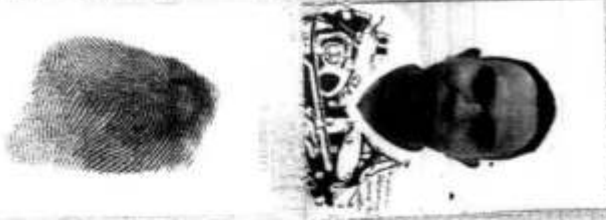


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



*Laécio Sousa da Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS -  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2018

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

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8010883 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/08/2019

NOME  
LAECIO SOUSA DA SILVA

FILIAÇÃO  
MARIA CREUZA PEREIRA DE SOUSA  
RAFAEL BARBOSA DA SILVA

NATURALIDADE  
PARNARAMA - MA DATA DE NASCIMENTO 08/09/1987

DOC. ORIGEM  
CERT. NASCIMENTO 42535 L 54 F 182  
EXP. PARNARAMA - MA 09/10/1993

CPF 042.056.113-74

Francisco das Chagas Pinheiro Martins  
Assessor Jurídico

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

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

#### 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

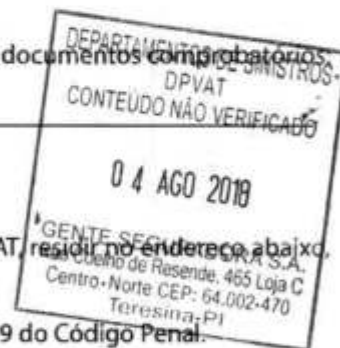
Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Laercio Sousa Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.056.113/74 do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Laercio Sousa Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.056.113/74 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, 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 24 de Janeiro</u> |        | Número                  | <u>544</u>             | Complemento | <u>Sala</u> |
| Bairro   | <u>Centro</u>            | Cidade | <u>Teresina</u>         | Estado                 | <u>PI</u>   | CEP         |
| Email    |                          |        | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |             |             |
|          |                          |        |                         | <u>(86) 99534-6965</u> |             |             |

Teresina, 03 de Setembro de 2019

Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 025309607

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

CONTA MÊS AGOSTO/2019 VENCIMENTO 09-08-2019 CONSUMO (kWh) 132 TOTAL A PAGAR (R\$) 137,05

LUCAS SILVA MORAES  
RS TENHO FE S/N QD F CASA 28 ANGELIM  
CPF: 00005590011345

| CONTA MÊS   | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-------------|------------|---------------|---------------------|
| AGOSTO/2019 | 09-08-2019 | 132           | 137,05              |

DADOS DA LEITURA  
Atual: 2640  
Anterior: 02/08/2019  
Constante de Multiplicação: 2508  
Próxima Leitura: 04-07-2019  
Consumo Medido: 1,000  
Emissão: 03-09-2019  
Consumo Faturado: 132  
Apresentação: 01-08-2019  
Forma de faturamento: 132 de Irregularidade  
Dias de Consumo: 02-08-2019

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA 29  
Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Poste Código Fat. Média 12 meses

RESUMO DA RENDA MONO A2044736 DESCRIÇÃO DA CONTA 1.4.1.1 116  
Máximo consumo:

| CONSUMO              | 30 A R\$                       | 0,294707 = | 8,84  |
|----------------------|--------------------------------|------------|-------|
| JUL/19 123           | 70 A R\$                       | 0,505210 = | 35,36 |
| JUN/19 140           | 32 A R\$                       | 0,757802 = | 24,24 |
| MAR/19 103           | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) |            | 5,89  |
| ABR/19 119           | DIFERENCA DE TARIFA            |            | 42,70 |
| MAR/19 102           | SUBVENCAO BAIXA RENDA          |            | 30,69 |
| FEV/19 147           | BONUS ITAIPU - ART. 21 LEI N.  |            | 1,00  |
| JAN/19 146           | CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 |            | 0,56  |
| DEZ/18 132           | MULTA POR ATRASO 06/19-00      |            | 3,39  |
| NOV/18 143           | PARCELAMENTO DE DEBITO 20/36   |            | 46,46 |
| OUT/18 127           | JUROS POR ATRASO 06/19-00      |            | 1,30  |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -   | 1,08       |       |
| 30 A 70 - 0,211113   | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -  | 0,21       |       |
| 70 A 100 - 0,505210  |                                |            |       |
| 100 A 132 - 0,544291 |                                |            |       |

EXIBIÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 17-08-2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.  
07/2019 166,22  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$                                     | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$           |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Distribuição: F613.8428.AF84.AE32.8005.8D4E.5C21.F3FB         | Alíquota ICMS: 111,14             |
| Energia: 23,36                                                | Valor do ICMS: 22,00%             |
| Transmissão: 45,13                                            | Valor do PIS: 24,45               |
| Encargos: 7,63                                                | Valor do COFINS: 1,22             |
| Tributos: 3,73                                                | INDICADORES DE CONTINUIDADE 1,40% |
| 3,29                                                          | PIC 6,49%                         |
|                                                               | 5,62                              |
| Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual Mensal Mensal |                                   |

| Limite   | Realizado                                  |
|----------|--------------------------------------------|
| Conjunta | 5,19 10,39 20,77 3,36 0,00 13,45 2,94 0,00 |

POLO 06/2019 49,57  
SEU CÓDIGO 0116725-1  
MÊS FATURADO 08/2019  
VENCIMENTO 09-08-2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nº da Nota Fiscal: 025309607 PCAM

83650000001 0 37050017000 3 00000000116 4 72510819008 5



SEQ.: 00232 UC: 0116725-1 DT. LEIT.: 02/08/2019 T. ENTR.: 04  
LEITURA: 2640 NORMAL TOTAL: 137,05 CARGA: 022

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

À Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

ROT: 17.001.31.11.020500

|                      |            |
|----------------------|------------|
| NOV/18               | 0          |
| OUT/18               | 96         |
| SET/18               | 299        |
| AGO/18               | 232        |
| JUL/18               | 184        |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: |            |
| 0 A 204              | - 0,523566 |

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



SEQ.: 00345 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/05/2019 T.ENTR.: 09  
LEITURA: 20350 NORMAL TOTAL: 208,77 CARGA: 010  
DT.VENC.: 31/05/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 207

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 4987 CONTA: 100 130 4 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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.

22 - 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 atenda 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 Líder para verificação da existência ou não de 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura legível da vítima ou beneficiário: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 03/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153

TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

06 08 2019  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA RECEBIMENTO**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 04/05/2019 14:13:49

(User: DR. RENATO)

(Estação: CONSULTORIO3)

|                                                                                 |                        |                                     |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| <b>Nome:</b> LAECIO SOUSA DA SILVA                                              |                        | <b>Prontuário:</b> 36580            |                         |
| <b>Mãe:</b> MARIA CREUSA PEREIRA DA SILVA                                       |                        | <b>Pai:</b> RAFAEL BARBOSA DA SILVA |                         |
| <b>End.Resid.:</b> Q I C 28 B - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000 |                        |                                     |                         |
| <b>Nascimento:</b> 08/09/1987                                                   | <b>Idade:</b> 31a7m26d | <b>Sexo:</b> Masculino              | <b>Fone:</b> 95-72538-9 |
| <b>Responsável:</b> O MESMO                                                     |                        | <b>CNS:</b> 898003422431707         |                         |
| <b>Profissão:</b> MECANICO                                                      |                        | <b>Documento:</b> Reg.Nasc:         |                         |
| <b>G. Instrução:</b> Não informado                                              |                        | <b>E.Civil:</b> Ignorado            |                         |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                                          |                                     |                        |                           |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Código:</b> 412626                                                    | <b>Entrada:</b> 04/05/2019 13:54:59 | <b>Convênio:</b> S U S | <b>Proced:</b> 0301060029 |
| <b>Motivo da Procura</b><br>(Conforme Paciente/Acomp): QUEDA MESMO NÍVEL |                                     |                        |                           |
| <b>Condução:</b> NÃO INFORMADO                                           |                                     |                        |                           |

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                                       |                       |                           |
|---------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b> | <b>Classificação:</b> | <b>Cor:</b><br>Indefinido |
| <b>Breve História Clas. Risco:</b>    |                       | ?                         |

|                      |                       |                        |                   |                      |
|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|----------------------|
| <b>SSVV:</b>         | (Hora: ____ : ____)   |                        |                   |                      |
| <b>Peso:</b> 0,00 Kg | <b>Altura:</b> 0,00 M | <b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2 | <b>Pulso:</b> bpm | <b>Pressão:</b> mmHg |

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO, APRESENTANDO DEFORMIDADE E EDEMA EM TOPOGRAFIA ACROMIO-CLAVICULAR.

**Diagnóstico Inicial:**

?

**Exames Complementares:**

Rexox

**Prescrição Médica:**VOLTAREN 1AMP IM  
DEXAMETASONA 1AMP IM**Motivo da Alta/Encerramento:**

Encaminhado para Exames

**DATA:** / /**HORA:** :

Assinatura Paciente ou Responsável

RENATO REGES CARVALHO  
CRM 4511 Em: 04/05/2019 14:13:49

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o Sr. **LAECIO SOUSA DA SILVA** CPF: **042.056.113-74** deu entrada para ser atendido nesta unidade de Pronto Atendimento em 04/05/2019 às 14h13min para tratamento de saúde sendo vítima de acidente de trânsito em motocicleta.

Teresina, 06 de agosto de 2019

Jaqueline de Paula Coutinho Nobrega  
Diretora Administrativa  
Mat. 87556 - CPF/ 300 100 148-88  
Unidade de Pronto Atendimento Promor





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003366/2019-17

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Claudio Costa De Sousa

Data/Hora: 03/09/2019 - 08:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

EM FRENTE À QD-F, CS-28, Nº:

Complemento

CONJ. TENHO FÊ

545736

Data/Hora

04/05/2019 - 13:00

Bairro

ESPLANADA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LAECIO SOUSA DA SILVA

RG: 8010883 PI

Mãe: MARIA CREUZA PEREIRA DE SOUSA

Endereço: QD-F, CS-28, Nº

Complemento: CONJ. TENHO FÊ

Bairro: ESPLANADA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/CG 160 TITAN EX, PLACA PIT-3871-PI, COR PRETA, RENAVAM 1108675317, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTÔMOVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA A UPA DO PROMORAR. (PRONT. 36580). DEPOIS DEU ENTRADA NO HUT. (PRONT. 108351). TESTEMUNHA: FRANCISCA DAS CHAGAS FERREIRA, QD-B, CS-02, RESID. TENHO FÊ, DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

  
Cláudio Costa De Sousa - Mat.  
AGENTE DE POL

  
LAECIO SOUSA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

  
Lucy Azeite Leal Parreira  
Delegada Geral de Polícia Civil  
Mat. 136.111-3



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.056.113-74 4 - Nome completo da vítima: Laécio Sousa Da Silva

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

5 - Nome completo: Laécio Sousa Da Silva 6 - CPF: 042.056.113-74  
7 - Profissão: Adv. de Pedreiros 8 - Endereço: R S Tenho Fe SIN QD-F 28 9 - Número: 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Angelim 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64040-003  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 4987 CONTA: 000 130 4 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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.

22 - 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 atenda 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 04 AGO 2018  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprensa: \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 03/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2018

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

---

**Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190516065**

**Vítima: LAECIO SOUSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LAECIO SOUSA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190516065**

**Vítima: LAECIO SOUSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LAECIO SOUSA DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **LAECIO SOUSA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001987**

Conta: **00000100130-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 18/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: LAECIO SOUSA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000100130-4

---

Nr. da Autenticação 5B84CAFE4C3F67CC

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306466/19

**Vítima:** LAECIO SOUSA DA SILVA

**CPF:** 042.056.113-74

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

**Data do acidente:** 04/05/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LAECIO SOUSA DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### LAECIO SOUSA DA SILVA : 042.056.113-74

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: 04/09/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

|                                               |                               |                                    |                   |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| NOME: <u>Laécio Sousa Da Silva</u>            |                               |                                    |                   |
| RG: <u>8080 883</u>                           | ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>   | D. EXPEDIÇÃO: <u>09/08/19</u>      |                   |
| CPF: <u>042.056.113-74</u>                    | ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u> | PROFISSÃO: <u>Aux. de Pedreiro</u> |                   |
| ENDEREÇO: <u>R5 Tenho Fe S/N QD-F Lote 28</u> |                               | Nº: <u>28</u>                      |                   |
| COMPLEMENTO: <u>Casa</u>                      |                               | BAIRRO: <u>Angelim</u>             |                   |
| CIDADE: <u>Teresina</u>                       | ESTADO: <u>Piauí</u>          | CEP: <u>64040-003</u>              | TELEFONE: <u></u> |

## OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

|                                        |                               |                               |                       |
|----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| NOME: <u>Nelle Rozo Soares Marques</u> |                               |                               |                       |
| RG: <u>4.119.2629</u>                  | ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>   | D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u> |                       |
| CPF: <u>840.173.173-91</u>             | ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u> | PROFISSÃO: <u>Recurso</u>     |                       |
| ENDEREÇO: <u>Rua 24 De Janeiro</u>     |                               | Nº: <u>544</u>                |                       |
| BAIRRO: <u>Centro</u>                  | CIDADE: <u>Teresina</u>       | UF: <u>PI</u>                 | CEP: <u>64000-235</u> |

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Laécio Sousa Da Silva

Data do acidente de trânsito: 04/05/2019

Cobertura da vítima: Imobilidade



LOCAL / DATA: Teresina 10/09/2019

Laécio Sousa Da Silva

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

Cartório  
Themistocles  
Sampaio

**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**

Rua Luísa de Figueiredo, 1223 - Centro - CEP: 64002-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0159 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

*Titular: Anailis Gonçalves de Sampaio Pessoa*

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LAECIO SOUSA DA  
SILVA. DOU FE. EM TEST. Sua DA VERDADE.  
Teresina-PI, 03/09/2019. Selo: AA121410-X9TW  
www.tjpi.jus.br/portalextra.

Maria Elvira Cardoso Sousa-Escritor Autorizado  
Imol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:120  
RECURRENÇA PARTICULAR

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Maria Elvira Cardoso Sousa  
Escritor Autorizada  
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
**CONSULTE O SELO  
DIGITAL**

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190516065 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LAECIO SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 13/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITA (GRAU V).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.  
PÁG 1/3/5/7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                         |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170438263 Nº 013936412706  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1108675317 EXERCÍCIO 2019

NOME  
LAECIO SOUSA DA SILVA

CPF/CNPJ  
04205611374

PLACA ANT / UR  
-

CHASSI  
9C2KC2210HR501348

RAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL  
ALCO/GASOL

HONDA/CB 160 TITAN EX ANO FAB 2016 ANO MOD 2017

CAP/POT/CIL 002P/162CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

1. COTA ÚNICA 2. VENC. COTAS 3. PAGO  
1. IPVA 2. PARCELAMENTO / COTAS 3. PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

A/FIDUCIARIA ADMINISTRADORA DE CONSUMO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA DATA 8/2/2019

AGAO MARTINS DO RE GOLOBO  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013936412706 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 8/2/2019

VIA 1 04205611374 DPVAT / CNPJ PLACA PIT-3871

RENAVAM 1108675317 MARCA / MODELO HONDA/CB 160 TITAN EX

ANO FAB 2016 CAT. TRIP 09 Nº CHASSI 9C2KC2210HR501348

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) 36,04 DENATRAM (R\$) 4,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,04

TOTAL A SER PAGO (R\$) 84,58

DATA DE QUITAÇÃO 30/01/2019

X COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.888/0001-04

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2018

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE  
ANTONIO SOARES JUCUNDE

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

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L A1/F 141

EXP. CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.200/89

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

ASSINATURA DO TITULAR

NELLE ROZE SOARES MARQUES

0470263

TERESINA

0470263

0470263

Alta



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Wacício Sousa da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 108 351



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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 04/05/2019 16:06:24

(User: MARCOS VITOR)

(Estação: GESSO02)

**Nome:** LAECIO SOUSA DA SILVA**Prontuário:** 108351**Mãe:** MARIA CREUZA PEREIRA DE SOUSA**Pai:** RAFAEL BARBOSA DA SILVA**End.Resid.:** QD-G CASA 17 RESID. ESPLANADA - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010**Nascimento:** 08/09/1987**Idade:** 31a7m26d**Sexo:** Masculino**Fone:** 86- 8829-4240**Responsável:** FRANCISCA**CNS:****Profissão:****Documento:** RG: 0323331720067 - SSP-MA**G. Instrução:** Não informado**E.Civil:** Ignorado**DADOS DO ATENDIMENTO:****Código:** 720077**Entrada:** 04/05/2019 15:34:04**Convênio:** S U S**Proced:** 0301060061**Motivo da Procura**  
(Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES**Condução:** VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:****Sinal/Sintoma de Apresentação:**

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

**Classificação:**

Dor moderada

**Cor:**

Amarelo

**Breve História Clas. Risco:**pac com trauma contuso em ombro D evoluindo com fratura e luxação de clavícula D  
est 99  
q:15

HELENILSA CARVALHO DE SOUSA

COREN - 307586

Em: 04/05/2019 15:41:12

**SSVV:**

(Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

**Peso:** 0,00 Kg**Altura:** 0,00 M**IMC:** 0,00 Kg/m2**Pulso:**

bpm

**Pressão:**

mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

Paciente refere acidente com trauma de ombro D com dor e limitação funcional e dor e edema de antebraço E

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

?

543.1

**Exames Complementares:**

(1209159) - OMBRO DIREITO

(1209160) - ANTEBRACO ESQUERDO

- Exame complementar para V

**Prescrição Médica:**

Intervenção para Tratamento Cirúrgico

**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**HORA:** \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável

Marcos Vitor P de Carvalho Filho  
Traumatologista OrtopédicoMARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO  
CRM PI 4792 Em: 04/05/2019 16:06:23

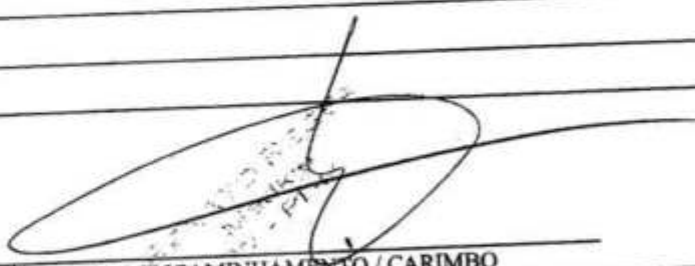
**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULAÇÃO**

|                                                                                                                    |                            |                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| <b>AUTORIZAÇÃO:</b> 608761907                                                                                      | <b>Nº REGULAÇÃO:</b> 72290 | <b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL |
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324 |                            |                                            |
| <b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT        |                            |                                            |
| <b>LEITO:</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA                                                                               |                            | <b>NASCIMENTO:</b> 08/09/1987              |
| <b>PACIENTE:</b> LAECIO SOUSA DA SILVA                                                                             |                            |                                            |

**DADOS CLÍNICOS**

|                                                                                                                                                                 |                                 |                       |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| <b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b><br>TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO REALIZADO RX QUE EVIDENCIOU FRATURA E LUXAÇÃO CLAVÍCULA DIREITA. SOLICITO AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA. |                                 |                       |                                  |
| <b>PROVAS DIAGNÓSTICAS:</b>                                                                                                                                     |                                 |                       |                                  |
| <b>EXAMES SOLICITADOS:</b><br>RX                                                                                                                                |                                 |                       |                                  |
| <b>DIAGNÓSTICO(CID):</b> FRATURA DA CLAVÍCULA                                                                                                                   |                                 |                       |                                  |
| <b>COMORBIDADE:</b>                                                                                                                                             |                                 |                       |                                  |
| <b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> 120x80(mmHg)                                                                                                                           | <b>FREQ. CARDÍACA:</b> 79bpm    | <b>SATURAÇÃO:</b> 98% | <b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b> 18rpm |
| <b>GLICEMIA:</b> 89mg/dL                                                                                                                                        | <b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> 15 | <b>USO DE O2:</b>     |                                  |
| <b>USO DROGAS VASOATIVAS:</b>                                                                                                                                   |                                 |                       |                                  |
| <b>USO ANTIBIÓTICOS:</b>                                                                                                                                        |                                 |                       |                                  |
| <b>USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:</b>                                                                                                                                |                                 |                       |                                  |

**DATA:** 04/05/2019 14:51:47

  
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2018

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

  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE REGULAÇÃO



# FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

202275

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES  
5828856

Código da  
Internação:

4-CNES  
5828856

238372

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LAECIO SOUSA DA SILVA

6 - Prontuário: 108351

7-CNS:

8-Nascimento: 08/09/1987

9-Sexo: Masculino

RG: 0323331720067 -

11-Mãe: MARIA CREUZA PEREIRA DE SOUSA

12-Fone: 86- 8829-4240

13-Resp: FRANCISCA

14-Cor: Sem Informação

15-Endereço: QD-G CASA 17 RESID. ESPLANADA - ANGELIM - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

trauma de ombro D com luxação acromioclavicular

21 - Condições que justificam a internação:  
necessidade de cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):  
exame clínico e radiológico

23-Diagnóstico Inicial:

Luxação da articulação acromioclavicular

24-CID Prim:  
S431

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tempo SUS  
2

27- Procedimento Solicitado:

28-Cod. Proced.:  
0408010185

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:  
02 01 CPF 887.204.893-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO

34-Data Solicitação:

04/05/2019

Marcos Vitor de Carvalho Filho  
Tratador de Ortopedia  
CRM-14792 TSO 13301

35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito  
37- ( ) Acidente Trabalho Tipico  
38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No. Bilhete:

41-Série:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vinculo com a Previdência:

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado

Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (MARCOS VITOR)  
Consulta Local: 720077  
Consulta SUS:  
Data de Emissão: 04/05/2019 16:26:20





## FICHA DE ANESTESIA

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

Nome:

Sala:

Alergia:

Data:

Procedimento:

Cirurgião:

Observações:

| Agentes  | Unid     | 15   |   |  | 30 |  |  | 45 |  |  | 15 |  |  | 30 |  |  | 45 |  |  |
|----------|----------|------|---|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|
|          |          |      |   |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| 1        | Cloralf  | 0,24 | X |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| 2        |          |      |   |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| 3        | Neptun   | 100  | X |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| 4        | Propofol | 200  | X |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| 5        | Propofol | 60   | X |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| 6        | Propofol | 21   | X |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| 7        |          |      |   |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| 8        | Propofol | 0,2  | X |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| 9        | Propofol | 10   | X |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| 10       |          |      |   |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| 11       |          |      |   |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| 12       |          |      |   |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| 13       |          |      |   |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| Oxigênio | 0/       |      |   |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| AR/N2O   | 0/       |      |   |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |
| olatil   | 2,5%     |      |   |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |    |  |  |

## Acesso Vascular

- ☒ Periférico  
Cat. Venoso nº G  
☐ Dificuldade aces. venoso  
Gastos cateteres  
☐ Central

## Via Aérea

- ☐ Cateter nasal  
☒ IOT nº 7,5  
☐ LMA nº

## Monitorização:

- ☒ Cardioscopia  
☒ PANI  
☒ Oxímetro de pulso  
☐ ETCO2  
☐ Outros

## Anestesia:

- ☐ Geral Venosa  
☒ Geral Balanceada  
☐ Raquianestesia  
☐ Peridural  
☐ Bloqueio Periférico  
☐ Outros

## Decúbito:

DEPARTAMENTOS DE ANESTESIA  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
04 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
SP02 (M) de Residência: 268 154  
Linha: 1100-0000 P: 64 082470  
Teresina: P

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia:

SEM INTERCORRAÇÃO

Dr. Hugo A. Carvalho Filho  
Médico Anestesiologista  
CRM 100000

**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

DATA 06/05/19

|                                                |                                |
|------------------------------------------------|--------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Laécio Sousa da Silva</u> | PRONTUÁRIO Nº: <u>19835</u>    |
| DIAGNÓSTICO: <u>HC à di.</u>                   | CIRURGIA: <u>Ret. de. Lsc.</u> |
| ANESTESIA: <u>Genal</u>                        | Nº DA SALA:                    |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Flávio</u>                   | CPF Nº:                        |
| AUXILIAR: <u>Estudante</u>                     | CPF Nº:                        |
| ANESTESIA: <u>Dr. Hugo</u>                     | CPF Nº:                        |
| INSTRUMENTADORA: <u>Jacksony</u>               | CPF Nº:                        |

**MATERIAL DE CONSUMO**

| DISCRIMINAÇÃO            | UNID. | QUANT.     | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | UNID.  | QUANT.     | PREÇO |
|--------------------------|-------|------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|-------|
| AGULHA 25X8              | UNID. | 1          |       | LÂMINA DE BISTURI N <sup>º</sup> <u>34</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | UNID.  | 1          |       |
| AGULHA 30X8              | UNID. | 2          |       | LUVA Nº <u>7,0</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PAR    | 2          |       |
| AGULHA 40X12             | UNID. | 2          |       | LUVA Nº <u>7,5</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PAR    | 2          |       |
| AGULHA RAQUE             | UNID. | -          |       | LUVA DE PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PAR    | 8          |       |
| ÁLCOOL 70%               | ML    | <u>100</u> |       | PVPI DE GERMANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ML     | <u>100</u> |       |
| ALGODÃO                  | BOLA  | -          |       | PVPI TÓPICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ML     | <u>100</u> |       |
| ÁGUA OXIGENADA           | ML    | <u>50</u>  |       | PVPI TINTURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ML     | -          |       |
| COMPRESSA                | PAC.  | <u>4</u>   |       | SERINGA 20CC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | UNID.  | 2          |       |
| EQUIPO MACHO-GOTA        | UNID. | -          |       | SERINGA 10CC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | UNID.  | 1          |       |
| ESPARADRAPO              | CM    | <u>50</u>  |       | SERINGA 5CC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | UNID.  | 1          |       |
| ESCALPE Nº               | UNID. | -          |       | SERINGA 3CC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | UNID.  | -          |       |
| FORMOL                   | ML    | -          |       | SORO FISIOLÓGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FRASCO | 3          |       |
| GASES                    | PAC.  | <u>4</u>   |       | SONDA URETRAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | UNID.  |            |       |
| JELCO Nº                 | UNID. | -          |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |            |       |
| FIOS                     | UNID. | QUANT.     | PREÇO | <b>OCORRÊNCIA</b><br><u>Cepon</u><br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br/> DPVAT<br/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br/> <br/> 04 AGO 2018<br/> <br/> GENTE SEGURADORA S.A.<br/> Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br/> Centro - Norte CEP: 64.002-470<br/> Teresina - PI </div> |        |            |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG.  | -     |            |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |            |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG.  | -     |            |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |            |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG.  | -     |            |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |            |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG.  | -     |            |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |            |       |
| ALCOFIL                  | -     |            |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |            |       |
| MONONYLON N <sup>º</sup> |       |            |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |            |       |
| FITA UMBILICAL           | -     |            |       | ENFERMARIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |            |       |
| VICRYL N <sup>º</sup>    |       |            |       | CIRCULANTE: <u>Katia</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |            |       |
| PROLENE                  | -     |            |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |            |       |



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

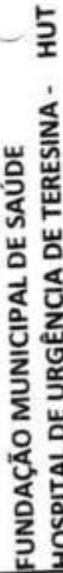
**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

|                                               |                              |                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------|------------------------|
| Nome do Paciente <i>Laécio Sousa da Silva</i> |                              |                        |
| Diagnóstico pré-operatório <i>LAC de d.n.</i> |                              |                        |
| Operação - Tipo <i>Prost. cir. LAC</i>        |                              |                        |
| Cirurgião <i>Dr. Flavio</i>                   | 1º Assistente                |                        |
| 2º Assistente                                 | 3º Assistente                |                        |
| Instrumentador(a) <i>Jacksony</i>             | Anestesista <i>Dr. Negro</i> | Anestesia <i>Cecal</i> |
| Anestésico(a)                                 |                              |                        |
| Data da Operação <i>06/06/19</i>              | Início <i>11:30</i>          | Fim                    |
| Diagnóstico Pós-operatório                    |                              |                        |
| Relatório Imediato do Patologista             |                              |                        |
| Acidente Durante a Operação                   |                              |                        |



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

*Blaqueio + gel, EPA, codinho de prova,  
respingo autossolante, corpo interno  
aba, cat. oodromofonico, membrana  
autizaca da orla do tubo, RTR e RTR  
sutura e curativo. Tipo*



## PRESCRIÇÃO MÚLTIPLA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
04 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Osório de Resende, 465 - Jd. C  
Centro-Norte CEP: 64.002-170  
Teresina-PI

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **LAECIO SOUSA DA SILVA (Prontuário: 108351)**  
Endereço: QD-G CASA 17 RESID. ESPLANADA - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 08/09/1987 Idade: 31a10m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720077  
Requisição: 950287 Solicitação: 04/05/2019 Solicitante: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO  
Controle: 1209159 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 04/05/2019

**OMBRO DIREITO**

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/07/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



Joana Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAÚDE HUT  
ANEXAR COM O ORIGINAL



**HOSPITAL GERAL DO PROMOTOR**  
Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153  
TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90



Imp: 04/05/2019 14:13:49

## Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: LAECIO SOUSA DA SILVA

tipo Sanguíneo:

Fator RH:

Local:

36580

Prontuário:

Altura (M) :

0,00

Peso (Kg) :

Leito:

0,00

TMC (Kg/m<sup>2</sup>) :

0,00

Altura (M) :

0.00

Page (No):

### STNAIS VITAIS:

**HORÁRIO:**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA:**

VOLTAREN 1AMP IM  
DEXAMETASONA 1AMP IM

81-18

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2018

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