



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000794/2017-74

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magalhães Neto

Data/Hora: 05/04/2017 - 09:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora: DPB

DP DE BARRAS

26/02/2017 - 17:20

Tipo Local

OUTROS

Município

BARRAS

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Endereço

PI 113, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

LOCALIDADE CARNAIBAS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

RG: 544422298 PI

Mãe: SEBASTIANA GOMES NUNES

Pai: ANTONIO MENDES DE SOUSA

Endereço: LOCALIDADE CANTO DA PALMEIRA, Nº

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: CABECEIRAS DO PIAUÍ

UF:

Tipo

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
HONDA	125 FAL	2011	ODX4777	9C2JC4110BR738067	339762403	Vermelha

Condutor: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

Cidade: CABECEIRAS DO PIAUÍ UF: PI Bairro: PREJUDICADO

Proprietário: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA

Cidade: BARRAS UF: Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante informa que no dia 26/02/2017 às 17hs20min, o mesmo trafegava pela PI 113 conduzindo a motocicleta acima citada QUE ao chegar na localidade carnaibas, zona rural de cabeceiras do Piauí-pi, foi atropelado por uma motocicleta não identificada provocando a queda do noticiante; QUE apos o acidente o noticiante foi socorrido por um colega conhecido por "DANIEL" até o hospital leonidas melo nesta cidade de barras-pi, onde o noticiante foi examinado e encaminhado para o hospital de urgência de Teresina-pi(HUT), onde o noticiante foi examinado e submetido a tomografia da cabeça, sendo constatado fratura na face, ficando por vários dias internado sobre medicamentos, sendo medicado e liberado, era o que tinha a declarar.

Bergson Monteiro De Carvalho - Mat. 2866072
AGENTE DE POLÍCIA

DOMINGOS GOMES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DOMENEGOS GOMES DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 54.442.229-6 e inscrito no CPF/MF sob o nº 040.434.913-79, residente e domiciliado na LOCALIDADE CANTO DA PALMEIRA SIN B-RURAL, Cidade CABECEIRAS, Estado PARÁ, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exercício do meu direito 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Domenegos Gomes de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CABECEIRAS - PE 15/03/17

Local e data

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL LEON DAS MELO BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE: Domingos Gomes de Sousa	
DATA DE NASCIMENTO: 10/03/1986	PROFISSÃO:
SEXO: ☐ MAS ☐ FEM.	
RAÇA/COR: (1) BRANCA (2) PRETA (3) PARDA (4) AMARELA (5) INDIGENA	
CARTÃO DO SUS: 17.014.124.011.8.512.511.018.10	
CPF / RG: 51442998-6	
TELEFONE:	
FILIAÇÃO:	
MÃE: Sebastiana Gomes Nunes	
PAI: Antonio Mendes de Sousa	
ENDEREÇO: Localidade de Carão da Pedreira	
BAIRRO: Zona Rural	NÚMERO:
MUNICÍPIO: Cabituba	ESTADO: PI
CEP:	
DADOS SOBRE ATENDIMENTO	
DATA DO ATENDIMENTO: 26.02.017	HORA:
MOTIVO DO ATENDIMENTO	
3402 = 98% 54105 = 89% GL = 123 FC = 57 bpm PA = 110 x 80 mm Hg	
DIAGNÓSTICO	
# Onda de morte	
Transtorno orgânico / neurologia mental	

UNIÃO
30 MAI 2017
Seguradora



~~Isabel Linares Jones M.D.~~

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

Y140

PROCEDIMIENTO REALIZADOS

CONSULTA BASICA

AEROSOL

DRENAGEM DE ABCESSO

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO

PEQUENA CIRURGIA

SUTURA SIMPLES

TERAPIA MEDICAMENTOSA

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

CONSULTA CIRURGIA

CONSULTA ORTOPEDISTA

SUTURA COM DEBRIDAMENTO

MOBILIZAÇÃO GESSADA

TRATAMENTO REALIZADO

Monday 22 July

CR 100-10325

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

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: 21/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00351

CONTA: 000000055411-2

Nr. da Autenticação 85B72E7390E04462

0932072-5

A Tarifa Social de Energia Eléctrica (TSEE) foi instituída pelo Lei nº 10.038 de 29 de abril de 2007.

7,66	15,32	30,65	3,73	7,47	14,95	4,31
0,00			0,00			0,00

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DOMINGOS GOMES DE SOUSA

RG nº 54.442.229-6 data de expedição 14/08/10 Órgão SSP/SP

CPF nº 040.434.913-79, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>LOCALIDADE CAVEADO DA PALMEIRA</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>RURAL</u>
Cidade	<u>CABECEIRAS - PE</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.305-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99523-8455</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CABECEIRAS-PE 15/08/17

Assinatura do Declarante: Domingos Gomes de Sousa



Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64000-000 - Fone: (86) 301.301-5
Fax: (86) 301.301-5
Página Especial de Impressão autorizada pela SEPAZ 06/09

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0932072-5

Nº da Nota Fiscal

000313455

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2017	15/02/2017	44	22,87

SEBASTIANA GOMES NUNES

LC CANTO DA PALMEIRA S/M ZONA RURAL B-RURAL

CPF: 00000798944374

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:		Atual:	
Anterior:	5957	Anterior:	08/02/2017
Constante de Multiplicação:	5913	Próxima Leitura:	11/01/2017
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	10/03/2017
Consumo Faturado:	44	Apresentação:	08/02/2017

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Class/Subclass	Ligação

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JAN/17 41	CONSUMO 44 A R\$ 0,448149 = 19,71
DEZ/16 55	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 4,34
NOV/16 40	COMPENS. TRANSGRES. U 11/16- 2,16
OUT/16 33	MULTA POR ATRASO 12/16-00 0,66
SET/16 42	JUROS DE MORA DE IMPO 12/16-00 0,32
AGO/16 29	
JUL/16 27	
JUN/16 30	
MAI/16 23	
ABR/16 17	
TOTAL SEM TRIBUTOS:	
R\$ 44 - 0,448149	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano Valor R\$

09/2016 25,52

==== AVISO DE DEBITOS VENCIDOS =====
Existem débitos vencidos em nome do consumidor, cujo valor total é de R\$ 25,52. Caso o consumidor não pague estes débitos, a ELETROBRAS poderá tomar as medidas cabíveis para a cobrança dos débitos, inclusive a suspensão do fornecimento de energia elétrica. Para mais informações, consulte o site da ELETROBRAS ou ligue para o 0800-030303.

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição:	Razo de Cálculo:
Energia:	Alíquota ICMS:
Transmissão:	Valor do ICMS:
Encargos:	Valor do PIS:
Tributos:	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,66 15,32 30,65 3,73 1,47 14,95 4,31
0,00 0,00 0,00

UNIÃO
30 MAI 2011
Seguradora

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA

RG nº 798.275, data de expedição 02/12/10, Órgão SSP/PZ

CPF nº 462.436.583-68 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>LOCALIDADE CANTO DA PRIMEIRA</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>RURAL</u>
Cidade	<u>CABECEIRAO</u>
Estado	<u>PEAUA</u>
CEP	<u>64.105-000</u>
Telefone de Contato	<u>1861 99523-7455</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me,

Local e Data: CABECEIRAO-PE 15/03/17

Assinatura do Declarante: Maria da Conceição Silva Sousa





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA portador(a) do

RG nº 798-275, expedido por SSP/PZ, em

02/12/10, CPF/CNPJ nº 462.436.583-67

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) DOMINGOS

GOMES DE SOUZA do sinistro de DPVAT da natureza AVARIA/ROEL

da vítima DOMINGOS GOMES DE SOUSA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO-ME Renda Mensal: R\$ RECUSO-ME

Documentos comprobatórios: RECUSO-ME

Maria da Conceição Silva Sousa
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA,
 RG nº 798.275, data de expedição 02/12/10, Órgão SSP/PE
 portador do CPF nº 462.436.583-68, com domicílio na cidade de
CABECEIRAS, no Estado de PERNAMBUCO
 onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) LOCALIDADE CANCO
DA PALMEIRA, nº 510, complemento CASA
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
 minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DOMINGOS
GOMES DE SOUSA, cujo o condutor no momento do
 acidente era DOMINGOS GOMES DE SOUSA.

Veículo: HONDA/CG 125 FAN K5

Modelo: 2011

Ano: 2011

Placa: ODX-4777

Chassi: 9C2JC4110BR738067

Data do Acidente: 26/02/17



Local e Data: CABECEIRAS-PE 14/03/17

Maria da Conceição Silva Sousa
 (Assinatura do Declarante)

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

OBS: Reconhecer firma da assinatura em Cartório por autenticidade

Cartório Único de Barras
 Rua Leônidas Melo, 1257 - Centro
 CEP: 64100-000 - Barras - PE

CPF: 58.427.510/01-31 - O/3 14320

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DA CONCEIÇÃO
 SILVA SOUSA
 EM TEST. DA VERDADE DOUFE, BARRAS, 14/03/2017 09:11:15

SIMONE LINDA SANTOS - ESCRIVENTE AUXILIAR
 ESCRITÓRIO 110

Simone Lind dos Santos
 CPF: 19.036.653.653 - 03

Escritório 110





HOSPITAL DE URGENCIAS DE TERESINA – Prof. ZENON ROCHA

SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: Domingos Gomes de Sousa

Nº PRONTUÁRIO: 323290

DIAGNÓSTICO: TCE – CID: S0.68

MÉDICO: Elton Bezerra

DTA INTERNAÇÃO: 26/02/2017

DTA ALTA: ____/____/____

OBSERVAÇÕES:

Marcar consulta pelo SUS no Hospital São Marcos ou no Ambulatório Azul do HGV ou no Hospital Universitário pelo posto de saúde mais próximo de sua casa.
ou particular no Consultório (86) 4009-1110 em Teresina ou (89)3422-2107 em Picos)

Se foi operado(a), tire pontos 09 dias após operação.

Verifique se a Farmácia Popular do Brasil vende seu remédio.

DOCUMENTO 5 *T596*



Seguradora

30 MAI 2017

UNIÃO



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE CABECEIRAS DO PIAUÍ
RUA: PIAUIENSES, 100 - JARDIM ARAÚJO
CEP: 64.000-000 - CABECEIRAS DO PIAUÍ - PI

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: <u>Dr. Elenilson Lages</u>	
CRM: <u>41121</u>	UF: <u>PI</u> Nº: <u>0000000000</u>
Endereço Completo e Telefone: <u>Rua 1000, 1000 - Jd. Azeite</u>	
Cidade: <u>Cabeceiras do Piauí</u>	UF: <u>PI</u>

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Dr. Elenilson Lages
Médico
CRM-PI 41121

Paciente: Francisco de Paula

Endereço: Rua 1000, 1000 - Jd. Azeite

Prescrição: 100mg de Paracetamol



IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:
NOME: _____	
Ident. _____ Órg. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA: _____	



Os melhores medicamentos com os melhores preços da produção

Rua Get. Taumaturgo de Azevedo, s/n
Centro Fone: 3242-1597
Rua Sbc José, s/n Centro - Fone: 3242-2397
Barras - Piauí

Data 24/03/17

Note:

End.:

[illegible]

Total R\$

83.28

Assinatura

Seguradora

30 May 2017

UNIAO

Rua Leônidas Melo, Nº 586 / Sala B - Centro / Barras-PI
CNPJ 01.049.421/0002-50 - Insc. Est. 19.504.559-9

№ 0926

Data 12, 03, 12

Clients: Dominicus Gomes de Sousa
João Calmeida Cabecenas

Clientes: Dominos
End: Rua do Palmeiro Cabecuras

Clientes: Domínio do Gato
 End.: Rua do Palácio Católicos

Quant.	Unid.	DISCRIMINAÇÃO DAS MERCADORIAS (Espécie, Qualidade, Marca, Modelo, Tipo, etc.)	Preço R\$	
			Unitário	Total
03	ca	guardina 100 uy.	220	660
01	ca	toalha	59.79	59.79

Não Vale Como Recibo
 TOTAL R\$ 724.39
 ABIGRAF-PI 166

Assinatura do Vendedor
 Infográfica (Claudia de Paula Sousa-EPP) Ins. Est. 19.446.340-0 - CNPJ: 03.842.179/0001-20 - ABIGRAF-PI 166
 Val. F.º e 03 anos - 20 Blocos 25x22 Série D-1 de 0620 a 1125 - Aut. 132055500564015 - Ag. Mend. de Bairros-PI, Em 17/02/2016 - Data da Impressão 17/02/2016

UNIÃO
30 MAI 2013
Seguradora

FARMACIA CARVALHO
LEAO & CARVALHO LTDA ME
PÇA SEN. PIRES FERREIRA, 58 - CENTRO
BARRAS - PI

CNPJ: 06.512.693/0001-08 IE: 19.403.153-5
IM: 20.043
21/03/2017 09:25:41 ECF: 026059 CDD: 029011

CUPOM FISCAL

ITEM	QTD	UN	DESCRIÇÃO	UNID.	VL. UNIT.	R\$	ST.	A/T	VL.	ITEM	R\$
001	000000000002528		HIDANTAL 100 MG C/25 CAP								
3		UN	X		9.83	F1	T		29.49		
002	000000000005455		TORAGESIC 5L 10 MG C/20 CAP								
1		UN	X		59.79	F1	T		59.79		
TOTAL									R\$	89.28	

Oinhelec 89.28
P00000047370
MD-5: det5/70815+8717a27e23fe59cc47871
Trib aprox R\$ Fed 12.01 Est 15.18 IAPT: W7#9E1

DOMINGOS GOMES DE SOUSA
CPF/CNPJ: 04043491379 Fone:
CANTO DA PALMEIRA
ZONA RURAL

SEI/FTSCA 1.20d Sei Informatica 85 32215792
183 BA1F5 14440 398028 F8 200187 59F68 372C3 011
BARUMA AUTOMAÇÃO MACH 1
ECF-IF VERSÃO: 01.00.00 ECF: 004 LJ: 0001
GGGGGGGGGCH6EABFJ 21/03/2017 09:25:46
FAH: DR0812B8000000340566



ATESTADO MÉDICO

Atesto que Domingos Gomes de Brito
Cart. Prof. N° _____ Série: _____
necessita de 60 dias de licença para tratamento de saúde a partir
de 26/02/2012

Teresina, 01 de Março de 2012

Dr. Marcos Vinícius G. Santos
Neurocirurgião
CRM 3950



NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE:

Domingos Gares

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

3236910

ou Gares



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

- NEUROLOGIA

- BUCO-MAXILO

Imp: 26/02/2017 22:01:01

User: ROMAK

Estação: ACCR01

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: DOMINGOS GOMES DE SOUSA		Prontuário: 323290	
Mãe: SEBASTIANA GOMES NUNES		Pai: ANTONIO MENDES DE SOUSA	
End. Resid.: CANTO DA PALMEIRA - ZONA RURAL - CASECEIRAS DO ITAUI - PI - CEP: 64105-000			
Nascimento: 16/03/1986	Idade: 30a:11m:10d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 8149-9683
Responsável: MARIA DA CONCEICAO SILVA SOUSA		CNS: 898003323062983	
Profissão: AJUDANTE		Documento: RG: 544422296 - SSP SP	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 596403	Data: 26/02/2017 21:52:17	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLISTA (MOTOC)		Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Evento Principal: Déficit neurológico agudo	Destino: CIRURGIA GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEGUIDO DE VÔMITOS. ENCAMINHADO DE BARRAS COM QUADRO DE EPISÓDIOS DE DESORIENTAÇÃO + HEMORRAGIA NASAL - HEMATOMA PERIOREBITAL DIREITO. HEMIPARDA PERDA DE CONSCIÊNCIA. ECG - 15. REFERE ALERGIA A DÍPIRONA.			Profissional Clas. Risco: ROMAK SPANERIA HOLANDA COREM 22364 PI Im: 26/02/2017 22:01:01

DADOS CLÍNICOS:

Hora: ____:____:____

Paciente vítima de acidente de moto
no dia 25/02/2017, vítima de trauma cranioencefálico
e hemiparado. Ao Exame Físico e Glasgow: 15
resposta verbal, neurológico
ASL: flaccida, simétrico
Reflexos: estáveis

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____	DATA: 26/02/17 22:01:01
Diagnóstico inicial:			EXAME: CMAE + FACE

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) Suspeito TC e Rm.

UNIAO
TECNOLOGIA
Seguradora

Wanderleide
Mafalda
18/02/2017
HUT
com Central

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____:____	Procedimento: 30304009.2	CID: 506.9
-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	-------------------

Sebastião Gomes Nunes
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

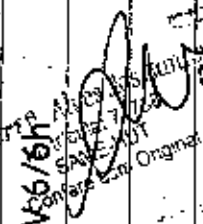


PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. OU APT.	LEITO
Domingos Gomes de Sousa						
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		MÉDICO ASSISTENTE				
T.C.S. Apendicite - ITO		NEURO				
ALERGIAS		26.02.17				
Cephalo						
PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES				
		23:48 Admitido neste				
		setor posto 01, veio da				
1. Dieta Zero		sala verde consciente				
2. SF 0,9% 500ml IV, 06/08h		orientado q físico, exi				
KCL 10% - 10ml/soro		músculo agnível, cabeça				
3. Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h		respiração espontânea				
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h		sem aporte de				
5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)		O2. HV, administrado				
6. Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa		medicamento p/				
7. Fenitoína 100mg IV, 08/08h		do convulsões presen-				
8. SSVK 6/6h		as náuseas				
		01:23 paciente com				
		vômito líquido escu-				
9. Pefaril 1amp + AD EV 8/8h		ro, administrado medi-				
		camento prescrito				



Dr. Cesar Lopes
MÉDICO
CRM-PI 1049 CPF: 079.450.353-53

MEDICO/CRM:

Dr. Cesar Lopes
MÉDICO
CRM-PI 1049 CPF: 079.450.353-53



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	DOMINGOS GOMES DE SOUSA	PRONTUÁRIO	323290
DA CLÍNICA	NCR	LEITO	25-Ext 1
A CLÍNICA	BUCO		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente com trauma facial

Foto 06

DATA: 01/03/17

Dr. Marcus Vinícius G. Santos
Neurocirurgião
CRM 3950

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente vítima de trauma de face apresentando edema periorbitário bilateral. Quimose. Acuidade visual preservada, motilidade ocular preservada. Apresentando arco zigomático fraturado, com limitação de abertura de boca, idêntica das limitações de abertura de boca. Fratura sem indicação de intervenção cirúrgica. Alta de emergência.



Wanderson Alves da Silva
Médico 7078
SUS/EMERGENCIA
Clínica de Otorrinolaringologia

Dr. Matias da Silva
Cirurgião Bucal
CRO-PB 779

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

DATA: / /



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

Hospital de Barras

Para:

HUT

Nome da pessoa encaminhada:

Domingos Gomes de Sousa

Registro:

205702269596

Motivo do encaminhamento:

Paciente, 38 anos, vítima de acidente motorciclístico, com trauma em face, apresentando quadro de desconforto, hemorragia nasal, vômito e hematoma parietal e de face. Paciente estuda talco de fôdo. Realizado estabilização do quadro e hidratação venosa de acordo com prescrição. Resposta ao estímulo verbal.

PA: 110x80 / FC: 50bpm / SpO2: 98%

Observações:

ACP: Sidiôgenes
abdome indolente

Encaminhado para avaliação e realização de TC.

Data 26/02/17

Dr. Samuel Sá Marroquin
Médico
Resp. p/ encaminhamento

Obs: Deve ser arquivado no Centro de Saúde Unidade Mista e Hospital Local ou Regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original:

Diagnóstico e Orientações:

Data / /

Resp. p/ diagnóstico

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida no Hospital de origem através do próprio Paciente devidamente fechada.



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO.
Borges Carlos				215 Extra		
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		MÉDICO ASSISTENTE				
TCE		NEURO				
ALERGIAS		OBSERVAÇÕES				
		10:30h - Paciente de alta da UEL				
		por ser DMF. (assinado) (assinado) (assinado)				
1. Dieta Branda		Hellen Dias S P Aguiar				
2. SF 0,9% 2000ml EV dia		CSMS - 5845				
KCL 10% 10ml/soro		14:20h - Paciente avaliado pelo BUC do plano				
3. Ranitidina 1amp + 18ml AD EV 8/8h		tão, sem indicação de cirurgia				
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV (SOS)		Pde de alta no hospital				
5. Bromoprida 1am p+ AD EV (SOS)		(assinado) (assinado) (assinado)				
6. Fenitoína 2ml + 18ml AD EV lento 8/8h		22 de				
7. Haldol 1amp IM (SOS)						
8. Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SOS)						
9. Dimorf 10mg + 7ml AD fazer 3ml EV 4/4h ACM						
10. SSVV 6/6h						

MÉDICO/CRM:

Dr. Marcos Vinícius A. Santos
Neurocirurgião
CRM 3850

Wanderley Almeida Santos
Médico Assistente
CRM 3850

UNIAO
11/10/2011
Seguroadora



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Clínica
Admissão
215 Extra

NOME DO PACIENTE	DOMINGOS GOMES	PRONTUÁRIO	323270	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	TCE - Ajustamento GUT						
ALERGIAS	Sol. TC						
PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIO			
1. Dieta Branda				12:00 Segue com SSVV exte...			
2. SF 0,9% 2000ml EV dia				e não refusa queixas agudas.			
KCL 10% 10ml/soro				--- Necessário.			
Ranitidina 1amp + 18ml AD EV 8/8h				18:00 Segue com queixas de...			
Dipirona 2ml + 8ml AD EV (SOS) (suspensão) (alérgico)				--- Necessário.			
Bromoprida 1am p+ AD EV (SOS) //				18:00 Segue com queixas de...			
Fenitoína 2ml + 18ml AD EV lento 8/8h				--- Necessário.			
Haldol 1amp IM (SOS) //				---			
Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SOS) //				---			
Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM				---			
SSVV 6/6h				---			
MÉDICO/CRM:				---			

Ricardo Gomes
Médico de Referência de Teresina
CRM: 17.758
42120

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

Imp: 26/02/2017 22:01:09

(RQHAH)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: DOMINGOS GOMES DE SOUSA		Prontuário: 323290	
Mãe: SEBASTIANA GOMES NUNES		Pai: ANTÔNIO MENDES DE SOUSA	
End. Resid.: CANTO DA PALMEIRA - ZONA RURAL - CABECEIRAS DO PIAUI - PI - CEP: 64105-000			
Nascimento: 16/03/1966	Idade: 30a:1m:10d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 8149-9683
Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA		CNS: 898003323062983	
Profissão: AJUDANTE		Documento: RG: 544422296 - SSP SP	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 596403	Data: 26/02/2017 21:52:17	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i># Cirurgia final</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 26/2/17 23:10h	ESPECIALISTA: <i>Seguro CR</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>TCE</i>	
<i>G. Lagom IS</i>	
<i>TC Crânio: Fratura Apendicite - ITO</i>	
<i>CD: Ols</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

185295

Órgão Emissor: 8221100001

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE A
DE INTERNAÇÃO HOSPITAAIH : 221710016533-5
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

DOMINGOS GOMES DE SOUSA

NASCIMENTO
16/03/1986

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERES

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERES

D.LIBERA: 10/03/2017

DT. LAUDO: 26/02/2017

PROCED.: 0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO

OP. SIST.: WELLINGTON

CID: S068

Assessor de Auditoria - DICA/MS

ASS. RESPONSÁVEL: 170622432230002

CNS: 170622432230002

Fig. da
Internação:

185295

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome:	DOMINGOS GOMES DE SOUSA	6 - Prontuário:	323290
7-CNS:	898003323062983	8-Nascimento:	16/03/1986
9-Sexo:	Masculino	RG:	544422296 - SSP SP
11-Mãe:	SEBASTIANA GOMES NUNES	12-Tel:	86- 8149-9683
13-Resp:	MARIA DA CONCEICAO SILVA SOUSA	14-Cor:	Parda
15-Endoz:	CANTO DA PALMEIRA - ZONA RURAL - CEP: 64105-000	17-Cod. IBGE:	220205
16-Munic:	CABECEIRAS DO PIAUI	18-UF:	PI
19-CEP:	64105-000		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1- Principais sinais e sintomas clínicos:	Paciente com trauma de cabeça com apatia.
21 - Condições que justificam a internação:	uf
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):	TC: Fratura
23-Diagnóstico inicial:	
Outros traumatismos intracranianos	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27- Procedimento Solicitado:	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRUPO MEDIO)	Tempo SUS:	7
29-Clinica:	30-Carater: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Med. Solic.	33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:
02	01 CPF 010.364.633-70	ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA	26/02/2017
35- Ass. Caráter Med. Sol. (CRM)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. da Nota:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-No. da Nota:	44-CROR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:
	26/02/2017	() CNS () CPF	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:			
X Sebastiana Gomes Nunes			



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS GOMES DE SOUSA** (Prontuário: 323290)
Endereço: CANTO DA PALMEIRA - ZONA RURAL - CABECEIRAS DO PIAUÍ - PI CEP: 64105-000
Nascimento: 16/03/1986 Idade: 30a.11m:11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 596403
Requisição: 723329 Solicitação: 26/02/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 901185 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/02/2017

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:

- FRATURA CRANIANA COM AFUNDAMENTO FRONTO-TEMPORAL À DIREITA, COM EXTENSÃO PARA ÓRBITA CORRESPONDENTE.
- FRATURAS FACIAIS COM HEMOSSINUS.
- CONTUSÃO PARENQUIMATOSA HEMORRÁGICA COM FOCOS GASOSOS NO LOBO FRONTAL DIREITO.
- HEMATOMA AGUDO EXTRA-AXIAL TEMPORAL DIREITO, COM FOCO GASOSO DE PERMEIO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/02/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



Wanderley
Machado
SOME-HUT
Confira com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS GOMES DE SOUSA** (Prontuário: 323290)
 Endereço: CANTO DA PALMEIRA - ZONA RURAL - CABECEIRAS DO PIAUI - PI CEP: 64105-000
 Nascimento: 16/03/1986 Idade: 30a:11m:11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 596403
 Requisição: 723330 Solicitação: 26/02/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 901186 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 26/02/2017

T.C. DE FACE

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

- FRATURAS FACIAIS ASSIM LOCALIZADAS:
 - * TETO, PAREDE LATERAL E BASE DA ÓRBITA DIREITA;
 - * PAREDES DO SEIO FRONTAL DIREITO;
 - * LÂMINA PAPIRÁCEA DIREITA;
 - * ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO;
 - * PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DO SEIO MAXILAR DIREITO;
 - * ESFENOÍDE DIREITO COM EXTENSÃO PARA AS PAREDES DO SEIO ESFENOIDE.
- MATERIAL HEMÁTICO LOCALIZADO EM SEIOS FRONTAL DIREITO, MAXILAR DIREITO E ESFENOIDAL, BEM COMO EM CÉLULAS ETMOIDAIS.

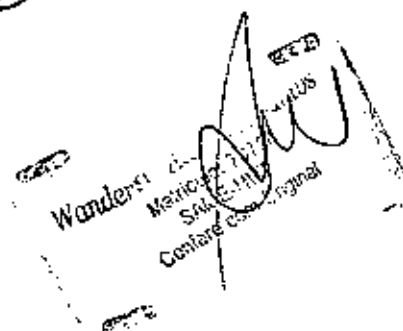
(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/02/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS GOMES DE SOUSA** (Prontuário: 323290)
 Endereço: CANTO DA PALMEIRA - ZONA RURAL - CABECEIRAS DO PIAUI - PI CEP: 64105-000
 Nascimento: 16/03/1986 Idade: 30a:11m:12d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 185295
 Requisição: 723668 Solicitação: 28/02/2017 Solicitante: RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO
 Controle: 901576 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 + ENFERMARIA 216 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 28/02/2017

T.C. DE CRÂNIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM OSSOS FRONTAL E TEMPORAL, EM PAREDES DO SEIO FRONTAL, EM PAREDES DA ÓRBITA, EM ARCO ZIGOMÁTICO, EM OSSO ESFENOIDAL E EM PAREDES DO SEIO MAXILAR À DIREITA, BEM COMO EM PAREDES DOS SEIOS ESFENOIDAIS.
- SINUSORRAGIA ESFENO-ETMOIDAL BILATERAL E FRONTAL-MAXILAR DIREITA.
- HEMATOMA SUBGALEAL EM REGIÃO FRONTO-TÊMPORO-PARIETAL DIREITA, COM ENFISEMA SUBCUTÂNEO DE PERMEIO.
- PEQUENOS HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS EM FOSSA MÉDIA DIREITA, ANTERIORMENTE (ESPESSURA MÁXIMA: 0,8cm) E NA CONVEXIDADE FRONTAL DIREITA (ESPESSURA MÁXIMA: 1,4cm).
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/02/2017

WILSONNEY BOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável



Wanderley Alves dos Santos
 Marizete Tavares
 SIME-PI
 Centro de Diagnóstico



CLÍNICA MACHADO

RECEITUÁRIO

De lação cronológica do exame

Declaro, que soumos que
de souso, foi vítima de acidente de
trânsito, fato ocorrido 26.07.17 às 21:52h,
Tendo sofrido TCE, resultando em
fraturas faciais assim localizadas:

TE TO, PAREDE INTERNA E BORDA DA ORBITA
PARTE DO SEIO FRONTAL DIREITO, ARCO
ZIGOMÁTICO DIREITO, PAREDE ANTERIOR
E POSTERIOR DO SEIO MAXILAR DIREITO,
ESFENÓIDE DIREITO, OUDE FÓRAME
DO CONDILOMEDIAL, COM ALFAS
SEFUMIN, ALCERCO FURCADO DE 85%

Carfale

17.07.17

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
99821-0151 - 99827-3736 - 99903-0929

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

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 99827-3736 • 99903-0929

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8300-6

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GOMBEZON DALVI

PROIBIDO PLASTIFICAR

Domingos Gomes de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 6 *75%*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 54.442.229-6 DATA DE EXPIRAÇÃO 14/JUN/2010

NOME DOMINGOS GOMES DE SOUSA

RELACÃO ANTONIO MENDES DE SOUSA

E SEBASTIANA GOMES NUNES

NATURALIDADE BARRAS -PI DATA DE NASCIMENTO 16/MAR/1986

LOCAL DE ORIGEM BARRAS -PI

CN: LV.A04 / FLS.05 / N.003604

CPF 040434913/79

21 Delegado Divisório

LEI Nº 196 DE 29/09/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Maria da Conceição Silva Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 3 *T3V*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 798.275 / DATA DE EXPEDIÇÃO 02/12/10

NOME MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA

FILIAÇÃO MARIA PEDRO LOPES DA SILVA
RAIMUNDO FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE BARRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 26/09/1960

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 1460 L 7B F 108
EXP BARRAS DO PIAUÍ PI-16/06/83

TERESINA - PI 462.436.583-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº. 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 83.250/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8300-6

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLESON DA SILVA

PROIBIDO PLASTIFICAR

50 milímetros

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 54.442.229-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/JUN/2010

NOME DOMINGOS GOMES DE SOUSA

FILIAÇÃO ANTONIO MENDES DE SOUSA

E SEBASTIANA GOMES NUNES

NATURALIDADE BARRAS -PI DATA DE NASCIMENTO 16/MAR/1986

DOC. ORGEM BARRAS-PI

BARRAS

CN: LV. A04*/FLS: 05 / N. 003604

CPF 040434913/79

21 Delegado de Polícia

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

UNIÃO

11 AGO 2017

Seguradora

UNIÃO
30 MAI 2017
Seguradora

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170307079 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMINGOS GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Tce

Fraturas em ossos frontal e temporal, paredes do seio frontal, parede da órbita, arco zigomático, osso esfenoidal e em paredes do seio maxilar à direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170307079 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMINGOS GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO E FRATURAS DA FACE- OSSO FRONTAL E TEMPORAL, SEIO FRONTAL, SEIO MAXILAR, OSSO ESFENOIDAL, ORBITA, ARCO ZIGOMATICO, PEQUENOS HEMATOMAS SUBDURAIS EM FOSSA MEDIA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DE LESAO CRANIO-FACIAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, SEM COMPLICACOES. FAZ USO DE GARDENAL. REFERE DEFICIT VISUAL A DIREITA E DO OUVIDO ESQUERDO, NAO QUANTIFICADOS. LUCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPACO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/09/2017

Conduta mantida:

Observações: * MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: DOMINGOS GOMES DE SOUSA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
 Profissão: PEQUEIRO
 Identidade: 54.442.229-6 CPF: 040.434.913-79
 Endereço: LOCALIDADE CAMPO DA PALMEIRA Bairro: ZONA RURAL
 Cidade: CABECEIRAS - PE CEP: 64.105-000

OUTORGADO (Procurador)

Nome: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA SOUSA
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: VIÚVA
 Profissão: DOMESTICA
 Identidade: 798.275 CPF: 462.436.583-68
 Endereço: LOCALIDADE CAMPO DA PALMEIRA Bairro: ZONA RURAL
 Cidade: CABECEIRAS - PE CEP: 64.105-000

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinatura nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

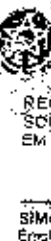
Local e data:

CABECEIRAS - PE, 14 de MARÇO de 2017.

Domingos Gomes de Sousa
 Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



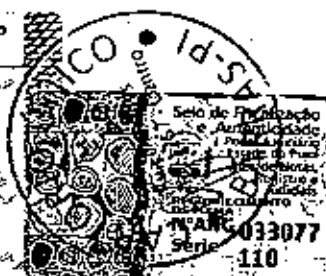
Reconhecer firma da assinatura em: carimbo de autenticidade



Cartório Único de Barras Rua Leonidas Melo, 1257 - Centro
CEP: 64100-000 - Barras - PI

CNPJ: 16.642.751/0001-21 - INS: 142319-9
CONFIRMAÇÃO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DOMINGOS GOMES DE
EST DA VERGARA DOUFE, BARRAS, 14/05/2017 09:16:04

SINOPSE LINO DOS SANTOS - ESCRIVENTE AUXILIAR
CPF Nº 030.853.683-01



Sinopse Lino dos Santos
CPF Nº 030.853.683-01
Escrivente



Cartão Único de Barras
Nº 110-033027 - 01
Cartão Único

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11116539

A/C: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170307079 ASL-0207365/17
Vítima: DOMINGOS GOMES DE SOUSA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DA CONCEICAO SILVA SOUSA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11117153

A/C: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170307079 ASL-0207365/17
Vitima: DOMINGOS GOMES DE SOUSA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DA CONCEICAO SILVA SOUSA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2017

Carta nº: 11533141

A/C: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

Sinistro: 3170307079 ASL-0207365/17
Vítima: DOMINGOS GOMES DE SOUSA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DA CONCEICAO SILVA SOUSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2017

Carta nº: 11580613

A/C: DOMINGOS GOMES DE SOUSA

Sinistro: 3170307079 ASL-0207365/17
Vítima: DOMINGOS GOMES DE SOUSA
Data Acidente: 26/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DA CONCEICAO SILVA SOUSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170307079 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **DOMINGOS GOMES DE SOUSA**
Endereço do(a) Examinado(a): **LOCALIDADE CANTO DA PALMEIRA nº 00 - ZONA RURAL - CABECEIRAS DO PIAUI/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 544422296 - SSP**
Data local do exame: **01/09/2017 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMATISMO CRANIANO E FRATURAS DA FACE- OSSO FRONTAL E TEMPORAL, SEIO FRONTAL, SEIO MAXILAR, OSSO ESFENOIDAL, ORBITA, ARCO ZIGOMATICO, PEQUENOS HEMATOMAS SUBDURAIS EM FOSSA MEDIA DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR, SEM COMPLICAÇÕES. FAZ USO DE GARDENAL. REFERE DEFICIT VISUAL A DIREITA E DO OUVIDO ESQUERDO, NAO QUANTIFICADOS. LUCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPACO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequelas que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE DE LESAO CRANIO-FACIAL

IV. Segundo o 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 ☐ Sem sequelas permanentes

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

LESAO CRANIO-FACIAL

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

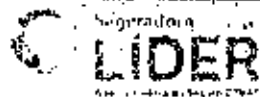
PI - TERESINA, 01/09/2017

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Dores Mendes

Assinatura do perito Examinador - CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

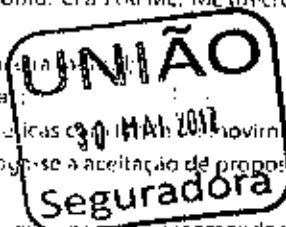
EU, DOMINGOS GOMES DE SOUSAPORTADOR(A) DO RG Nº 54.442.229-6 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 19/06/10 ECPF 04043491379 (CNPJ) _____ PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ Autônoma NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DOMINGOS GOMES DE SOUSA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Locatícia com movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de requisição; para mais informações recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SIMDPVAT (diferente que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação da código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0353 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.00055411-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CABECEIRA-PE 15 de MARÇO de 2017 Domingos Gomes de Sousa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

(*) Sobre o DPVAT quanto indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade da seqüela e de acordo com a tabela de seguros prevista na lei 11.940/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse: www.dpvatseguradordolider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3170307079

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DOMINGOS GOMES DE SOUSA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 54.442.229-6 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 31/06/2017 E
 CPF 040934913-79 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AUXILIAR
 E RENDA MENSAL DE R\$ REGISTRO NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DOMINGOS GOMES DE SOUSA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

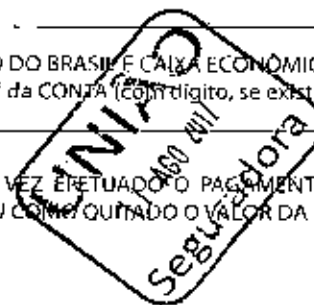
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0353 N° da CONTA (com dígito, se existir) 013.00033411-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.



CABECEIRA-PR 17 de JULHO de 2017 Domingos Gomes de Sousa
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.