/08/2018 05:12:34

(User: YULLE)

(Estação: RECEPCAO1)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA</b>		Prontuário: <b>272952</b>
Mãe: <b>MARIA DO ROSARIO NUNES DE OLIVEIRA SOUSA</b>	Pai: <b>FRANCISCO TEDORO DE SOUSA</b>	
End.Resid.: <b>RUA SAO MIGUEL DO TAPUIO N 2939 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>		
Nascimento: <b>20/04/1978</b>	Idade: <b>40a3m14d</b>	Sexo: <b>Masculino</b>
Responsável: <b>REJANE MARIA</b>	CNS: <b>898002976053083</b>	Fone: <b>86-99453-2838</b>
Profissão: <b>MOTO TAXISTA</b>	CPF: <b>814.952.853-91</b>	RG: <b>-</b>
G. Instrução: <b>Fundamental Incompleto</b>	E.Civil: <b>Solteiro(a)</b>	
End.Local.: <b>- - -</b>		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>677729</b>	Data: <b>04/08/2018 05:10:45</b>	Condução: <b>AMBULÂNCIA DO SAMU</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>		Convênio: <b>S</b>
Acid.Trab.: <b>Sim</b>	Trajetos?: <b>Não</b>	Tipico: <b>Sim</b>
CID Secundário: <b>V299</b>		

### DADOS CLÍNICOS:

Lesão cutânea de queda de moto. Escala sem controle.  
A- wos olhos, ouvidos, compando ungue e mto. cervical.  
B- mvt, sem unidos voluntários  
C- BNF, CRT, SS, sem movimentos ativos. satO<sub>2</sub> = 99%, pele ciliar, distome  
D- Glasgow: 15, pupilas isocóricas e reativas.  
E- lesão no nariz

William Wobler S. Barros  
Cirurgião Geral  
CRM-PI 2772

PA: <b>120 X 80</b> mmHg	Pulso: <b>80</b>	FC: <b>-</b> bpm	Temp.: <b>-</b>
Diagnóstico Inicial:			CID:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

R- perna esquerda e coxa esquerda e esquerda.  
TC cômico  
TC face  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA  
EXAME: **CRÂNIO + FACE**  
DATA: **04/08/18 06:25h**

### RAIO-X REALIZADO

DATA: **04/08/18**  
Técnico: **[assinatura]**

ALTA:	( ) Melhorado ( ) Curado ( ) Inalterado ( ) A Pedido	( ) Administrativa ( ) Por Indicação ( ) Por Evolução	( ) Retornar à Unid. Origem: ( ) Transferência:
DESTINO:	( ) Até 24 Hs ( ) De 24 a 48 Hs ( ) Após 48 Hs	( ) Família ( ) IML ( ) Anat. Patol.	DATA SAÍDA: <b>/ /</b> HORA: <b>:</b>
ÓBITO:			( ) Internação na Unidade Proced. Solicitado:
		CID Compatível:	Prof. Solicitante Internação:

*[Assinatura]*  
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

# 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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000100367-5

---

Nr. da Autenticação 74707184751CE4FB

**Águas de  
Teresina**

Águas de Teresina S.A.

20150724112430

CNPJ 27337478000186 - LE 190965574  
Av. Odilon Araújo, 2095, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

NUMERO 12099708-8 DATA 15/11/2018  
MÊS/ANO 7/2018

NOME / ENDEREÇO MARIA DO ROSARIO N DE O SOUSA  
RUA SAO MIGUEL DO TAPUIO, 2939-BOM JESUS-TERESINA-PI-cep: 64009400

SOCIEDADE 012-00045-002710 GRUPO 015 NÚMERO DO CONTRATO 175277257

HISTÓRICO DE CONSUMO	UNIDADE	NATURADO	1 Residência - Normal
05-2018 L-100	27	10	
04-2018 L-100	27	10	
03-2018 L-100	27	10	
02-2018 Média	00	12	
01-2018 Média	00	12	

ANTERIOR 20/06/2018 92 CONSUMO MÊS 10 LITROS  
ATUAL 24/07/2018 115  
LITROS 10 LITROS  
VALOR 26,51 + 1,00 = 27,51  
COTIZ 26,51 + 1,00 = 27,51

TABELA DE TAXAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA NATUREZA
RESIDENCIAL TAXA DE CONSUMO MÊS E (%) 10 25 4,00% 50 25 999999 0,10% 50	VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51 > Residência - Normal 10,0 m3 26,51
NÃO RESIDENCIAL TAXA DE CONSUMO MÊS E (%)	VENIMENTO 06/08/2018 TOTAL ÁGUA 26,51

REGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOSSOS ARQUIVOS ACUSAM 2 DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

### NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/96, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO X)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	2431	2413	18	1,23	0,20-5,00 mg/l
COR APARENTE	2531	2039	492	9,68	Inferior a 15,0
PH	2629	2615	14	6,77	6,00-9,50
TURBIDIDADE	2624	2419	205	2,24	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO X)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	753	730	23	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	753	753	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 24/07/2018 HORA DA EMISSÃO: 11:26

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
27 NOV 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/PI/98

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO



Nº da Nota Fiscal

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

CONSUMO (KWh)	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
0010000/2018	01/11/2018	50	21,47

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	18910	Atual:	24/09/2018
Anterior:	1.000 <sup>de</sup>	Anterior:	26/11/2018
Constante de Multiplicação:	96	Próxima Leitura:	24/10/2018
Consumo Medido:	96	Emissão:	25/10/2018
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentação:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Nome:	Comércio

Comércio	Nome	Atividade	Posto	Código Set.	Média 12 meses
----------	------	-----------	-------	-------------	----------------

HISTÓRICO kWh		DESCR. DO DÉBITO		
SE	Medido	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		6,96
AGO/18	232	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00		0,84
JUL/18	184	MULTA POR ATRASO 09/18-00		5,36
JUN/18	208	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00		1,25
MAI/18	211	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,79	
ABR/18	159			
MAR/18	307			
FEV/18	224			
JAN/18	271			
DEZ/17	314			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
B.A. 5% - 0.004250				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
Parabéns! Até o dia 24/10/2018, não constamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.



RESERVADO AO FISCO E715.715B.3FC6.2091.1F57.B3ED.6D8B.5D6C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	16,56	Base de Cálculo:	80,00
Energia:	31,48	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,95	Valor do ICMS:	17,61
Encargos:	5,01	Valor do PIS:	0,79
Tributos:	22,06	Valor do COFINS:	3,66

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DEC		YIC		CIRC		COPR	
Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00			0,00			0,00	

08/2018 67,66

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
27 NOV 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173/91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Renato de Oliveira Sousa inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 814.952.853/91 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima  
Raimundo Renato de Oliveira Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 814.952.853/91, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina, 08 de Novembro de 2018  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Antonio Marcos de Oliveira Sousa,  
RG nº 1814310, data de expedição 30/11/12  
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 842.879.423-53, com  
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua São Miguel do Topuio, nº 2939,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Raimundo Nonato de Oliveira Sousa cujo o condutor era  
Raimundo Nonato de Oliveira Sousa

Veículo: moto  
Modelo: Honda CB 160 Fan ESDI  
Ano: 2015 2016  
Placa: PIJ 4936  
Chassi: 9C2KC2200GR001249  
Data do Acidente: 04/08/2018  
Local e Data: Teresina piaui

Antonio Marcos de Oliveira Sousa  
Assinatura do Declarante

Raimundo Nonato de Oliveira Sousa

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
27 NOV 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Serviço Notarial e de Registro - João Crisóstomo - 1º Ofício - 2ª Circunscrição  
Rua Luperon Soares, nº 1155 - CEP 64004-102 - Fone: (86) 3221-2233 Fax: 3220-5024 - Teresina - Piauí E-mail: joao@notariopiaui.com.br

Reconheço por autenticidade as firmas de Antonio Marcos de Oliveira Sousa e Raimundo Nonato de Oliveira Sousa  
em Teste da Verdade Dou Fé Teresina, 14/08/2018 15:29:07

Reconhecimento de Firma  
Nº ABH-60334

Reconhecimento de Firma  
Nº ABH-60335

Embr: 7.42 TJ: 1.48 Selo: 0.52 Total: 9.42

Cartório João Crisóstomo  
1º Of. de Notas e Reg.  
Raimundo Nonato de Oliveira Sousa  
Escrivente





Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	454 34	04.08.18	2904	3.58	4.16
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
	4.42	5.10.19			
	10 Endereço	2 F1 casa 02 cont. Dado de Tarcos II			
Dados do Paciente	11 Bairro	12 Município UF	Código IBGE		
	13 Ponto de referência	Donse do miteute			
Tipo de Ocorrência	14 Nome	15 Sexo	1 Masculino 2 Feminino 9- Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 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 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	Pulso: 65 bpm Resp.: PA: TAX.: 98% SatO2:	Diagrama de corpo humano com setas indicando a localização da lesão.
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	30 Fratura
	1- Iguais 2- Desiguais	1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	1- Sim 2- Não	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1- Sim 2- Não 3- Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	2 Aspiração 3 Orogênio 4 Curativos	4 UET	1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	1- Sim 2- Não	
Observações Interdisciplinares	Paciente de 40 anos vítima de queda de moto alcoolizada com suspeita de trauma de perna e com leve sangramento + escoriações no rosto				
	Responsável pela recepção: _____				

27 NOV 2018  
GENTE SEGURADORA  
Rua Celso de Resende, 100  
Centro-Norte CEP: 64002-470  
Teresina - PI



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

Ultr

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nuno de Oliveira Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 272952



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



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Neuro 014  
SUS SUS

Imp: 04/08/2018 05:12:34

(User: YULLE)

(Estação: RECEPCAO01)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA	Prontuário:	272952
Mãe:	MARIA DO ROSARIO NUNES DE OLIVEIRA SOUSA	Pai:	FRANCISCO TEDORO DE SOUSA
End.Resid.:	RUA SAO MIGUEL DO TAPUIO N 2939 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	20/04/1978	Idade:	40a3m14d
Responsável:	REJANE MARIA	CNS:	898002976053083
Profissão:	MOTO TAXISTA	CPF:	814.952.853-91 * RG: -
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E.Civil:	Solteiro(a)
End.Local.:	-		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	677729	Data:	04/08/2018 05:10:45	Condução:	AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	
Acid.Trab.:	Sim	Trajetos?:	Não	Típico:	Sim
CID Secundário:	V299				

### DADOS CLÍNICOS:

Recente vítima de queda de moto. Escala sem resposta.  
A - WOB, olhos, pupilas, corneais, reflexos, e teste cerebel.  
B - MV+, sem movimentos voluntários.  
C - BNF, CRT, SS, sem movimentos ativos, S.O. = 99%, pupila dilatada, reat. a luz.  
D - Gengiva: IS, pupila esquerda e pupila direita.  
E - lacrimação no nariz.  
William Wobber, Barros  
Cirurgião Geral e  
Oncólogo da  
CRM-PI 2772

PA 120 X 80 mmHg Pulso: 60 FC: bpm Temp.:  
Diagnóstico Inicial: CID:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ex perna esquerda e coxa esquerda e esquerda.  
TC corno  
TC face  
TUT DR. ZENON ROCHA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA  
EXAME: CRÂNIO + FACE  
DATA: 04/08/18 06:25h

### RAIO-X REALIZADO

DATA: 04/08/18

Técnico: P

ALTA:	( ) Melhorado ( ) Curado ( ) Inalterado ( ) A Pedido	( ) Administrativa ( ) Por Indicação ( ) Por Evolução	( ) Retornar à Unid. Origem: ( ) Transferência:
DESTINO:	( ) Até 24 Hs ( ) De 24 a 48 Hs ( ) Após 48 Hs	( ) Família ( ) IML ( ) Anat. Patol.	DATA SAÍDA: / / HORA: :
ÓBITO:	( ) Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível: Prof. Solicitante Internação:		

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS  
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04 / 08 / 18

NOME DO PACIENTE: Rdo Nonato de O. Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 272952
DIAGNÓSTICO: Jato e HGT 1729	CIRURGIA: Jato e HGT
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Durval Leal	CPF Nº:
AUXILIAR: Dr. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Fernanda	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Niana	CPF Nº:

## 5. MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 6,5, 7,0 e 7,5	PAR	08	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8,0 e 8,5	PAR	06	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	250	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	08	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	01		Espar	se	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<div>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 NOV 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina - PI</div>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	03		ENFERMARIA: Moenia			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: Ewaldsonia			
VICRYL	0	02					
PROLENE							



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

KARINA



NOME DO PACIENTE <b>Patricia do Nascimento Soares</b>		PRONTUÁRIO	DESEMPENHO	CLÍNICA	ENE ou APL	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIA	DEPARTAMENTOS DE SERVIÇOS DPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 NOV 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE	231	230
DATA: 04/11/2018 HORA: 12:30		OBSERVAÇÕES				
<p>1. Paciente com dor no abdômen inferior direito há 02 dias, associada a náuseas e vômitos. Evoluiu com melhora da dor após administração de analgésicos. Exame físico sem alterações significativas. Exames de laboratório e imagem em andamento.</p> <p>2. Paciente em uso de medicação para dor e náuseas. Evoluiu com melhora dos sintomas.</p> <p>3. Paciente com dor no abdômen inferior direito há 02 dias, associada a náuseas e vômitos. Evoluiu com melhora da dor após administração de analgésicos. Exame físico sem alterações significativas. Exames de laboratório e imagem em andamento.</p> <p>4. Paciente com dor no abdômen inferior direito há 02 dias, associada a náuseas e vômitos. Evoluiu com melhora da dor após administração de analgésicos. Exame físico sem alterações significativas. Exames de laboratório e imagem em andamento.</p> <p>5. Paciente com dor no abdômen inferior direito há 02 dias, associada a náuseas e vômitos. Evoluiu com melhora da dor após administração de analgésicos. Exame físico sem alterações significativas. Exames de laboratório e imagem em andamento.</p>						
<p><b>Duração:</b> 04/11/2018 <b>ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA</b> CRM: PI 7995 CPM: MA 3886</p>		<p><b>FAIXA X REALIZADO</b> DATA: 04/11/2018 Assinatura: <i>[Assinatura]</i></p>				



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA** (Prontuário: 272952)  
 Endereço: RUA SAO MIGUEL DO TAPUIO N 2939 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 20/04/1978 Idade: 40a3m14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 677729  
 Requisição: 861404 Solicitação: 04/08/2018 Solicitante: ANDRESSA RAVELLI GOMES DA COSTA  
 Controle: 1065849 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 04/08/2018

**T.C. DE CRANIO**

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

**RELATÓRIO:**

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/08/2018

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

*[Handwritten signature and stamp]*

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA** (Prontuário: 272952)  
Endereço: RUA SAO MIGUEL DO TAPUIO N 2939 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 20/04/1978 Idade: 40a3m14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 677729  
Requisição: 861405 Solicitação: 04/08/2018 Solicitante: ANDRESSA RAVELLI GOMES DA COSTA  
Controle: 1065850 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 04/08/2018

**T.C. DE FACE**

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- ESPESSAMENTO DO REVESTIMENTO MUCOSO DOS SEIOS MAXILARES.
- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- SEIOS FRONTAIS E SEIO ESFENOIDAL COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOIDAIAS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIAS LIVRES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/08/2018

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável



Handwritten signature and stamp of the medical professional.

## RELATÓRIO MÉDICO



Declaração que recebendo notícia de que um acidente de trânsito, foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 04.08.18 às 3:40 HS, tendo sofrido forte trauma com MIE, causando lesão fratura exposta em porção apical da tíbia e fíbula, tendo sido tratados cirurgicamente a fratura de emergência, se plácida por fratura e fratura metatarsais, com alto se fíbula, no local com o quadro de fraturas, limitação de movimentos, sensação de entorpecimento no membro atingido, formação de edema e obediência, com comprometimento funcional de 80%.

*Edimar Machado*  
10.12.2018

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI



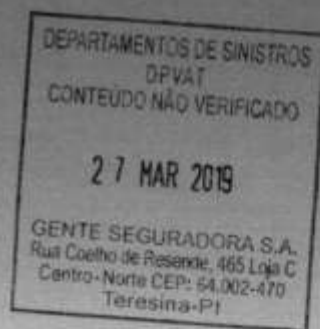
- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

RELATÓRIO MÉDICO



paciente que morando numa  
rua de Oliveira Souza, foi vítima de acidente  
de trânsito, fato ocorrido em 04.08.18 às 3:40hs  
tendo sofrido forte trauma em nível, curvan-  
do com fratura exposta e porção artro-  
da tíbia e fíbula, tendo sido tratado cirur-  
gicamente com osteossíntese, acompanh-  
ado de fisioterapia, com alta definitiva.  
Relata como sequelas: fortes dores  
com limitação do movimento,  
claudicação e coxa do membro  
afetado. Com comprometimento  
de função funcional de 80%

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia



Edimar

TC: 27.03.2019

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CRM: 1564-PI - CRM: 2560-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RAIMUNDO NORATO DE OLIVEIRA SOUSA

DOC. IDENTIFICATÓRIA (RG) 1814305 SSP PI

CPF: 814.952.853-51 DATA NASCIMENTO: 28/04/1978

PERIÓDO: FRANCISCO TEODORO DE SOUSA MARIA DO ROSARIO NUNES DE OLIVEIRA SOUSA

PERMISSÃO: [ ] AUT. CAT. [ ]

Nº REGISTRO: 03799235674 VIGÊNCIA: 27/06/2021 EXPIRAÇÃO: 11/03/2006

OBSERVAÇÕES:

*Raimundo N. L. O. Sousa*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: TERESINA DATA DE EMISSÃO: 29/06/2016

04780094156 81317369452

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-PI (PIAUI)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1293503750

PROTEÇÃO PLASTIFICADA 1293503750



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476263

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE  
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 11/F 141  
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

**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: **3180557810**

Nome do(a) Examinado(a): **RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua São Miguel do Tapuio, 2939 - BOM JESUS - Teresina - PI - CEP 64009-400**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PE** ] **1814305**

Data e local do acidente: [ **04/08/2018** ] **RUA DA QUADRA F CONSUNTO PAULO DE TARSO II - SANTA M**

Data e local do exame: [ **20/12/2018** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA NO TERÇO DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.**

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

**VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.**

**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.**

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2018.**

**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:**

**SEQUELA FUNCIONAL DO TORNOZELO 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):

**TORNOZELO 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.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180557810 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Karla Souza

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180557810 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELEÇER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

## 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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180557810 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180557810 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NO TERÇO DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** INDENIZAÇÃO EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DEVIDO À LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR. - QUADRO ESTABELECIDO CONFORME O PARECER DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA PERICIADA EM 20/12/2018  
- SINISTRO COM PAGAMENTO (VALORAÇÃO MANTIDA) - APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180557810 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NO TERÇO DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** INDENIZAÇÃO EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DEVIDO À LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR. - QUADRO ESTABELECIDO CONFORME O PARECER DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA PERICIADA EM 20/12/2018  
SINISTRO COM PAGAMENTO (VALORAÇÃO MANTIDA: R\$ 1.687,50) - APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## 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

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180557810 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA NO TERÇO DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do tornozelo devido à limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido conforme o parecer do médico examinador.  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180557810 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA NO TERÇO DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do tornozelo devido à limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido conforme o parecer do médico examinador.  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA

Nº Sinistro: 3180557810

Vítima: RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180557810**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13645036



**Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180557810**  
**Vítima: RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA**  
**Data do Acidente: 04/08/2018**  
**Cobertura: INVALIDEZ**  
**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA**

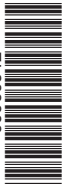
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180557810**                      **Vítima: RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA**

**Data do Acidente: 04/08/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você

Pag. 01015/01016 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13734610

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA

Nº Sinistro: 3180557810  
RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA SOUSA

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180557810**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14142560



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

814.952.853 - 91

Nome completo da vítima

Raimundo Renato de Oliveira

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

Nome completo Raimundo Renato de Oliveira		CPF titular da conta 814.952.853 - 91	Profissão melodista
Endereço Rua São Miguel do Tapui		Número 2939	Complemento Casa
Bairro Bom Jesus	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64009-400
Email		Telefone (DDD) (86) 3303-4104	

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**

☒ RECURSO 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 ☐ 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.  
0855

D/V

CONTA

NRO.  
300367

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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.

Teresina 08 de Novembro de 2018

Local e Data

*Raimundo Renato de Oliveira*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
27 NOV 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI