
Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266937

Vítima: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA

Data do Acidente: 26/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA

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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190266937

Vítima: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA

Data do Acidente: 26/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 038.076.213-77 Nome completo da vítima: Francisco Marcos da Conceição Bezerra

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

Nome completo: Francisco Marcos da Conceição Bezerra CPF: 038.076.213-77

Profissão: autônomo Endereço: R. José Ribamar Pereira Número: 723 Complemento: _____

Bairro: Piquizeiro Cidade: Barras Estado: PE CEP: 64.100-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 86.99982.3053

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3436 CONTA: 35967 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 reconhecimento de invalidez permanente 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 sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Barras-PE 08/04/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000308/2019-81

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 28/02/2019 - 09:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE BARRAS

26/12/2018 - 01:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

ESTRADA NO POVOADO SETE DE SETEMBRO, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO FERREIRA

RG: 2908589 SSP PI

Mãe: ANTONIA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA JOSE DE RIBAMAR PEREIRA, Nº 723

Bairro: PIQUIZEIRO

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VITIMA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 ABR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - FIAT	Uno Mille	2009	NHY9352	9BD15844A96244586	00125012470	Azul
Condutor: MAURICIO						
End: FINAL DO BAIRRO BOA VISTA Número: Complemento:						
Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: BOA VISTA						
Proprietário: FRANCISCO GOMES PEREIRA						
Cidade: BARRAS UF: Bairro:						

RELATO DA OCORRÊNCIA

INFORMA QUE POR VOLTA DAS 01:30 HRS DO DIA 26/12/2019 VINHA SE DESLOCANDO NO CARRO DO FRANCISCO GOMES PEREIRO, MODELO FIAT UNO, DIRIGIDO POR SEU AMIGO MAURICIO, SENDO QUE NA ESTRADA ESTADUAL PROXIMO A LOCALIDADE SETE DE SETEMBRO, ZONA RURAL DE BARRAS - PI, CHOCARAN-SE COM UMA ARVORE QUE ESTAVA ARRANCADA PROXIMO A PISTA: QUE O CARRO TEVE A FRENTE BASTANTE DANIFICADA, SENDO QUE O MOTORISTA MAURICIO NÃO SE FERIU, CONTUDO O NOTICIANTE TEVE CORTES NA CABEÇA E NO TORAX, QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO SENHOR PAULO QUE TEM UMA FAZENDA PROXIMO QUE LHE TROUXE PARA O HOSPITAL LEONIDAS MELO EM BARRAS, DE ONDE O NOTICIANTE FOI IMEDIATAMENTE TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA, FICANDO INTERNADO 04 DIAS, ONDE TEVE QUE SUTURAR CABEÇA E O TORAX E TEVE UMA LUXAÇÃO NO OMBRO DIREITO.

Geraldo Magela Veras Neto - Mat. 2861941
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Marcos da Conceição Ferreira
FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO FERREIRA - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000308/2019-81

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 038.076.213-77 Nome completo da vítima: Francisco Marcos da Conceição Bezerra

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

Nome completo: Francisco Marcos da Conceição Bezerra CPF: 038.076.213-77

Profissão: autônomo Endereço: R. José Ribamar Pereira Número: 723 Complemento: _____

Bairro: Piquizeiro Cidade: Barras Estado: PE CEP: 64.100-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 86.99982.3053

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3436 CONTA: 35967 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 reconhecimento de invalidez permanente 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 sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Barras-PE 08/04/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

50. Comunico sobre paciente

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

Ortopedia
Neuro
Cirurgia Plástica

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA	Prontuário:	498098
Mãe:	ANTONIA DA CONCEICAO	Pai:	FRANCISCO BEZERRA
End.Resid.:	NAO INFORMADO - MATADOURO - BARRAS - PI - CEP: 64100-000		
Nascimento:	24/03/1988	Idade:	30a9m2d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99440-3062
Responsável:	O MESMO	CNS:	898003838034785
Profissão:	SEGURANCA	Documento:	Reg.Nasc: 000030000000
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Concubinato
End.Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

ligo:	700004	Entrada:	26/12/2018 03:47:46	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL						
(Conforme Paciente/Acomp):							

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Laranja
Breve Historia Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: _____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HÁ APROXIMADAMENTE 04 HORAS (COLISÃO COM MOTORISTA DORMIU NO VOLANTE. MOTORISTA REFERE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA. EM USO DE MOMENTO DO ACIDENTE(SIC). NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. REFERE DOR NO OMBRO ESQUERDO.
A) VIAS AEREAS PERVEAS, SEM COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RIGIDA.
B) MV DIMINUIDO EM HEMITORAX ESQUERDO, SEM RA. SatO2:95%
C)BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S, ABDOMEN: SEM SINAIS DE PERITONITE, PELVE ESTAVEL.FC: 108bpm.
D) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCORICAS.
E) LACERAÇÃO IMPORTANTE EM REGIAO PARIETAL A ESQUERDA

Diagnóstico Inicial:	041304017-8	CID:	
----------------------	-------------	------	--

Exames Complementares:
(1125130) - T.C. DE CRANIO
(1125131) - OMBRO DIREITO

Prescrição Médica:
1- SF 0,9% 500ML, EV
2- DIFIRONA 1 AMP + AD, EV, 6/6 HORAS
3- TRAMAL 1 AMP + SF0,9% 100ML, EV, ACN
4- AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA
5- AVALIAÇÃO ORTOPEDIA
6- Alta da original 7- Encaminha para cir. plastica as 06:30

Motivo da Alta/Encerramento:		
Observação (Adulto):	DATA: / /	HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável	ADVALDO DE FREITAS SOUSA
	CRM PI 1021 Em: 26/12/2018 04:09:19



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.948.748/0001-89 (enc. Extrajudicial nº 12.380-8)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Sem 0-2
Regime especial de Imposto de Renda - Lei nº 9.250/96

Para consulta com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0915467-1

Nº da Nota Fiscal 016346013
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	18/01/2019	104	162,10

ANTONIA DA CONCEIÇÃO
R. JOSE RIBAMAR PEREIRA 723 723 PIQUEIRO
CPF: 00003160671303
CEP: 64.100-000 - BARRAS

DADOS DE LEITURA		DADOS DE FÓRMULA	
Atual	10709	Atual	11/01/2019
Anterior	10605	Anterior	13/12/2018
Constante de Multiplicação	1,00	Próxima Leitura	12/02/2019
Consumo Medido	104	Emissão	10/01/2019
Consumo Faturado	104	Aprovação	11/01/2019
	NORMAL		FCAM

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse	104	Classe/Subclasse	104
Residência	104	Residência	104
Nome	ANTONIO PEREIRA	Nome	ANTONIO PEREIRA
CPF	00003160671303	CPF	00003160671303
Endereço	723 723 PIQUEIRO	Endereço	723 723 PIQUEIRO
Cidade	BARRAS	Cidade	BARRAS
UF	PI	UF	PI
CEP	64.100-000	CEP	64.100-000

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS		HISTÓRICO DE PAGAMENTOS	
Mês	Valor	Mês	Valor
DEZ/18	140	DEZ/18	140
NOV/18	122	NOV/18	122
OUT/18	133	OUT/18	133
SET/18	134	SET/18	134
AGO/18	139	AGO/18	139
JUL/18	61	JUL/18	61
JUN/18	0	JUN/18	0
MAY/18	0	MAY/18	0
ABR/18	0	ABR/18	0
MAR/18	0	MAR/18	0
FEB/18	0	FEB/18	0
JAN/18	0	JAN/18	0

MENSAGENS DE IMPORTÂNCIA / PREVISÃO DE VENCIMENTO
O valor devido é de R\$ 162,10. O vencimento é em 18/01/2019.
Para saber mais detalhes, consulte o site www.eletrobras.com.br ou ligue 0800-0110110.

RESERVAÇÃO AO FISCO		RESERVAÇÃO AO FISCO	
Composição da Conta - R\$	18,73	Composição da Conta - R\$	18,73
Energia	36,17	Energia	36,17
Transmissão	6,12	Transmissão	6,12
Encargos	3,85	Encargos	3,85
Tributos	24,87	Tributos	24,87

IMPOSTOS E TAXAS		IMPOSTOS E TAXAS	
Base de Cálculo	89,74	Base de Cálculo	89,74
Alíquota ICMS	22,00%	Alíquota ICMS	22,00%
Valor do ICMS	19,74	Valor do ICMS	19,74
Valor do PIS	0,91	Valor do PIS	0,91
Valor do COFINS	4,33	Valor do COFINS	4,33

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 ABR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

(86) 999982.3093

ÁGUAS DE **TERESINA**

TC 1.38
20190402091049

CNPJ 27.157.474/000106 - LE 295965574
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA 13650041-2 FATURA Nº 151048179
MÊS/ANO 4/2019

NOME/ENDEREÇO MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep: 64019330

LOCALIZAÇÃO 002-00019-002030

GRUPO 002 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y185035846

HISTÓRICO DE CONSUMO	LITROS	LITROS	FATURADO
02/2019 Lido	22	22	
01/2019 Lido	16	16	
12/2018 Lido	20	20	
11/2018 Lido	24	24	
10/2018 Lido	16	16	

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TABELA 1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 06/03/2019 118
ATUAL 02/04/2019 127

CONSUMO MÊS M3 17
LITROS 17.7410007
PI: 68,35x1,65% = 1,12
COTING 68,35x7,60% = 5,19

TABELA DE TAXAS

RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$ (M3) E (%)
10 25 5.3000 65	
25 999999 9.1500 95	

VALOR REFERENTE ÁGUA - 65,55	REF.	VALOR
> Residencial-Normal	17,0 m3	65,55
JUROS POR ATRASO	02/2019	0,92
MULTA POR ATRASO	02/2019	1,88

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO R\$ (M3) E (%)

VENCIMENTO 14/04/2019 TOTAL A PAGAR 68,35

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NÃO HÁ ARQUIVOS ACUSAÇÃO 1 DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2442	2310	123	1,48	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2038	1962	76	10,60	Inferior a 15
PH	2453	2334	115	6,41	6,00-9,50
TURBIDÍZ				3,04	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	572	572	0	Ausencia	Ausente
				Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 02/04/2019 HORA DA EMISSÃO: 09:10

TC 1.38

20190402091049

ÁGUAS DE **TERESINA**

MATRICULA 13650041-2

FATURA Nº 151048179
MÊS / ANO 4/2019

VENCIMENTO 14/04/2019

VALOR A PAGAR 68,35

82660000000-2 68351535000-0 00201915104-8 81790100104-7



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.002470

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ 73.754.703 / 114, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Marcos da
Conceição Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.076.213 / 77

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Francisco Marcos da
Conceição Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.076.213 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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 Henrique Duas</u>	Número: <u>790</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Unulha</u>	Cidade: <u>Tererina</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64019-330</u>	Tel.(DDD): <u>8699982-3093</u>

Local e Data: Tererina-PE 09/04/19

Maria do Carmo Procodonio da Silva
Assinatura do Declarante



50. Comunico sobre parecer

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

Ortopedia

Nervo

Concubina's Gen
Cirurgia Plástica ou

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA	Prontuário:	498098
Mãe:	ANTONIA DA CONCEICAO	Pai:	FRANCISCO BEZERRA
End.Resid.:	NAO INFORMADO - MATADOURO - BARRAS - PI - CEP: 64100-000		
Nascimento:	24/03/1988	Idade:	30a9m2d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99440-3062
Responsável:	O MESMO	CNS:	898003838034785
Profissão:	SEGURANCA	Documento:	Reg.Nasc: 000000000000
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Concubinato
End.Local.:	-		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Ligo:	700004	Entrada:	26/12/2018 03:47:46	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Laranja
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: _____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HA APROXIMADAMENTE 04 HORAS (COLISÃO COM MOTORISTA DORMIU NO VOLANTE. MOTORISTA REFERE INGESTAO DE BEBIDA ALCOOLICA. EM USO DE MOMENTO DO ACIDENTE(SIC). NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. REFERE DOR NO OMBRO ESQUERDO.
A) VIAS AEREAS PERVEAS, SEM COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RIGIDA.
B) MV DIMINUIDO EM HEMITORAX ESQUERDO, SEM RA. SatO2:95%
C)BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S, ABDOMEN: SEM SINAIS DE PERITONITE, PELVE ESTAVEL.FC: 108bpm.
D) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCORICAS.
E) LACERAÇÃO IMPORTANTE EM REGIAO PARIETAL A ESQUERDA

Diagnóstico Inicial:	041304057-8	CID:	
----------------------	-------------	------	--

Exames Complementares:
(1125130) - T.C. DE CRANIO
(1125131) - OMBRO DIREITO

Prescrição Médica:
1- SF 0,9% 500ML, EV
2- DIFIRONA 1 AMP + AD, EV, 6/6 HORAS
3- TRAMAL 1 AMP + SFO,9% 100ML, EV, ACM
4- AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA
5- AVALIAÇÃO ORTOPEDIA
6- Alta da cir-gial 7- Encaminha para cir. plastica as 06:30

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto):
DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável	ADVALDO DE FREITAS SOUSA
Assinatura Médico	CRM PI 1021 Em: 26/12/2018 04:09:19



NOME DO PACIENTE: Francisco Marcos da Conceição Bezerra

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 498098

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

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".

07:50 - Comunico sobre parecer



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

Ortopedia
Neuro (OH)
Cirurgia Geral
Cirurgia Plástica OR

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA Prontuário: 498098

Mãe: ANTONIA DA CONCEICAO Pai: FRANCISCO BEZERRA

End.Resid.: NAO INFORMADO - MATADOURO - BARRAS - PI - CEP: 64100-000

Nascimento: 24/03/1988 Idade: 30a9m2d Sexo: Masculino Fone: 86-99440-3062

Responsável: O MESMO CNS: 898003838034785

Profissão: SEGURANCA Documento: Reg.Nasc: 000000000000

G. Instrução: Não informado E.Civil: Concubinato

End.Local.: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Ligo: 700004 Entrada: 26/12/2018 03:47:46 Convênio: S U S Proced: 0301060029

Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: Classificação:

Breve História Clas. Risco:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 ABR. 2019
Cor: Laranja

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64002-770
TERESINA - PI
Em: 26/12/2018 03:55:38

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 VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ APROXIMADAMENTE 04 HORAS (COLISÃO COM ÁRVORE). RELATA QUE O MOTORISTA DORMIU NO VOLANTE. MOTORISTA REFERE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA. EM USO DE CINTO DE SEGURANÇA

MOMENTO DO ACIDENTE(SIC): NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. REFERE DOR NO OMBRO ESQUERDO.

A) VIAS AERÉAS PERFEITAS, SEM COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RÍGIDA.

B) MV DIMINUIDO EM HEMITORAX ESQUERDO, SEM RA. SatO2: 95%

C) BNF, RR, 2T, SS. TEC < 2S, ABDOMEN: SEM SINAIS DE PERITONITE, PELVE ESTÁVEL. FC: 108 bpm.

D) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS.

E) LACERAÇÃO IMPORTANTE EM REGIÃO PARIETAL A ESQUERDA

Diagnóstico Inicial:

?

041304057-8

Exames Complementares:

(1125130) - T.C. DE CRÂNIO

(1125131) - OMBRO DIREITO

Prescrição Médica:

- 1- SF 0,9% 500ML, EV
- 2- DIPIRONA 1 AMP + AD, EV, 6/6 HORAS
- 3- TRAMAL 1 AMP + SF0,9% 100ML, EV, ACM
- 4- AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA
- 5- AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

6- Alta da original 7- Encaminha para cir. plástica as 06:30

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

6:45H Comunicado

falei com o sobre

ADVALDO DE FREITAS SOUSA

CRM PI 1021 Em: 26/12/2018 04:09:19

26.12.18 05:51h

Решение

CC cases: Schizophrenia; Severe Depression; Extreme Anxiety

CD: 1. Bando da NCR.

Antônio Carlos Sousa
Neurocirurgia
Clínica da Coluna
CRM-PI 3720

26112118 07920 h. *Orthopanax*!

Don - oultro D'opri trau

ADM named point c, d

muscular PK

51 autres qu'on ne
pouvait locomoter

Alt. orthoceras

A. wingi ² *plutica*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
09 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Dr. Claudio Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM - PI 3321 / CRM - MA 9337
SBOT 12681

261 121 18 C. produce

Pouca volume de fomento com
casos em regiões rurais, fomento externo
comunitário; realiza distribuição variada
+ laboração com SF + sítio e dreno puros

cd. Tumor cells plus c. photo + ATG

Dr. Caio Alcobaça
Cirurgião Plástico
CRM-PI 4811 RQE: 2517

Seguimento por auto especial



Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 3445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Consulta: 7000004

Imp: 26/12/2018 04:09:21

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:			
Nome: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO		Prontuário: 498098	Local: _____ Leito: _____
Tipo Sanguíneo: _____	Fator RH: _____	Peso (Kg): 0,00	Altura (M): 0,00 IMC (Kg/m²): 0,00

[illegible]

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 162504
	AIH: 2218102661610

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO BEZERRA	24/03/1988	498098	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		ANTONIA DA CONCEIÇÃO	O MSM	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
	RUA SÃO JOSE DE RIBAMAR PEREIRA	SN		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
LOC PIQUIZEIRO		BARRAS	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS	0415040035

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA	0413040178		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS	0415040035		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
GANGRENA NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE	R02		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, COM FERIMENTO CORTO CONTUSO EM REGIÃO PARIETAL A D.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270004	10/01/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
980016001406516		10/01/2019 14:32:05





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

162504

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	229772

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA	6 - Prontuário: 498098		
7-CNS: 898003838034785	8-Nascimento: 24/03/1988	9-Sexo: Masculino	
11-Mãe: ANTONIA DA CONCEICAO	12-Fone: 86-99440-3062	14-Cor: Parda	
13-Resp: (O MESMO)	17-Cod.IBGE: 220120	18-UF: PI	19-CEP: 64100-000
16-Munic: BARRAS	17-Cod.IBGE: 220120	18-UF: PI	19-CEP: 64100-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
PACIENTE COM TRAUMA EM CALOTA CRANIANA COM PERDA DE SUBSTANCIA21 - Condições que justificam a internação:
RISCO DE COMPLICAÇÃO22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
EXAME CLINICO

3-Diagnóstico Inicial:

Afecções da pele e do tecido subcutâneo, não especificados

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01 CPF: 003.742.573-02
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CAIO ALCOBAÇA MARCONDES	34-Data Solicitação: 26/12/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vinculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Aposentado () Não Segurado			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

AUTORIZAÇÃO

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR. 2019

CENTRO SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470170119
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CNS 17026395120001
CRM-PI 12500Usuário: (MARIA SILVA)
Consulta Local: 700004
Consulta SUS:
Impressão: 26/12/2018 10:24

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 162504 AIH: 2218102661610
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO BEZERRA	NASCIMENTO 24/03/1988	SEXO M	PRONTUÁRIO 4981068
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE ANTONIA DA CONCEIÇÃO	RESPONSÁVEL O MSM
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA SÃO JOSE DE RIBAMAR PEREIRA			NÚMERO / LOTE SN
BAIRRO LOC PIQUIZEIRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO BARRAS	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE COM TRAUMA EM CALOTA CRANIANA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
RISCO DE COMPLICAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAME CLÍNICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL L989 - AFECCÕES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO NÃO ESPECIFICADOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA CLÍNICA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) CAIO ALCOBACA MARCONDES CPF: 00374357302 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 26/12/2018
DATA ADMISSÃO 26/12/2018 03:47	DATA ALTA 29/12/2018 11:47
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
---------------	-----------------	---------------	-------	-----------------	--------------	------	-------------------

AUTORIZAÇÃO**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO CPF: 37320645300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA JANE SIMONE DE SOUZA CRM: 04454547
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 ABR. 2019	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Pedagogia - Fone: 86 3218 5445

RESCRIÇÃO MÉDICA No : 24231 Em: (29/12/2018)

Dieta	1	2	3	4	5	6	7
Dieta	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32
33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63	64
65	66	67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88
89	90	91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102	103	104
105	106	107	108	109	110	111	112
113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128
129	130	131	132	133	134	135	136
137	138	139	140	141	142	143	144
145	146	147	148	149	150	151	152
153	154	155	156	157	158	159	160
161	162	163	164	165	166	167	168
169	170	171	172	173	174	175	176
177	178	179	180	181	182	183	184
185	186	187	188	189	190	191	192
193	194	195	196	197	198	199	200
201	202	203	204	205	206	207	208
209	210	211	212	213	214	215	216
217	218	219	220	221	222	223	224
225	226	227	228	229	230	231	232
233	234	235	236	237	238	239	240
241	242	243	244	245	246	247	248
249	250	251	252	253	254	255	256
257	258	259	260	261	262	263	264
265	266	267	268	269	270	271	272
273	274	275	276	277	278	279	280
281	282	283	284	285	286	287	288
289	290	291	292	293	294	295	296
297	298	299	300	301	302	303	304
305	306	307	308	309	310	311	312
313	314	315	316	317	318	319	320
321	322	323	324	325	326	327	328
329	330	331	332	333	334	335	336
337	338	339	340	341	342	343	344
345	346	347	348	349	350	351	352
353	354	355	356	357	358	359	360
361	362	363	364	365	366	367	368
369	370	371	372	373	374	375	376
377	378	379	380	381	382	383	384
385	386	387	388	389	390	391	392
393	394	395	396	397	398	399	400
401	402	403	404	405	406	407	408
409	410	411					

de ouvert
en bon conduit, peu man
de infir
Acoupanb pet au bñ a p/2-1

Parent ci

Observações Gerais: SAME - INT
NÃO RE COM O ORIGINAL



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: **FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA** (Prontuário:
Endereço: NAO INFORMADO - MATADOURO - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 24/03/1988 Idade: 30a9m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700004
Requisição: 905005 Solicitação: 26/12/2018 Solicitante: ADVALDO DE FREITAS SOUSA
Controle: 1125130 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/12/2018

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

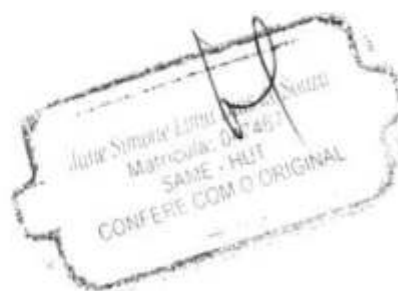
- HEMATOMA SUBGALEAL ASSOCIADO A ÁREAS DE LACERAÇÃO DO COURO CABELUDO E PRESENÇA DE PEQUENOS CORPOS ESTRANHOS NAS PARTES MOLES EXTRACRANIANAS À DIREITA.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 26/12/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
Profissional Responsável



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470


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: **FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA** (Prontuário:
 Endereço: NAO INFORMADO - MATADOURO - BARRAS - PI CEP: 64100-000
 Nascimento: 24/03/1988 Idade: 30a9m14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700004
 Requisição: 905006 Solicitação: 26/12/2018 Solicitante: ADVALDO DE FREITAS SOUSA
 Controle: 1125131 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 26/12/2018

Cod. SIA: 0204040035

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.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 07/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.908.589 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/08/06

NOME
FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO BEZERRA

FILIAÇÃO
ANTONIA DA CONCEIÇÃO
FRANCISCO BEZERRA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
BARRAS-PI 24/03/1988

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 10017 L 09 F 257
EXP BARRAS PI 06/40/05

João Gomes de Moraes
Pedro Gomes de Moraes
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 24/03/83

CÓDIGO DE CONTROLE
BBBA.BCAF.7C76.1DE1

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:18:56 do dia 05/04/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGAR DIREITO

FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO BEZERRA
SISINAT/PIAUI DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
038.076.213-77
Nome
FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO BEZERRA

Nascimento
24/03/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

NOME
MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA
1457994 SSP PI

CNPJ
703.754.703-44

DATA NASCIMENTO
10/09/1971

FRACAO
LUIZ PROCEDONIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSAO
ACC
CAT/VEIC
B

Nº REGISTRO
02851011130

VALIDADE
15/12/2022

1ª HABILITACAO
29/04/2003

OBSERVAÇÕES
A

Maria do Carmo Procedonio da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSAO
20/12/2017

70615801046
PI320021300

PIAUI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 ABR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266937 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA **Data do acidente:** 26/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL E LACERAÇÃO DO COURO CABELUDO .10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO) E ALTA MÉDICA. 6

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190266937 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA **Data do acidente:** 26/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL COM LACERAÇÃO DO COURO CABELUDO .10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO) E ALTA MÉDICA. 6

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE <i>Francisco Marcos da Conceição Bezerra</i>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>autônomo</i>
Identidade nº: <i>2.908.589</i>	CPF nº: <i>038.076.213-77</i>	
Endereço: <i>R. José Ribamar Pereira N° 923 B- Piquizinho</i>		
CEP: <i>64.100-000</i>	Telefone: <i>(86) 99982-3093</i>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <i>Solteira</i>	Profissão: <i>Bacharel em Direito</i>
Identidade nº: <i>1.457.994-SSP/PI</i>	CPF/MF nº: <i>703.754.703-44</i>	
Endereço: <i>Rua Henrique Dias, N° 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,</i>		
CEP: <i>64.019-330</i>	Telefone: <i>(86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055</i>	

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURODORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () **POR MORTE** (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () **DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia *26/12/18* para a Vitima *Francisco Marcos da Conceição Bezerra*

Barras Pz 28/02/2019

Local e data

Francisco Marcos da Conceição Bezerra

- Vitima ou Representante Legal -

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 ABR. 2019
GENTE SEGURODORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

 CNPJ: 08.942.751/0001-61 - LUG: 146220 RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO MARCOS DA CONCEIÇÃO BEZERRA. EM TEST. <i>67</i> DA VERDADE DOU FE BARRAS 28/02/2019 14:34:06 <u><i>Matheus Pessoa Silva Soares</i></u> MATHEUS PESSOA SILVA SOARES - ESCRIVENTE Emp. R\$ 3,85 TJ R\$ 0,77 MP R\$ 0,10 Selc R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98
--

 Selo de Placamento e Autenticidade Placamento e Autenticidade Poderes, Assinatura Estado do Piauí Assessoria de Direito Judicial RECONHECIMENTO DE FIRMA GRN 02563
--

**Matheus Pessoa Silva Soares
ESCRIVENTE**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120914/19

Vítima: FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZ

CPF: 038.076.213-77

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARCOS DA
CONCEICAO BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

FRANCISCO MARCOS DA CONCEICAO BEZERRA : 038.076.213-77

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 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: 09/04/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior