

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 <i>Raimundo Nonato de Oliveira Souza</i>	CPF da Vítima 814.952.853-91	Data do Acidente 04/08/2018
---	---------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
--------------------------------------	----------------------------

Email	Telefone (DDD) <i>(086) 3303-4104</i>
-------	--

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 o 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.



Teresina, 08 de Novembro de 2018

Local e Data

Raimundo Nonato de Oliveira Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Dados do Chamado	01 N° do chamado 45939	02 Data do chamado 04/08/18	03 PRO (código) 2904	04 Saída do PA 3-58	05 Chegada ao local 4.116	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 4.612	07 Chegada ao 1º hospital 5.109	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço QFI casa 02 Long. Doutor de Terço II	11 Bairro St. Maria da Cidade de Teresina PI	12 Município/UF TERESINA PI	Código IBGE		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência Ponto de mitemute	14 Nome Raimundo Nogueira de Oliveira	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
Acidente de Transporte	16 Idade 10	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quemadura 10 - Choque elétrico	11 Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado		
Hospital de Destino	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 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"/>		
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso: 65 Resp.: 18 PA: 120/80 TAX: 98% SatO2: 98%	25 Local da lesão DEPARTAMENTOS DE SIN DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 27 NOV 2018	
	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor <input checked="" type="checkbox"/> 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2- Não 3- Suspeito <input type="checkbox"/>		
	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Assistência obstétrica	Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____			
	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Malterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim 2-Não		
	Paciente de 30 anos vítima de queda de moto intubado com suspeita de luxação de pulpa e com leve sangramento + escoriações na perna					



OPORTUNA

Neiva 615
 SUS SUS

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

(User: YULE)

(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	Sexo: Masculino Fone: 86-99453-2838
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	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S	
Acid. Trab.: Sim	Trajeto?: Não	Tipico: Sim	CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

fronte aberta de quase de metade. Glauco sem colete
 A. Iros viva raios; compromisso mióide e calo cerebral.
 B. MVI+ sem nódulos adrenocorticos
 C. BNF, LEIT, SS, sem sangramentos ativos. satis = 90% pulmônio, óstio
 D. Gengiva: Ig. pupilas isóticas e foveoligênticas.
 E. Iguanidose no nariz

27 NOV 2018

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

William Wodder, M.B.B.S
 Cirurgia Geral
 Oncologia
 CRM-PI 2772

PA 120 x 80 mmHg	P脉: 60	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RAIO-X REALIZADO

DATA 04/08/2018

Técnico: C

R- pulpa esquerda, coroa esquerda, raiz esquerda.
 TC crânio
 T- face
 EXAME CRANIO + FACE

DATA 04/08/2018 06:25hs

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input checked="" type="checkbox"/> PFO Indicada	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> DATA SAÍDA: / / .
	<input type="checkbox"/> A Pedido		<input type="checkbox"/> HORA: : .

ÓBITO:	DESTINO:		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado:
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> CID Compatível:
<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol	<input type="checkbox"/> Prof. Solicitante Internação:	

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**

CEP 2735747-000-0186 - LE 125065576
Av. Odilon Araújo, 1035, Placar - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (085) 9824-3199

Venda Águas Multa 071602

TC F/LA
20150724112930

MARÉUAA

12099708-8

INSCRIÇÃO
MÊS/ANO

152159218

7/2018

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

LOCALIZAÇÃO
012-00045-002710

GRUPO

NÚMERO DO HONÔRÉMETO
A175277257

HISTÓRICO DE CONSUMO(M)

MÉS/ANO 1.889
ABR 2010 L.165
MAI 2010 L.165
JUN 2010 L.165
JUL 2010 L.165
AGO 2010 Média
SETE 2010 Média

UDC

11
10
10
10
12
13

FATURADO

10
10
10
10
12
13

TÉCNICO DE CONSUMO(M)

1 Residencial - Normal

ANTERIOR 20/06/2018 92

CORREIO MÉTRICO

LB 10.7450012
PL.PASPE 26,51+1,50% = 0,43
CORRAC 26,51+7,60% = 0,91

ATUAL 24/07/2018 115

TABELA DE TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA Fatura

RESIDENCIAL
BAIXA DE CONSUMO R\$/m³ E(%)

10 25 4,500 50

25 999999 0,500 50

VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51
> Residencial-Normal 10,0 m³

VALOR
26,51

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/m³ E(%)



VENCIMENTO

06/08/2018

DEBILHAGEM

26,51

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

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 2 DEBITO(S). ATENCAO - 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 11.446/2007, Art. 40, Inciso V e n° 8.987/96, Art. 6º §3º, inciso II.

CAP. 11.446/2007 - CASE 11.446/2007 - COIS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XCI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2431	2433	18	1,23	0,20-5,00 mg/l
COR APARENTE	2531	2039	492	9,68	Inferior a 15,00
pH	2629	2615	14	6,77	6,00-9,50
TURBIDEZ	2624	2419	205	2,24	Inferior a 5,00

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

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

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



Eletrobras
Distribuição Rio

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.540.748/0001-29 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nata Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Recíproco especial de imersões: autorizada pela SITRAPI/PI

Para contato com
Eletrobras, informe
esse NÚMERO

012814763

Nº da Nota Fiscal

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

COMUNICANTE	PERÍODO	VALOR	TAXA DE JUROS MENSAL DE 2002.
OUTUBRO/2010	01/11/2010	90	34,47

~~WELLE ROSE SOAMES MARSHES~~

R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE

CPF: 00084017317391

CEP: 0000-000-235 - TERESTRAL

DADOS DA LEITURA			DATAS DA LEITURA	
Atual:	18910		Atual:	24/09/2018
Anterior:	1.000 [%]		Anterior:	26/11/2018
Constante de Multiplicação:	96		Próxima Leitura:	24/10/2018
Consumo Medido:	96	FCAM	Emissão:	25/10/2018
Consumo Faturado:	NORMAL		Apresentação:	24

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

COMERCIAL **MONO** **Altrieta Medida** - **Pesta** **Cómodo Sat.** **Mádia T3**

HISTÓRICO kWh	CONSUMO	VALOR DAS FERIAS
SE INICIO NO CONSUMO	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 TAXAS:		
0 A 56 - 0,564000		

Parabéns! Até o dia 24/10/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

E715, 715B, 3FC6, 2091, 1F57, B3ED, 6D8B, 5D6C

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
	16,36		80,00
Distribuição:	31,48	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	4,95	Aliquota ICMS:	17,61
Transmissão:	5,01	Valor do ICMS:	0,79
Encargos:	22,06	Valor do PIS:	3,66
Tributos:		Valor do COFINS:	

IMPICADORES DE CONTINUIDADE

INC		PER		DEC		OUT	
Amount	Percent	Amount	Percent	Amount	Percent	Amount	Percent
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00		0,00		0,00		0,00	

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Menezes inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Leonato de Oliveira Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 814.952.853-91, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Raimundo Leonato de Oliveira Souza, 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 de **DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

Recuso informar

27 NOV 2018

GENTE SEU ENDEREÇO ABALO, Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, endereço abaixo,

anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rew 24 De Janeiro</u>		Número	544	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	PF	CEP
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 Rose Soares Menezes
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Marcos de Oliveira Souza,
RG nº 181 U 310, 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
Piáui, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Miguel do Socorro, nº 2939 -
complemento Cesa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Raimundo Nonato de Oliveira Souza cujo o condutor era
Raimundo Nonato de Oliveira Souza.

Veículo: moto
Modelo: Honda CB 160 Fan ESDT

Ano: 2015/2016

Placa: PIJ 4936

Chassi: 9C2KC22006R001249

Data do Acidente: 04/08/2018

Local e Data: Teresina Piáui

Antônio Marcos de Oliveira Souza
Assinatura do Declarante

Raimundo Nonato de Oliveira Souza
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Dados do Chamado	01 N° do chamado 459 39	02 Data do chamado 04/08/18	03 PRO (código) 2904	04 Saída do PA 3-58	05 Chegada ao local 4-16		
Local da Ocorrência	06 Saída do local 1-42	07 Chegada ao 1º hospital 5-09	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço QFI casa 02 long Duto de Tarsco	11 Bairro Maria da Cida	12 Municipio-UF Teresina PI	Código IBGE			
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência Ponto do mtsute						
Accidente de Transporte	14 Nome Raimundo Diniz de Oliveira	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- Ignorado					
Exame Físico	16 Idade 20 Anos	1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input checked="" type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
Assistência	18 Tipo de ocorrência 01 Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quimadura 10 - Choque elétrico	11 Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros			
Hospital de Destino	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta 5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 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"/>			
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 65 Resp. _____ PA _____ TAX. 98 Sat02 98	25 Local da Ocorrência 		
	26 Pupilas 1- Iguais <input checked="" type="checkbox"/> 2- Desiguais <input type="checkbox"/>	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio <input type="checkbox"/> 2- Fino <input type="checkbox"/> 3- Ausente <input type="checkbox"/>	28 Sangramento 1- Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/>	29 <input type="checkbox"/> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input checked="" type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>		
	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 5 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Malterado <input type="checkbox"/>	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	Glicemia _____ <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso _____ <input checked="" type="checkbox"/> Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____	27 NOV 2018 GENTE SEGURADORA Rua Celso de Resende, 468 Centro-Norte CEP: 64000-002 Tereza Madalena 31905-000 Não Removível	
	Paciente de 20 Anos vítima de queda de moto intubado com suspeita de fratura de clavícula e com leve sangramento + escoriações no rosto						
	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor					
	Responsável pela recepção	Madalena 31905-000 Pedro Silveira					



Altair

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nogueira de Oliveira Júnior

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 272952

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 DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



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	Sexo: Masculino Fone: 86-99453-2838
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: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Acid. Trab.: Sim	Trajeto?: Não	Típico: Sim CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Ferente vítima de queda de moto. Estava sem aperto.
 A - Vios óbvios ferimentos: compreendendo náuseas e dor cervical.
 B - MV+, sem outros achados.
 C - BNF, LFT, SS, sem sangramentos ativos. SatCo = 99%, pele úmida, olhos secos.
 D - Refrig.: 15 pupila irregular e fotorreflexo.
 E - Isquemias no nariz.

27 NOV 2018

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

William Wodder, Barros
 Cirurgia Geral e
 Ortopédica
 CRM-PI 2772

PA 120 x 80 mmHg	P脉: 60	FC: bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:		CID:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx ferro esquerda + coxa esquerda + esquerdo.
 TC cérebro IUT DR. ZENON ROCHA
 TC face TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
 EXAME CRANIO + FACE
 DATA 04/08/18 06:25h0

RAIO-X REALIZADO

DATA 04/08/18

Técnico: (C)

<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
<input type="checkbox"/> Curado	<input checked="" type="checkbox"/> Por Indisponibilidade	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> DATA SAÍDA: / / . HORA: : :
<input type="checkbox"/> A Pedido		

 Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

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

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE
 Carimbo- Assinatura - Profissional - BE
 Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04/08/18

NOME DO PACIENTE:	<u>Rodo Nonato de O. Souza</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>272952</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Gestos effusos Tissu Jato effusivo</u>	
ANESTESIA:	CIRURGIA:	
CIRURGIÃO: Drº <u>Durval Leal</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>	CPF N°:
AUXILIAR: Drº <u>Durval Leal</u>	CPF N°:	CRM-P:
ANESTESIA: <u>Dra Fernanda</u>	CPF N°:	CRM-P:
INSTRUMENTADORA: <u>Wiana</u>	CPF N°:	

5. MATERIAL DE CONSUMO

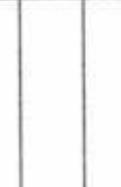
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>03</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>6,5, 7,0 e 7,5</u>	PAR	<u>08</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>8,0 e 8,5</u>	PAR	<u>06</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>90</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>250</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>350</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>03</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>200</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>100</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>03</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>150</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	<u>02</u>	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>08</u>	
GASES	PAC.	<u>08</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>01</u>	
JELCO N°	UNID.	<u>01</u>		<u>Esparadrapo</u>	UNID.	<u>04</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 NOV 2018			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON		<u>2-0 03</u>		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina - PI			
FITA UMBILICAL							
VICRYL		<u>0 02</u>					
PROLENE				ENFERMARIA: <u>Moenice</u>			
				CIRCULANTE: <u>Everaldomia</u>			



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

KARINA



PRONTUÁRIO		DEPARTAMENTOS DE SERVIÇOS	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ENFERMAGEM	DPVAT
DATA: 24/08/2018		23/10/2018	23/10/2018
PREScriÇÃO MÉDICA		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
HORA: 12:30		27 NOV 2018	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 44.002-470 Teresina			
MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE			
OBSERVAÇÕES			
<p>Z Frot utore tix nqhs</p> <p>O suco lacoel co o freg tix</p> <p>Z kozutu qf to co Gc h</p> <p>Z ftravt fct t tpsl bct f</p> <p>Z totot ncd tnc hUk i j</p> <p>G lcoa</p> <p>Z prutem ro t my b o estt</p> <p>Z ftravt goco o dcr f</p> <p>Z totre se yf h</p> <p>Z Tefru gat nqf t w</p> <p>Z cttme mrcd</p> <p>Tetanoparâmetro 250 UI</p> <p>Vitamina B9 500 microgramas</p> <p>1000 mg de vitamina A</p> <p>1000 mg de vitamina D</p> <p>Coronar 1 ml de solução injetável</p> <p>CHLORHEX</p> <p>03/20/9 30414582/F</p> <p>RAIS X FESTALIZADO</p> <p>DIA 01/10/18</p>			
 Dra. Leal ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 095-CRM-MA 3846		 Enfermeira Ent. 1269.790 CORREN	

MÉDICO/CRM



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: SUS

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

**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 MATOSCPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável



RELATÓRIO MÉDICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Log C
Centro - Nôde CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 DEZ 2018

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

declaracao que resummos nesse
observatorio, foi visto devido ao
misterio, fato ocorrido em 04.08.18 às 3:40 hs,
cada sofrido forte trovão em MIE,
mas sem ocorrência de tempestade, com
apenas o céu escuro e sombrio, tendo sido
o local da catinga E figais, Tendo sido
trovões circunscritos a fraca de intensidade.
Se pôde perceber o fogo destruiu, com
alto fumo se formaram, de resto não havendo quedas
fortes fortes, limitação das visões,
secadas de eucaliptos do acelha
atrapilho, formando o fogo E
claudicante, com aproximada-
mente fumaçal de 80%.

Eduardo
10.12.2018
Dr. Ed
Alergo
Clinic
CRM:
(86) 9

10.12.2018

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

Residencial Tropical Park

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

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



MACHADO

RELATÓRIO MÉDICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 MAR 2019

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

José Henrique que ROMUNDO NONA
tu de Oliveira JOUTH, falecimento de acidente
de trânsito, fato ocorrido em 04.08.18 às 3:40hs
cenho sofrido forte trauma em mit, curvando
o osso fratura exposta eae porção articular
da tibia e fibula, tendo sido tratado cirur-
gicamente com osteosíntese, acompanhado
de fisioterapia, com alta definitiva.

Relata como segue: fome forte
com limitação ao movimento,
claudicação e dores do membro
atropido. com compromis-
to articular 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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 MAR 2019

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

TC: 27.03.2019

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

Residencial Tropical Park

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

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

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





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		DATA DE NASCIMENTO	
NATURALIDADE: CRATEUS-CE		22/05/1971	
DOC. ORIGEM: CERT. NASC. 529 L A1/F 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78		Assinatura do Director Pedro Gomes da Moraes Perito Crim.	
TERESINA - PI		840.173.173-91	
ASSINATURA DO DIRETOR			

LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83

27 NOV 2018

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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?

[**X**] 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)?

[**X**] 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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

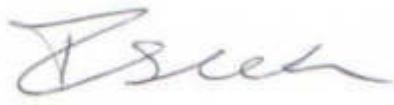
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



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 **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:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 ESTABELECER 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 **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.
SOUSA

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 **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.
SOUSA

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 **Data do acidente:** 04/08/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.
SOUSA

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 **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 VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30°) DO TORNOZELO
médico pericial: 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 **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 VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30°) DO TORNOZELO
médico pericial: 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



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

Rio de Janeiro, 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 médica-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. 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

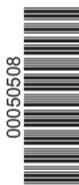
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



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.seguradoraslider.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



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 Nonato de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço	Rua São Miguel Do Tapuio	CPF titular da conta	814.952.853-91	Profissão	Mecânico
Bairro	Bom Jesus	Número	2939	Complemento	Casa
Email		Estado	PI	CEP	64 009 -400
				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

RECUSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0855
(Informar dígito se existir)

300367
(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 Nonato de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

