



ÁGUAS DE

TERESINA

CNPJ 27.157474000106 - IE 205985574  
 Av. Odilon Araújo, 1035, Piquiri - CEP 64017-280, Teresina - PI  
 Telefone: 0800 223 3060 ou 313 / (061) 98124-5139

TC 2,50  
2018/2018/15

MATRIZ/M  
MÊS/ANO 153873535  
26849356-1 12/2018

ENDEREÇO  
**MORADIA ANTONIA MARIA A FERREIRA**  
**RUA MAL. LOT, 5859A-SAO FRANCISCO-TERESINA-PI-cep:64009720**

LUCRAÇÃO  
**016-00038-000135**

DRUO NÚMERO DO HORÍZONTE  
**016 V10N306307**

HISTÓRICO DE CONSUMO		
MÊS/ANO	TC	UDC
11-2018	11/da	98
12-2018	11/da	18
01-2019	11/da	18
02-2019	11/da	02
03-2019	11/da	02
04-2019	11/da	02
05-2019	11/da	22
06-2019	11/da	18

DATA: 24/11/2018 615  
**ANTERIOR**  
 ATUAL 22/12/2018 623

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO/TAMPA

1 Residencial - Normal

CONSUMO MÉDIO

10

RES. PASS. 26,72+2,68= 29,40  
 CORRIS 26,72+0,68= 2,40

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS DA Fatura

TABELA DE TARIFAS		
RESIDENCIAL	VALOR REFERENTE ÁGUA	VALOR
01 2,68	2,68	2,68
10 2,68	5,32	5,32
20 2,68	5,32	5,32

descrição	VALOR REFERENTE ÁGUA	VALOR
> Residencial-Normal	10,0 m <sup>3</sup>	26,72

TABELA DE TARIFAS		
NÃO RESIDENCIAL	VALOR REFERENTE ÁGUA	VALOR
HÁVIA DE CONSUMO 01/01/01		

VENIMENTO 03/01/2019 26,72  
 TOTAIS A PAGAR

P J CORRETORA  
 DE SEGUROS

28 FEV 2019

OPVAT

MENSAGEM:  
**A ÁGUAS DE TERESINA DÉSEJA UM FELIZ NATAL E UM PROSPERO ANO NOVO.**

NOTIFICAÇÃO:  
 Caso ultrapassem o vencimento, o não pagamento desta fatura passará à suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.087/95, Art. 6º, §º, inciso I.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PDC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	ANESTRAS ANALIZADAS	ANESTRAS EM CONFORMIDADE	ANESTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	3,122	3,100	22	1,33	0,2-5,0 mg/L
CORANTE	3,100	3,000	*	3,20	Tolerância + 45

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 81 35

### 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=29696>

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 RESEGURO. <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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Autuaria Claudia Araújo Ferreira  
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 296.411.448-165, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Julio Cesar Passos Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 666.117.923-68  
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz. da Vítima Julio Cesar Passos Costa  
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 666.117.923-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuse informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: Marechal Lott</u>	Número:	<u>5859A</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Vila São Francisco</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:	<u>PI</u>
E-mail:				CEP:	<u>64009-750</u>
				Tel.(DDD):	<u>(86) 99866-3705</u>

Local e Data: Teresina - PI 13 de Fevereiro de 2019

Autuaria Claudia Araújo Ferreira  
 Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

28 FEB 2019

**DPVAT**

HOSPITAL MED IMAGEM  
CNPJ: 63.326.243/0001-34  
Rua RUA PAISSANDU, 1862, CENTRO | CEP: 64.001-120  
TERESINA - PI Fone (86) 3131-1234 :: Email: atendimento@medimagem.com.br  
Diretor Técnico:

---

Atendimento: 2605434  
Paciente JULIO CESAR PASSOS COSTA  
Endereço Q 'G' CASA 04,,RESIDENCIAL TODOS OS SANTOS TODOS OS SANTOS , ,  
Data de emissão: 07/01/2019 08:42:45

---

RECEITA MÉDICA  
LAUDO MÉDICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM  
30/JUNHO/18 COM FRATURA DE ACETÁBULO  
ESQUERDO, CABEÇA FEMORAL ESQUERDA E PUNHO  
ESQUERDO.

SUBMETIDO A OSTE OSSINTSE DE FRATURA DE  
ACETABULO, CABEÇA FEMORAL E PUNHO ESQUERDO.  
EVOLUIU NO POS OPERATORIO TARDIO COM  
OSTEONECROSE DE CABEÇA FEMORAL ESQUERDA  
POS TRAUMATICA, SENDO ENTÃO SUBMETIDO A  
ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL ESQUERDO EM  
23/NOVEMBRO/18. APRESENTA LIMITAÇÃO DO ARCO  
DE MOVIMENTO EM QUADRIL ACOMETIDO COMO  
SEQUELA DEFINITIVA.

CID 10 : S52.5/ S32.4 / M87.9 / M16.9

  
Antonio Pires Martins Junior  
CRM 3520



## PRONTOMED ADULTO



1804916

## FICHA DE ATENDIMENTO

Identificação:	1904916	Dt Internação:	30/06/18 10:19:06	Setor:	Sala de Espera - PMA
	JULIO CESAR PASSOS COSTA			Quarto:	ESPERA 01
Sexo:	11/06/80 38a 19d	CPF:	994618533		
Plano:	MEDPLAN	Matrícula:	2722.5900.		
RG:	195.211.6	CPFE:	666.117.923-68		
Endereço:	QIG CASA 04 - RES TODOS OS SANTOS Teresina				
Nome:	MARIA DO AMPARO PASSOS COSTA				
Admissão:	30720095 - Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifisário Cotovelo-Punho) - Tratamento Cirúrgico				
Possível:	MARIA DA GLÓRIA PASSOS COSTA			Funcionário:	JENNYFER
Data:	06/03/1979				
Responável:	Dr. Charles de Oliveira Luz (CRM 5131)		CX PLACA VOLAR NORMAL		
Obs:				Tratamento:	Cirurgica

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

siderando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, Maria da Glória Passos Costa, estando em pleno gozo de suas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) Charles de Oliveira Luz, CRM ( ) nº \_\_\_\_\_, do meu, ou do paciente a quem sou responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença. Igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento e procedimentos a que vou me meter ou a que vai ser submetido o paciente do qual sou responsável, bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que serão advir do mesmo. procedimentos:

emplos: Procedimentos invasivos e/ou cirurgia; Sedação, anestesia ou acompanhamento do anestesista; Transfusão de sangue e componentes.)claro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento em obrigar o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tornar procedimentos necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte intubado se houver necessidade.

Além disso, informo estar ciente de que o Hospital não responde por qualquer objeto e/ ou valores dos pacientes e acompanhantes, tendo em vista que todos os apartamentos possuem sua própria chave, sendo, pois, de sua inteira responsabilidade.

im sendo, concordo com o referido tratamento e, para tanto, assino o presente documento na presença de testemunhas. No caso de no futuro me tornar incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante \_\_\_\_\_, com documento de identidade nº \_\_\_\_\_.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

28 FEV 2019

DPVAT

Declaro para os fins que se fizerem necessários que todos os documentos que me foram solicitados no momento da autorização dos procedimentos hospitalares realizados no Hospital me foram prontamente devolvidos.

Maria da Glória Passos Costa  
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



## PRONTOMED ADULTO

prontomed

PABLOD

## Parecer médico

Impresso em: 04/07/2018 09:13:40

Paciente: JULIO CESAR PASSOS COSTA

Aluguelamento: 1904916

Especialidade: Ortopedia / Traumatologia

MEDPLAN

Especialidade: Cardiologia

## Motivo da Consulta

Paciente 38 anos de idade, obeso, com programação de tratamento cirúrgico de fratura de quadril esquerdo para 04/07 às 15h. solicito avaliação pre-op

Data: 03/07/2018 20:02:38

  
CRM 5336

## Resposta parecer

## \*PARECER PRE OPERATORIO E RISCO CIRURGICO

\*38 ANOS

\* NEGA HAS E DIABETES

\*PA : 120/80 MMHG

\* ECG : DESVIO AXIAL ESQUERDO

\* AC RR 2T BNF SEM SINAIS DE ESTENOSE

&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;CLASSE II GOLDMAN

Data: 04/07/2018 09:36:50

  
CRM 2481PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

28 FEVEREIRO 2019

DIPVAT



## PRONTOMED ADULTO

## Parecer médico

Paciente JULIO CESAR PASSOS COSTA

Atendimento 1904267

Especialidade origem Clínica Geral

Convênio: MEDPLAN

Especialidade destino Ortopedia / Traumatologia

## Motivo da Consulta

paciente, vítima de acidente motociclistico, evolui com dor e limitação funcional de joelho esquerdo e dor em antebraço esquerdo, chega imobilizado.

solicito avaliação e conduta.

grato.

Data: 30/06/2018 05:44:21

*Dr. Thiago do Nascimento Ribeiro*  
CRM 4960

*Dr. Thiago do Nascimento Ribeiro*  
ORTOPEDOLOGISTA  
CRM-PI 4960/MA: 6870

# PRONTOMED ADULTO

## Parecer médico

Paciente: JULIO CESAR PASSOS COSTA

Identificação: 1904916

Convênio: MEDPLAN

Especialidade: Ortopedia / Traumatologia

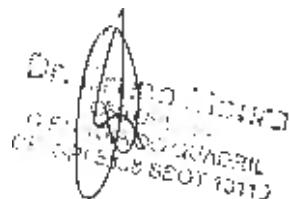
Especialidade: Cardiologia

### Motivo da Consulta

Paciente 38 anos de idade, obeso, com programação de tratamento cirúrgico de fratura de quadril esquerdo para 04/07 às 15h. solicito avaliação pre-op

Data: 03/07/2018 20:02:38

  
Bruno Wilson de Sá  
CRM 5338

  
Dr. Bruno Wilson de Sá  
CRM 5338  
Ortopedia e Traumatologia  
03/07/2018

## Descrição Cirurgia

Paciente: JULIO CESAR PASSOS COSTA  
 Idade: 470.749  
 Data: 11/06/1980 38  
 Gênero: Masculino  
 RG: 994618533  
 Atel/Cir: Eletiva  
 Centro Cirúrgico: Centro Cirúrgico 01 - PMA  
 Anestesia: MEDPLAN

CRM: 35.913  
 Prendendo: 1.550.102  
 Atendente: 1.904.916  
 Data: 30/06/2018 10:50 D. Término: 30/06/2018 11:45  
 Peso: 55  
 Clínico: Charles de Oliveira Luz  
 Anestesiologista: Felipe de Sousa Facundo  
 Anestesia: Plexo

Serviço: 30720095 Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifisário Cotovelo-Punho) - Tratamento Cirúrgico

Procedimento: 30720095 - Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifisário Cotovelo-Punho) - Tratamento Quantidade: 1			
Seq.	Descrição	Código/Participante	CRM Observação Assinatura
1	Cirurgião Principal	6398 Charles de Oliveira Luz	5131 Felipe de Sousa Facundo
2	Primeiro Auxiliar	91299 Samuel Machado Martins	4530 ANESTESIOLOGISTA
5	Anestesista	76627 Felipe de Sousa Facundo	6048 CRM-PI 6048
6	Instrumentador	109192 SANDRA MARIA DE SOUSA	
7	Circulante	109197 EDINAR ALVES DOS SANTOS	

Exame Radiológico

Assumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Enchados operatórios

Cirurgia

- 1-paciente em ddh sob bloqueio
- 2-assepsia e antisepsia
- 3-campos esteréis
- 4-redução+osteossíntese com fios de k
- 5-imobilização
- 6-rpa

Seq.	Tipo	Tempo	Qt. Minuto	Observação

## CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

**JULIO CESAR PASSOS COSTA**  
11/06/1980  
38 años  
Masculino  
**MEDPLAN**  
27225900  
1904918  
470749

Ortopedico	30/06/2018
Setor	Centro Cirúrgico 01 - PMA
Ortopedico	Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento)
Motivo	Charles de Oliveira Luz
Vestimenta	Felipe de Sousa Facundo
Início Cirurgia	30/06/2018 10:50:00
Finalização	30/06/2018 11:45:00
Clínica	35913

## Participantes

Participantes		Código prof
	Participante	6048
0	Felipe de Sousa Facundo	967567
asista	EDINAR ALVES DOS	5131
ent	Charles de Oliveira Luz	000000
ão Principal	SANDRA MARIA DE SOUSA	4530
mentador	Samuel Machado Martins	

Fantomas

Topografia	Curativo	Equipamentos	Observação
		Quantidade	Profissional
apamento		1	EDINAR ALVES DOS SANTOS COSTA
o de anestesia - PMA			
apamento Captura - PMA		1	
e de luz - PMA		1	
anis - PMA		1	
urador Elétrico - PMA		1	
duplex - PMA		1	
RASSOM - PMA		1	

Evolução

## Eventos

QUIPE DE ENFERMAGEM:		Eventos	Profissional	Local
10:00	Evento		EDINAR ALVES DOS	967567
10:40	Chegada do paciente no (Centro Cirúrgico)		EDINAR ALVES DOS	967567
0:50	Entrada do paciente na sala cirúrgica		EDINAR ALVES DOS	967567
1:00	Inicio da Anestesia		EDINAR ALVES DOS	967567
1:10	Inicio do procedimento cirúrgico		EDINAR ALVES DOS	967567
1:45	Fim do procedimento cirúrgico		EDINAR ALVES DOS	967567
1:50	Entregamento p/ SRPA		EDINAR ALVES DOS	967567
1:55	Término da anestesia		Felipe de Sousa Facundo	6048

## Procedimentos/Serviços

1:55	Término da anestesia	Procedimentos/Serviços	Médico	Porte	Qt d	Classificação	Lado
------	----------------------	------------------------	--------	-------	------	---------------	------

**Fratura E/Ou Luxações (Incluindo  
Descolamento Epíssero Cotovelo-Punho) -  
Tratamento Cirúrgico**

EDINAR ALVES DOS SANTOS COSTA  
Circulante



## Descrição Cirurgia

Paciente	JULIO CESAR PASSOS COSTA	CRM	36.121
Prontuário	470.749	CRM Pós-Op	1.561.021
Dt. Nascto.	11/06/1980	Atendente	1.904.916
Sexo	Masculino	Data Op.	04/07/2018 15:50
Telefone	994618533	Duração	204
Situação	Eletriva	Cirurgião	BRUNO WILSON DA SILVA MOURA
Sit. Cirúrgico	Centro Cirúrgico 01 - PMA	Anestesista	Yanna Christina Nunes Cavalcante
Colaborador	MEDPLAN	Anestesiologista	Raqueliana

Procedimento: 30724155 Fratura De Acetáculo (Com Uma Ou Mais Abordagens) - Tratamento Cirúrgico

Procedimento: 30724236 - Osteotomias Ao Nível Do Colo Ou Região Trocanteriana (Sugioka, Martin, Bombelli Etc) - Quantidade: 1

Função	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	642 BRUNO WILSON DA SILVA MOURA	5338	DR. ANTONIO NUNES MARTINS JR.	
3	Primeiro Auxiliar	567 Antonio Nunes Martins Junior	3520	OSTEOTOMIA CIRÚRGICO DO COLO	
4	Segundo Auxiliar	6155 Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369	CRM - P-3134 TEC/1835	
5	Anestesista	427926 Yanna Christina Nunes Cavalcante	5035		
6	Instrumentador	109197 EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567		
7	Circulante	109192 SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100006		

Procedimento: 30724155 - Fratura De Acetáculo (Com Uma Ou Mais Abordagens) - Tratamento Cirúrgico

Quantidade: 1

Função	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	642 BRUNO WILSON DA SILVA MOURA	5338		
2	Cirurgião Principal	6155 Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369	DR. ANTONIO NUNES MARTINS JR.	
3	Primeiro Auxiliar	567 Antonio Nunes Martins Junior	3520	OSTEOTOMIA CIRÚRGICO DO COLO	
4	Segundo Auxiliar	6155 Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369	CRM - P-3134 TEC/1835	
5	Anestesista	427926 Yanna Christina Nunes Cavalcante	5035		
6	Instrumentador	109197 EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567		
7	Circulante	109192 SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100006		

Procedimento: 30724180 - Fratura E/Ou Luxação E/Ou Avulsão Coxo-Femoral - Tratamento Cirúrgico

Quantidade: 1

Função	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	642 BRUNO WILSON DA SILVA MOURA	5338	LUXAÇÃO COXO-FEMORAL	
3	Primeiro Auxiliar	567 Antonio Nunes Martins Junior	3520	CRUZADA CIRÚRGICO DO COLO	
4	Segundo Auxiliar	6155 Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369	CRM - P-3134 TEC/1835	
5	Anestesista	427926 Yanna Christina Nunes Cavalcante	5035		
6	Instrumentador	109197 EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567		
7	Circulante	109192 SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100006		

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Dados Operatórios

## Descrição Cirurgia

Cirurgia

1. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3. ACESSO POSTERO LATERAL DE QUADRIL ESQUERDO
4. DISSECÇÃO POR PLANOS
5. OSTEOTOMIA DO GRANDE TROCANTER
6. VISUALIZADO LUXAÇÃO POSTERIOR QUADRIL COM FRATURA DA CABEÇA FEMORAL + FRATURA REBORDO ACETABULAR
7. REALIZADO REDUÇÃO DA FRATURA DA CABEÇA FEMORAL E FIXADO COM 02 PARAFUSOS TIPO HERBERT E 1 CANULADO 3.5
8. REDUÇÃO DA LUXAÇÃO QUADRIL ESQUERDO
9. IDENTIFICADO FRATURA DE ACETABULO ESQUERDO , REBORSO POSTERIOR
10. REALIZADO FIXAÇÃO DO REBORDO COM PLACA TIPO MOLA
11. FIXADO OSTEOTOMIA DO GRANDE TROCANTER COM 02 PARAFUSOS 4.5
12. REALIZADO TESTES DE ESTABILIDADE DO QUADRIL COMPROVANDO ESTABILIDADE
13. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9 %
14. HEMOSTASIA
15. APOSIÇÃO DE DRENO A VACUO N 3.2
16. SÍNTESE POR PLANOS
17. CURATIVO

Seq. Tipo Tempo

QT. Minuto Observação



Bruno Wilson da Silveira Meira  
**CRM 5338**



## Descrição Cirurgia

Nome	JULIO CESAR PASSOS COSTA	Código CRM	36.265
Idade	470.749	CRM Cidade	1.566.750
Data Nasc.	11/06/1980	CRM Município	1.904.916
Sexo	Masculino	Data Adm.	06/07/2018 13:05
CPF	994618533	CRM Especialidade	06/07/2018 13:30
Setor (S)	Eletiva	CRM Especialista	Charles de Oliveira Luz
Centro Cirúrgico	Centro Cirúrgico 01 - PMA	CRM Especialista	Charles de Oliveira Luz
Instituição	MEDPLAN	Procedimento	Bloqueio

30721199 Fraturas E/Ou Luxações Do Punho - Tratamento Cirúrgico

30720435

Função	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Quantidade: 1	Assinatura
2	Cirurgião Principal	6398 Charles de Oliveira Luz	5131			<i>zue y...</i>
3	Primeiro Auxiliar	91299 Samuel Machado Martins	4530			
5	Anestesista	427926 Yanna Christina Nunes Cavalcante	5035			
6	Instrumentador	68563 CRISTIANE RODRIGUES DE	829214			
7	Circulante	89374 IVENILDE ALVES DA CONCEIÇÃO	234384			

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomo-patológico

Achados operatórios

### Cirurgia

- 1-paciente em ddh sob bloqueio
- 2-assepsia e antisepsia
- 3-campos esteréis
- 4-via de acesso +dissecção por planos
- 5-osteossíntese com placa volar
- 6-limpeza com sf
- 7-sutura por planos
- 8-curativo
- 9-imobilização

Seq. Tipo Tempo

Cl. Minuto Observação

## Prescrição Centro Cirúrgico

prontomed

Paciente	JULIO CESAR PASSOS COSTA	Aendimento	1.904.916
Data Nasc.	11/06/1980	Prontuário	470749
Sexo	M	Convênio	MEDPLAN
Telefone	894618533	Dt. Prevista	06/07/2018 13:07
Procedimento Principal	Fraturas E/Ou Luxações Do Punho - Tratamento	Data Real	06/07/2018 13:07
Médico Cirurgião	Charles de Oliveira Luz	Duração	60
Médico Anestesista	Yanna Christina Nunes Cavalcante	Cirurgia Nº	38265
Medicamentos		Unidad. Medid.	Quantidade
Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL		amp	1
Boxtra Inj. Fa (40mg)		FA	1
Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)		amp	1
Dexametasone 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)		FA	1
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)		amp	2
Fentanil Espinal 0,05 mg/mL Inj. Ap - 2 mL		amp	1
Fentanila 50 mcg/mL Inj. Ap - 10 mL		ml	1
Lidocaína 2% C/V INJ (FR 20MG-20ML)		ml	20
Lidocaina 2% S/V Inj. (FR 20 MG-20 ML)		ml	20
Midazolam 5 mg/mL Inj. Ap-3 mL		amp	1
Naropin Inj. (AM 10MG-10ML)		amp	2
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)		amp	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecotec Frsc (500 ml)		Fr	2
Materiais		Unidad. Med.	Quantidade
Aguilha Silmuplex A100 G-21x4		un	1
Aguilha 40x12 Desc.		un	2
Atadura Crepom 12cmx1,8mt (Rolo)		Rl	2
Atadura Gessada 10cm X 3,0mt (Rolo)		Rl	3
Atadura Ortopédica 15cmx 1,8mt (Rolo)		Rl	3
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5		un	15
Eletrodo Descartável		un	5
Gaze Estéril 7,5x7,5 13 Fios C/ 10 Unds		pct	4
INTROCAN G22X1"		un	1
INTROCAN G24X3/4"		un	1
Lâmina Bisturi N:24 Feather		un	1
Lâmina Bisturi N:24 Feather		un	1
Luva Cirúrgica Estéril 6,5		Par	2
Luva Cirúrgica Estéril 7,0		Par	1
Luva Cirúrgica Estéril 7,5		Par	2
Mononylon 3-0 1171 T		env	2
Polyfix 2 Vias		un	1
SERINGA S/AG. 10ML		un	2
SERINGA S/AG.20ML		un	2
Sonda Nasal Tipo Óculos		un	1
Tomeirinha 3 Vias Descartável		un	1
Transofix		un	1
Vicryl 2-0 J351H		env	1



## Evolução Paciente

Nome	JULIO CESAR PASSOS COSTA	Nº do atendimento	1.904.916
Data de Nascimento	11/06/1980	Idade	38 Anos
Sexo	Masculino		470.749
Telefone	994618533		30/06/2018 10:19:06
Social	MIGUEL 1	Convenio	MEDPLAN ENFERMARIA

EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA: TARDE

AG: FRATURA DE PUNHO E MAO ESQUERDA + FRATURA DE QUADRIL ESQUERDO

ESTADO GERAL: ACIANOTICO ,ANICTERICO, AFEBRIL

EUROLÓGICO: CONSCIENTE, COLABORATIVO

CARDIOVASCULAR: ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE

RESPIRATÓRIO: RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE EM AA SEM APORTE DE O2. SPO2 94

SP +DIMINUIDO EM BASES

ADRÃO VENTILATÓRIO: MISTO.

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: DIMINUIDO

REALIZADO MANOBRAS REEXPANSIVAS

MÚSCULO - ESQUELÉTICO

PUNHO ESQUERDO ENFAIXADO E COM EDEMAS

DEMA EM QUADRIL ESQUERDO

REALIZADO CINESIOTERAPIA ASSISTIDA EM MSE E PASSIVO EM MIE

POSITIONAMENTO FUNCIONAL NO LEITO

PROJETO TERAPÊUTICO:

ESTIMULAR MOBILIZAÇÃO + MANUTENÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR.

CONDUTA: FISIOTERAPIA MOTORA

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Dr. Francisco das Chagas Sousa Junior  
FISIOTERAPISTA  
CREFI 116.958-F

Dr. Francisco das Chagas Sousa Junior  
Crefito 116958-7



## Evolução Paciente

Nome:	JULIO CESAR PASSOS GUSTA
Data Nascimento:	11/05/1980
Sexo:	Masculino
Profissão:	Operário
Via:	CATARINA 2

Adm. Internação:	2.480.436
Adm. Consulta:	470.749
Diagnóstico:	22/11/2016 17:13:23
Observação:	MECPLAN ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Unidade	Codepo prof
23/11/2016 16:46	Médico	Médico Evolução -		Felipe Vilela de Oliveira	CRM 6057

### EVOLUÇÃO MÉDICA - UTI INTENSIVISTA DIARISTA

DATA: 23/11/2016

### H.D.: PDI ARTROPLASTIA QUADRIL

História da Admissão na UTI: Paciente em PDI Artroplastia do quadril, sem intercorrências.

Antecedentes: Politrauma + Fratura Fêmur E há 4 meses

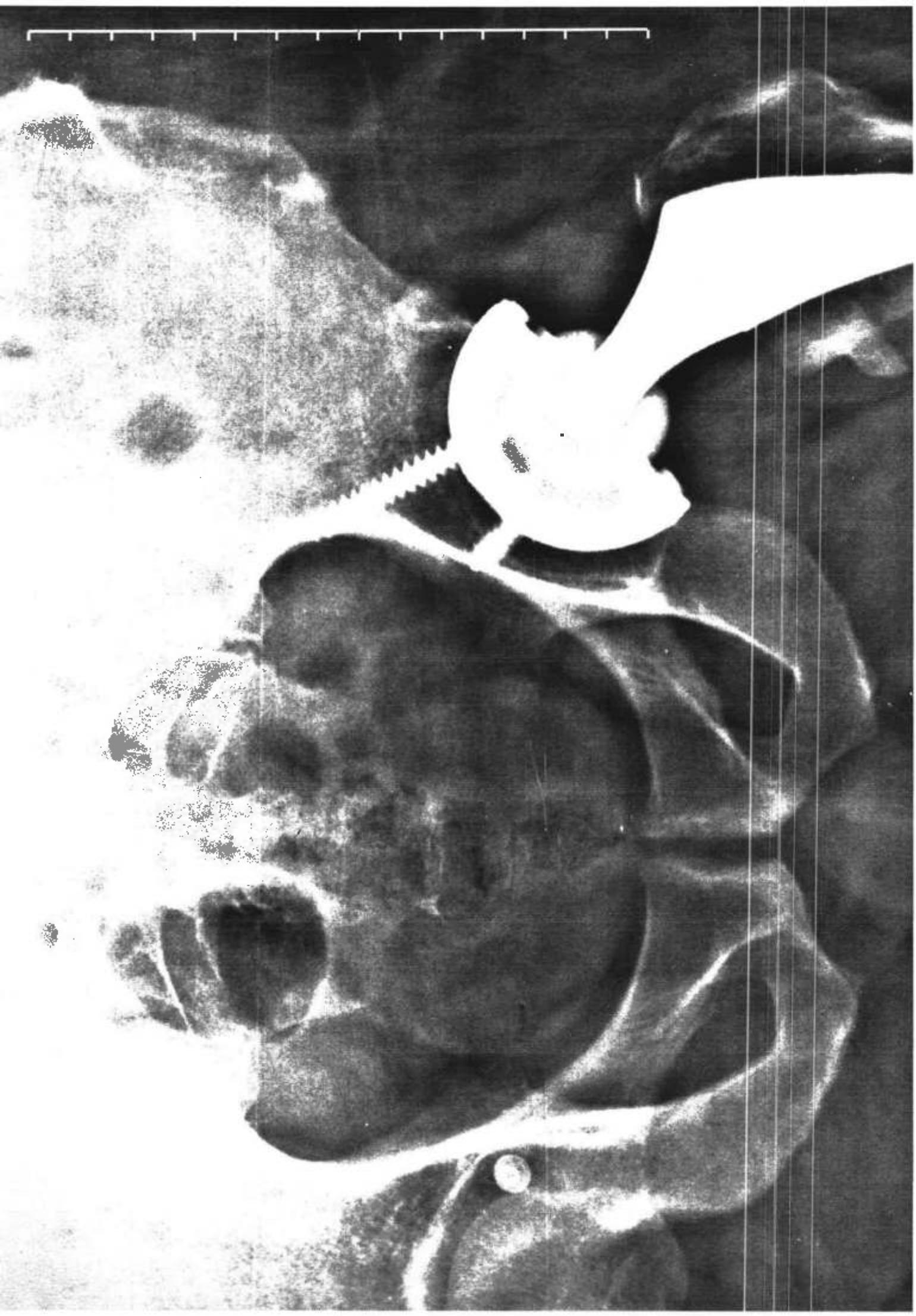
#### EXAME FÍSICO:

- Estado Geral: Reg. estável
- Cardiovascular: Hemodinâmica estável sem DVA. RR2TSS. Normocárdio, normotensão
- Respiratório: Espreto em AA. SatO2 100%
- Abdomen / Gastrointestinal: Abdome maciço, indolor à palpação.
- Renal: Diurese per SVO clara, em quantificação
- Extremidades: Simétricas, sem empastamentos
- Neurológico: ECG 15, PIFR
- Dispositivos: SVO, AVP

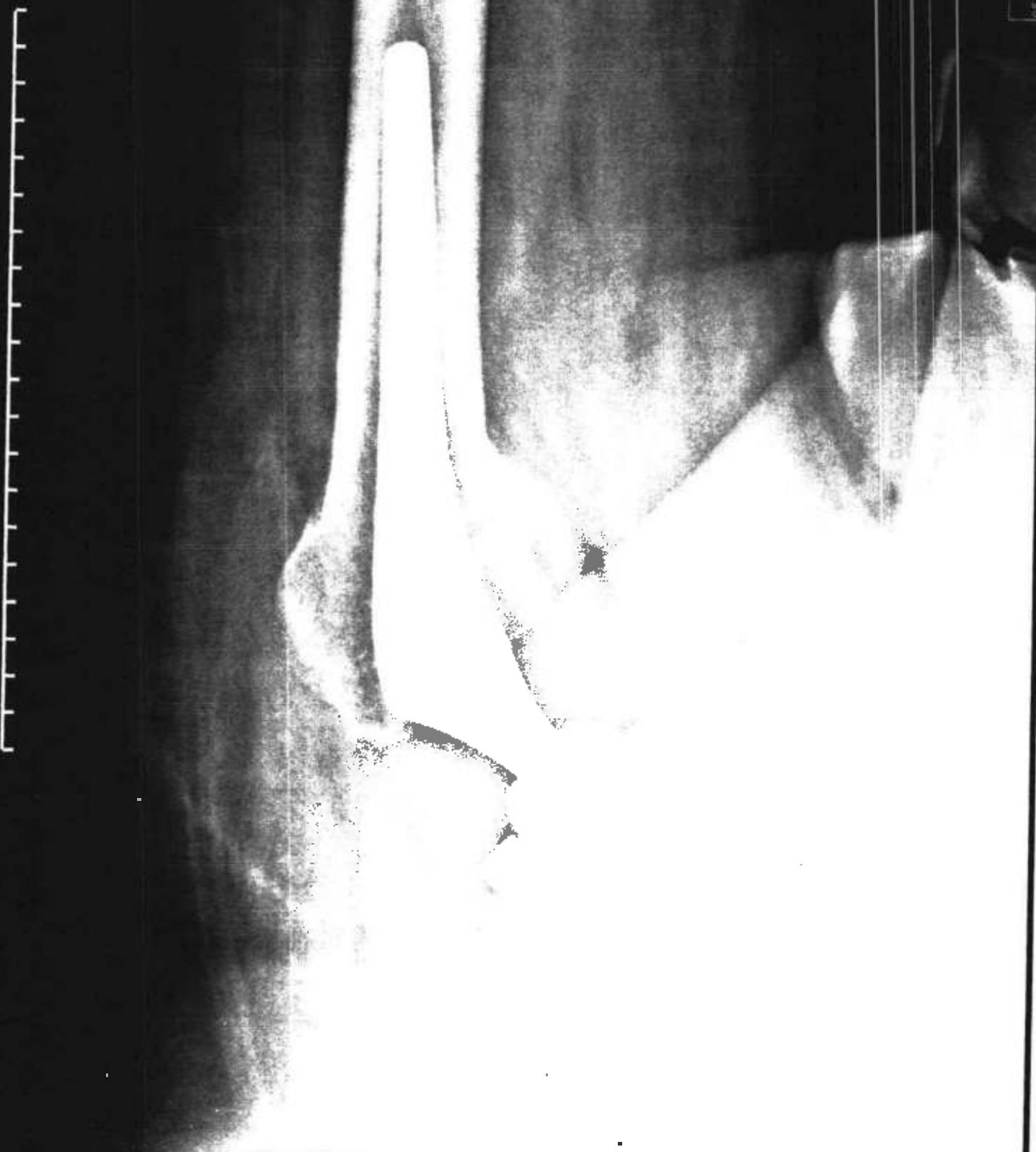
#### PLANO TERAPÊUTICO:

- SUPORTE INTENSIVO
- FISIO INTENSIVA
- ACOMPANHAMENTO COM ORTOPEDISTA ( DR BRUNO)
- PRESCRIÇÃO + EXAMES ADMISSIONAIS

*Julio Cesar Passos Gusta*  
Dr. Júlio Cesar Passos Gusta  
CRM-PB 5057



ESO.



03/01/2019 10:41:15 CR\_ELITE\_3

q  
IBM

ESQ.

03/01/2019 10:41:20 CR\_ELITE\_3

10:40:59 03/01/2019  
10:41:20 03/01/2019

ESQ.

ESQ

JULIO CESAR PASSOS COSTA,  
SEXO: M D/N: 11/06/1980 D/H: 03/08/2018

N/A: 497788 / 9:34 TR: KSR



ESQUERDO



Nome: JULIO CESAR PASSOS COSTA  
Dt. Nasc: 11/06/1980 Idade: 38 anos Sexo: Masculino RG: 1952113 SSPI  
CPF: 66611792368  
Médico Solicitante: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA  
Atendimento: 2044597 Prescrição: 1646184  
Data: 03/08/2018 09:36:56

## RX DIGITAL DO PUNHO ESQUERDO (02 INC.)

### ACHADOS:

Fratura cominuta metaepifisária distal do rádio, fixada com placa e parafusos metálicos.  
Interlinhas e superfícies articulares: integras.  
Partes moles sem alterações radiológicas.

### CONCLUSÃO:

1. FRATURA COMINUTA METAEPIFISÁRIA DISTAL DO RÁDIO, FIXADA COM PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.



*Nilson Bandeira*

Dr. Nilson Bandeira Santos Filho  
CRM 3083

Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí  
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826  
E-mail: falecom@inedimagem.com.br  
Visite nosso site: www.medinagem.com.br



med  
imagem

Nome: JULIO CESAR PASSOS COSTA  
Dt. Nasc: 11/06/1980 Idade: 38 anos Sexo: Masculino RG: 1952116 SSPPI  
CPF: 66611792368  
Médico Solicitante: Antonio Nunes Martins Junior  
Atendimento: 2594284 Prescrição: 2053242  
Data: 03/01/2019 10:48:36

## RX DIGITAL DA BACIA

### ACHADOS:

Redução difusa da densidade mineral óssea.  
Artroplastia do quadril esquerdo.  
Partes moles sem alterações radiológicas.

### CONCLUSÃO:

1. REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA;
2. ARTROPLASTIA DO QUADRIL ESQUERDO;
3. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

28 FEV 2019

DPVAT

Nílton Bandeira

Dr. Nílton Bandeira Santos Filho  
CRM 3083



Rua Paissandu, 1852 - Terezina - Piauí  
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.482  
E-mail: falecom@medimagem.com.br  
Visite nosso site: www.medimagem.com.br

**Nome:** JULIO CESAR PASSOS COSTA  
**Dt. Nasc:** 11/06/1980 **Idade:** 38 anos **Sexo:** Masculino **RG:** 1952116 **SSPFI**  
**CPF:** 66611792368  
**Médico Solicitante:** Antonio Nunes Martins Junior  
**Atendimento:** 2594284 **Prescrição:** 2053242  
**Data:** 03/01/2019 10:48:36

## RX DIGITAL DA COXA ESQUERDA (02 INC.)

### ACHADOS:

Redução difusa da densidade mineral óssea.

Artroplastia do quadril esquerdo.

Calcificação em projeção de inserção cápsulo-ligamentar junto ao côndilo femoral medial.

### CONCLUSÃO:

1. REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA;
2. ARTROPLASTIA DO QUADRIL ESQUERDO;
3. CALCIFICAÇÃO EM PROJEÇÃO DE INSERÇÃO CÁPSULO-LIGAMENTAR JUNTO AO CÔNDILO FEMORAL MEDIAL. Tal achado pode ser visto na DOENÇA DE PELLEGRINI-STIEDA.
4. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.



*Nilton Bandeira*

Dr. Nilton Bandeira Santos Filho  
CRM 3083



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - PI  
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.482  
E-mail: falecom@medimagem.com.br  
Visite nosso site: www.medimagem.com.br







## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Julio Cesar Pessas Costa  
RG: 1.952-115 Orgão Emissor: SSP-Pi CPF: 666.117.923-68  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Analista  
Endereço: Rd. G de Todos os Santos 1059 Nº 04  
Bairro: Santo Antônio Cep: 64000-000 Cidade/UF: Teresina - PI  
Telefone: (86) 99461-8533 (86) 99932-2816 ( )

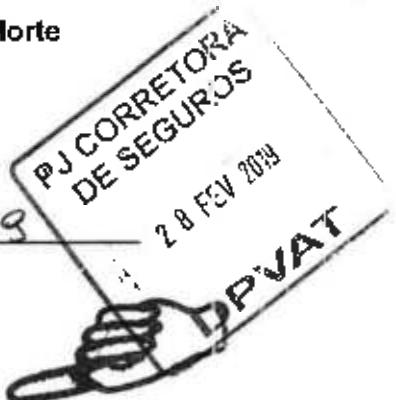
### OUTORGADO:

Nome: Antonia Cláudia Araújo Ferreira  
RG: 1866292 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 296.411.498-65  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Autônoma  
Endereço: Rua Marechal Lot Nº 5859 A  
Bairro: São Francisco Cep: 64009-720 Cidade/UF: Teresina - PI  
Telefone: (86) 98861-9597 (86) 99527-1808 (86) 99866-4205

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

Vítima: Julio Cesar Pessas Costa  
CPF: 666.117.923-68 Data do Acidente: 30/106/2018  
Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente  DAMS  Morte

Teresina 12 de Fevereiro 2019  
Local e data



Julio Cesar Pessas Costa  
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO HENRIQUE SAMPÃO  
3º Ofício de Notas  
Judité de Castro Cardoso  
Escrivente Compromissada  
Teresina - PI

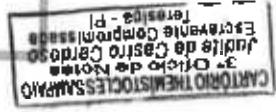
Certidão  
Teresina  
Sampão

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Luizinho Ribeiro, 525 - Centro - CEP: 64001-000 - Telefone: (86) 3221-9118 - E-mail: marioantonio@cartoriohenriquesampao.com.br  
Flávia: Anatália Góspedes de Sampão Pessina  
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JULIO CESAR PASSOS  
COSTA, DOU FÉ. EN TEST. DA VERDADE.  
TERESINA-PI, 12/02/2019.  
www.tjpi.jus.br/pontaextra.

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrivente Autorizada

Emol.: 13,85 IPI: 0,77 FMNP/PI: 0,10 Selos: 0,26 Total: 4,98 - CP: 182  
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO HENRIQUE SAMPÃO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Judité de Castro Cardoso  
Escrivente Compromissada



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074316/19

**Vítima:** JULIO CESAR PASSOS COSTA

**CPF:** 666.117.923-68

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/06/2018

**Titular do CPF:** JULIO CESAR PASSOS COSTA

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA : 296.411.498-65

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JULIO CESAR PASSOS COSTA : 666.117.923-68

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/02/2019  
Nome: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA  
CPF: 296.411.498-65

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

666.117.923-68 Júlio César Passos Costa

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

Nome completo:

Júlio César Passos Costa

CPF:

666.117.923-68

Profissão:

Vigilante

Endereço:

Ad: G; Rua Tadeu dos Santos

Número:

Casa: 4

Bairro:

São Sebastião

Cidade:

Teresina

Estado:

Piauí

CEP:

64085-300

E-mail:

Tel.(DDD):

86-99461-8533

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0044

CONTA: 93-930

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou  Sim  Não Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

Vivos: Falecidos: Nasceu (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina - PI 25-02-2019

Nome:

CPF:

(\* Assinatura de quem assina o RÔGO

Júlio César Passos Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Lei 8.080

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

28/02/2018

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

DPVAT

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÉGUA, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

AVERBAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 100203.002265/2018-48

MARIA DA GLORIA PASSOS COSTA, NOTICIANTE/AVERBANTE, VEM AVERBAR  
NESSE B.O. QUE: A DATA DO ACIDENTE FOI 30/06/2018; QUE JULIO CESAR PASSOS COSTA,  
CONDUZIA COMO PASSAGEIRO FÁBIO MARTINS ROCHA, NASCIDO EM 17/06/1982, FILHO DE :  
ALDA MARIA MARTINS ROCHA, RESIDENTE NA QD-04, CS-12/01, CONJ. RENASCENÇA III,  
TERESINA PI; INFORMAÇÃO É DE INTERA RESPONSABILIDADE DO AVERBANTE.. É O  
REGISTRO.

TERESINA/ PI, 25/02/2019

*Maria da Glória Passos Costa*  
MARIA DA GLORIA PASSOS COSTA

AVERBANTE  
*HAROLDO BONFIM DE OLIVEIRA*  
HAROLDO BONFIM DE OLIVEIRA

MAT.D095150





Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

164 v. 1.0

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.002265/2018-48



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francilete de Lima Cordeiro

Data/Hora: 04/07/2018 - 08:50

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

01/07/2018 - 04:30

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Bairro**

Município  
TERESINA

ALTO DA RESSURREIÇÃO

**Endereço**

AV. MIRTES MELÃO, Nº:

**Ponto de Referência**

Complemento

COMERCIAL CARVALHO

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

**Nome: JULIO CESAR PASSOS COSTA (38 ANOS)**

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1952116 SSP PI

Mãe: MARIA DO AMPARO PASSOS COSTA

Endereço: QD G CASA 4 RES. TODOS OS SANTOS, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: TERESINA

**Nome: MARIA DA GLORIA PASSOS COSTA**

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Notificador

RG: 2163634 SSP PI

Endereço: QD G CASA 4 RES. TODOS OS SANTOS, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: TERESINA

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

**Natureza(s) da Ocorrência**

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

### RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RELATA QUE SEU IRMÃO TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO YAMAHA/XTZ 125E, COR VERMELHA, PLACA ODX-4034-PI, DE PROPRIEDADE DE JULIO CESAR PASSOS COSTA, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM AUTOMÓVEL, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE SE EVADIU DO LOCAL. SEM PRESTAR SOCORRO; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO PRONTOMED (ATENDIMENTO: 1904916). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

MARIA DA GLORIA PASSOS COSTA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

666.117.923-68 Júlio César Passos Costa

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

Nome completo:

Júlio César Passos Costa

CPF:

666.117.923-68

Profissão:

Vigilante

Endereço:

Ad: G; Rua Tadeu dos Santos

Número:

Casa: 4

Bairro:

São Sebastião

Cidade:

Teresina

Estado:

Piauí

CEP:

64085-300

E-mail:

Tel.(DDD):

86-99461-8533

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0044

CONTA: 93-930

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou  Sim  Não Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

Vivos: Falecidos: Nasceu (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina - PI 25-02-2019

Nome:

CPF:

(\* Assinatura de quem assina o RÔGO

Júlio César Passos Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Lei 8.080

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

28/02/2018

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

DPVAT

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÉGUA, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <b>4096</b>	02 Data do chamado <b>30/06/2018</b>	03 PRO (código) <b>718915</b>	04 Saída do PA <b>420</b>	05 Chegada ao local <b>14:34</b>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>0507</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>538</b>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço <b>Ru. Mireles Melo</b>	11 Bairro <b>Alto Leme/Recreio</b>	12 Município-UF <b>Cam. Carvalho</b>	Código IBGE	
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência <b>Com. Carvalho</b>	14 Nome <b>Júlio Cesar Paixão Costa</b>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Acidente de Transporte	16 Idade <b>0680</b>	1-Dia <input checked="" type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	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	
	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 - Quelmadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	
	19 Vítima  1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção  1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida  1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança  Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Exame Físico	23 Glasgow = <b>15</b>	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  P脉so <b>90</b> Resp. <b>180</b> PA. <b>1420</b> TAX. <b>98</b> SatO2 <b>98</b>	25 Local da lesão  <b>P CORRETORA DE SEGUROS</b>
Assistência	26 Pupilas 1 - Igualas <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Desiguais <input type="checkbox"/>	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input checked="" type="checkbox"/>	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10  0 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa 10	
Hospital de Destino	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspensa <input type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)  Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> b) _____	32 Hospital de Destino <b>PRONTONED.</b>	33 Condições de entrada 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado <input type="checkbox"/>	34 Óbito  1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>
Observações Interdisciplinar	<p><b>38 anos, motociclista vítima de colisão com carro. Apresenta edema (++) hemicrânio de movimentos em peito esquerdo (++) edema em antecubito esquerdo (++) escoriações. Apresenta pressão arterial 140/90 mmHg.</b></p>				
	Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor		
	<b>R. J. S.</b>		<b>Fino</b>	<b>Esgus</b>	
	Responsável pela recepção				

