



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço		11 Bairro		12 Município-UF
	13 Ponto de referência		Código IBGE		
Dados do Paciente	14 Nome		15 Sexo		16 Idade
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		18 Tipo de ocorrência		19 Vitima
Tipo de Ocorrência	20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança
	23 Glasgow		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
Acidente de Transporte	26 Pupilas		27 Pulso Radial		28 Sangramento
	29 Escala de Dor		30 Fratura		31 Procedimentos realizados
Exame Físico	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	35 Observações Interdisciplinar		36 Responsável pela recepção		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
15 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 11/05/2019 14:41:37

(User: ANTONINO NETO)

(Estação: CONSULTA)

## DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA	<b>Prontuário:</b> 510832
<b>Mãe:</b> RAIMUNDO NONATO OLIVEIRA	<b>Pai:</b> MARIA DAS GRACAS NEVES OLIVEIRA
<b>End. Resid.:</b> RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
<b>Nascimento:</b> 20/12/1973	<b>Idade:</b> 45a4m22d
<b>Sexo:</b> Feminino	<b>Fone:</b> 86-99972-7330
<b>Responsável:</b> TAYNRA	<b>CNS:</b> 698003902868068
<b>Profissão:</b> DEPOSITO CERAMICA	<b>Documento:</b> RG: 1181530 - SSP-PI
<b>G. Instrução:</b> Médio Completo	<b>E. Civil:</b> Casado(a)

## DADOS DO ATENDIMENTO:

<b>Código:</b> 721189	<b>Entrada:</b> 11/05/2019 14:24:10	<b>Convênio:</b> S U S	<b>Proced:</b> 0301060061
<b>Motivo da Procura</b> conforme Paciente/Acomp: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b> AGRESSÃO	<b>Classificação:</b> Mecanismo de trauma significativo	<b>Cor:</b> Laranja
<b>Breve História Clas. Risco:</b> VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, COLISÃO COM POSTE. CONSCIENTE, DESORIENTADO, EUPNEICO, MANTENDO IMOBILIZAÇÃO POR COLAR E PRANCHA. EM ACOMPANHANTE.		<b>Alina Samara da Silva</b> COREN PI - 284368 Em: 11/05/2019 14:46:41

## 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 MOTOCICLISTICO, CHOQUE COM POSTE HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. ESTÁVE ALCOOLIZADO, REFERE DOR EM OMBRO DIREITO.

- A) VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA  
 B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 64 BPM, SAT: 92%, FR: 16 IRPM  
 C) AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO. NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.

## Diagnóstico Inicial:

?

## Exames Complementares:

- (1214349) - T.C. DE CRÂNIO  
 (1214350) - T.C. DE COLUMA CERVICAL

## RAIO-X REALIZADO

DATA: 11/05/2019

TÉCNICO:

## Prescrição Médica:

## Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

Assinatura Paciente ou Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

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

ANTONINO NETO COELHO MORAES  
 CRM 4330 Em: 11/05/2019 14:43:55





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002416/2019-49**

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 26/06/2019 - 12:09

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ZEQUINHA FREIRE, Nº:

Complemento

541519

Data/Hora

11/05/2019 - 13:45

Bairro

VALE QUEM TEM

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

RG: 1181530

Mãe: MARIADAS GRAÇAS NEVES OLIVEIRA

Endereço: RESID. DOM AVELAR. QD.U.1, CASA 02, CONJ. DOM AVELA, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

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

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CBX 200 STRADA, ANO 2001, PLACA-LWJ-5851-PI, RENAVAL-00758239386, DE PROPRIEDADE FRANCISCO DE SALES VIEIRA DE CARVALHO, CPF-497.251.063-34, INFORMA QUE VINHA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NÃO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL E BATEU NA MOTO CAUSANDO A COLISÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUÁRIO: 510832. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



# 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: 709.009.063-91 3 - CPF da vítima: 709.009.063-91 4 - Nome completo da vítima: Antonio Francisco Neves de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antonio Francisco Neves de Oliveira 6 - CPF: 709.009.063-91  
7 - Profissão: Aux. deposito 8 - Endereço: Dom Avelar O-VI 602 9 - Número: 02 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Vale Quem Tem 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64057-560  
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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 94552 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 de pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das despesas 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.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
15 AGO 2019  
SEGRE SEGURO S.A.  
Rua ... 465 Loja C  
Teresina - PI

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 Lider 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 - \_\_\_\_\_  
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, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: 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 de pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (val 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 - 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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE SALDO

16/07/2019

10:48:36

CONVENIO:

000470368

OPERADOR:

ivani

AGENCIA: 2004 - AREOLINO DE ABREU, P

CONTA: 013 00094552-7

ANTONIO FRANCISCO NEVES D

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL

SALDO BLOQUEADO

SALDO TOTAL

SALDO DISPONIVEL C/LIMITE

DISQUE CAIXA - 0800 726 0101

OUVIDORIA - 0800 725 7474

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

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

---

**Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190482198**

**Vítima: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 11/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA**

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, 05 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190482198**

**Vítima: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 11/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000094552-7**

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: 29/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000094552-7

---

Nr. da Autenticação BE51C2BEE120C9F7

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280830/19

**Vítima:** ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

**CPF:** 709.009.063-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/05/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO FRANCISCO  
NEVES DE OLIVEIRA

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

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA : 709.009.063-91

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: 15/08/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

15 AGO 2019

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Antonio Francisco Neves De Oliveira			
RG: 4.181.530	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 20/06/19	
CPF: 709.009.063-91	ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: Aux. de depósito	
ENDEREÇO: C5 Dom Avelar S/N Q201 C-02		Nº: 02	
COMPLEMENTO: Casa	BAIRRO: Vale Quem Tem		
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64057-905	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelly Reza Soares Marques			
RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14	
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Recurso	
ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro		Nº: 544	
BAIRRO: Centro	CIDADE: Teresina	UF: PI	CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO 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 DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Antonio Francisco Neves De Oliveira

Data do acidente de trânsito: 11/05/2019

Cobertura da vitima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina 29/07/2019

Antonio Francisco Neves De Oliveira

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



CARTEIRO TERNISTOCAL  
3º OFICINA DE NOTAS  
Kátia GARDENIA DA SILVA SANTOS  
Secretaria Municipal  
Teresina-PI

KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-SECRETARIA AUTORIZADA  
E-mail: 3.85.73.0.77 FPM/PI.0.10 Bateio: 26 Total: 4,98 - OP: 249  
Procuração Particular

CONSULTE O SELLO DIGITAL



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
15 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
15 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
15 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua: Dináudia, Diretoria de Normas, Brasília

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190482198 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 23/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA. P6, P6,7,8.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190482198 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 26/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA. P6, P6,7,8.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



*Antonio Francisco Neves de Oliveira*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

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 1.181.530 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/06/19

NOME ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

RELACÃO MARIA DAS GRAÇAS NEVES OLIVEIRA  
RAIMUNDO NONATO OLIVEIRA

NATURALIDADE CAMPO MAIOR-PI DATA DE NASCIMENTO 20/12/1973

DOC. ORDEM CERT. NASC. 64228 L A38 F 169V  
EXP TERESINA-PI 10/06/19

CNPJ 709.009.063-91

ASSINATURA DO TITULAR *Francisco das Chagas Pinheiro*

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

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 ASSINATURA DO DIRETOR

840.173.173-91

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

ASSINATURA DO TITULAR

0472283

NELLE ROZE SOARES MARQUES

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Ponto de referência	13 Município-UF			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
Tipo de Ocorrência	19 Vítima				
	20 Meio de locomoção				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow = 15				
	24 Sinais Vitais				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Hospital de Destino	27 Pulso				
	28 Sangramento				
Observações Interdisciplinar	29 Escala de Dor de 0 a 10				
	30 Fratura				
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinar					
Responsável pela recepção					
Socorristas					
Enfermeiro					
Condução					

DEPARTAMENTOS DE SINIS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
15 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S  
Rua Coelho de Resende, 455 Lj  
Centro-Norte CEP: 64.002-47  
Teresina-Pi

Valido 27.11.2011

Socorristas  
Médica Ana Michele  
AE/TE/PA/ALVA  
Acad. Emp. Poliana

Enfermeiro Renata Alencar  
Condução Manoel Alencar



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Antonio Francisco Neves de Alencar  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510832

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".



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 510832)  
Endereço: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 54000-010  
Nascimento: 20/12/1973 Idade: 45a4m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 721-25  
Requisição: 952873 Solicitação: 11/05/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA  
Controle: 1214350 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exatim: 11/05/2019

### T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 11/05/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL  
CPF. 373.207.853-15 CRM - PI 2082  
Profissional Responsável



*Handwritten signature*



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-01

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Imp: 11/05/2019 14:43:57

(User: ANTONINO NETO)

(Data: 11/05/2019)

Nome: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA		Prontuário: 510832	
Mãe: RAIMUNDO MONATO OLIVEIRA	Pai: MARIA DAS GRACAS NEVES OLIVEIRA		
End. Resid.: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 20/12/1973	Idade: 45a/m/22d	Sexo: Feminino	Fone: 86-95571-7390
Responsável: TAYNRA	CNS: 030003302080088		
Profissão: DEPOSITO CERAMICA	Documento: RG: 1181530 - SJP-PI		
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Casado(a)		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 721189	Entrada: 11/05/2019 14:24:10	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura conforme Paciente/Acomp: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: AGRESSÃO	Classificação: Mecanismo de trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, COLISÃO COM POSTE. CONSCIENTE, DESORIENTADO, SUPRINCO, MANTENDO IMOBILIZAÇÃO POR COLAR E PRANCHA. SM ACOMPANHANTE.		ALINE SÁBIA DA SILVA COREN PI - 284368 Em: 11/05/2019 14:38:41

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 VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CHOQUE COM POSTE NA 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. ESTAVA ALCOOLIZADO. REFERE DOR EM OMBRO DIREITO.

- A) VIAS AERIAS PERVIAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA  
 B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. PULSO: 64.RPM, SAT 92:98%, FR 16 IRM.  
 C) AC: RR, 2T, RHF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO. NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.

Diagnóstico Inicial:  
 ?

<b>Exames Complementares:</b> (1214349) - T.C. DE CRANIO (1214350) - T.C. DE COLUNA CERVICAL	<b>RADIO-X REALIZADO</b> DATA: 11/05/2019 TÉCNICO: [assinatura]
--	---

<b>Prescrição Médica:</b> [assinatura]	[assinatura]
---	--------------

<b>Motivo da Alta/Encerramento:</b> Observação (Adulto)	<b>HORA:</b> ____ : ____
--	--------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PIANTONINO NETO COELHO MORAES  
CRM 4330 Em: 11/05/2019 14:43:55



# BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 11/05/2019 14:36:41

## DADOS DO PACIENTE:

Impr: ALINE SAMARA  
(Extensão: ACTD01)

Nome: <b>ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA</b>		Prontuário: <b>510832</b>
Mãe: <b>RAINUNDO HOMATO OLIVEIRA</b>	Pai: <b>MARIA DAS GRACAS NEVES OLIVEIRA</b>	
End. Resid.: <b>RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>		
Nascimento: <b>20/12/1973</b>	Idade: <b>45a4m22d</b>	Sexo: <b>Feminino</b> Força: <b>86-35172-7330</b>
Responsável: <b>TAYNRA</b>	CNS: <b>898003902858068</b>	
Profissão: <b>DEPOSITO CERAMICA</b>	Documento* CPF: <b>- - -</b>	
G. Instrução: <b>Médio Completo</b>	E.Civil: <b>Casado(a)</b>	
End.Local.: <b>- - -</b>		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>721189</b>	Data: <b>11/05/2019 14:24:10</b>	Condução: <b>AMBULANCIA DO SAMU</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>		Convênio: <b>5 3 0</b>
Acid.Trab.: <b>Não</b>	Acid. Trajeto: <b>Não</b>	Acid. Trab. Típico: <b>Não</b>
		CID Secundário: <b>4799</b>

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: <b>AGRESSÃO</b>	Evento Principal: <b>Mecanismo de trauma significativo</b>	Destino: <b>CIRURGIÃO GERAL</b>	Classificação: <b>Laranja</b>
Breve História: <b>VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COLISÃO COM POSTE. CONSCIENTE, DESORIENTADO, EUPNEICO, MANTENDO IMOBILIZAÇÃO POR COLAR E FRASCIA. SM ACOMPANHANTE.</b>		Profissional Cias. Risco: <b>ALINE SAMARA DA SILVA COREN: 288388 Em: 11/05/2019 14:36:41</b>	

## DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

*Relato resumido: 11/05/19*

*Produto de moto*

*05415.02/19*

*cc de placas: marshall*

*cc de volume cervical: 87 mm de volume cervical*

PA \_\_\_\_ X \_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_ FC: \_\_\_\_ bpm Temp.: \_\_\_\_

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
PRIVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
15 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Diagnóstico Inicial: *ed: - em observação aguardando o exame*

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: *alta de emergência*

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique a Procedimento e CID

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

Procedimento: \_\_\_\_ CID: \_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Antônio Francisco N. Oliveira  
Diagnóstico pré-operatório Fratura de FP de 5º QDD  
Operação - Tipo Redução cirúrgica + fixação percutânea com fio x  
Cirurgião Dr. Bruno 1º Assistente  
2º Assistente Ortopedia-Traumatologia 3º Assistente  
CRM-4245/TER-11/138

Instrumentador(a) \_\_\_\_\_ Anestesista \_\_\_\_\_ Anestesia \_\_\_\_\_

Anestésico(s) \_\_\_\_\_

Data da Operação \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Fim \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-operatório \_\_\_\_\_

Relatório imediato do Patologista \_\_\_\_\_

Acidente Durante a Operação \_\_\_\_\_

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

- 1) Paciente em DDH sob anestesia
- 2) Preparo habitual
- 3) Redução cirúrgica + fixação percutânea com fio x em FP de 5º QDD. sob videoscopia
- 4) Fio tipo luma

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

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



## FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Antonio Fernandes N. de Oliveira Sala: 06 Alergia: Penicilina Data: 13/05/19  
Procedimento: fratura - 52 quadrado do Cirurgião: Bruno Figue Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 MDZ 5mg													
2 fentanyl 50mcg													
3 cetaralina 50mg													
4 propofol 100mg													
5 -													
6 Rapi-Lido 720mg													
7 0.5% dr.													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
r. Inio	SL/pi - 02												
Aprox20													
Volatil	%												

## Acesso Vascular

- ☒ Periférico
- Cal. Vencido nº    G
- ☐ Dificuldade acces. venoso
- Costos    cateteres
- ☐ Central

## Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
- ☐ IOT nº
- ☐ LMA nº

## Monitorização:

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

## Anestesia:

- ☒ Geral Venosa
- ☐ Geral Balneada
- ☐ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☒ Outros sedação

## Decúbito:

dorsal

SPO2 (%)	
ETCO2 (mmHg)	
Aces. Venoso	
Aces. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

## Descrição da Anestesia:

Dr. Anestesiologista de Canavieiras  
Anestesiologista  
CRM - PI 3819

sedação + bloqueio de punção

Dr. Anestesiologista de Canavieiras  
Anestesiologista  
CRM - PI 3819

Anestesiologista

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURO S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465, Lda C  
Centro-Norte CEP: 68.002-470  
Teresina-PI





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13, 05, 19

NOME DO PACIENTE: <u>Antônio Fco. Neves</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>510832</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura de dedo</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Guino F. F. F.</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Ediane</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Guino F. F. F.</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Maria J. J.</u>	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>70</u>	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>70.5</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	01	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 30ml	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>escova</u>	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>eluto do</u>	03		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<u>crepom</u>	02		
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Ceresina Ferreira</u>			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

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



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

204514

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>238845</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA			6 - Prontuário:	510832
7-CNS:	898003902869068	8-Nascimento:	20/12/1973	9-Sexo:	Feminino
11-Mãe:	RAIMUNDO NONATO OLIVEIRA			RG:	1181530 - SSP-PI
13-Resp:	TAYNRA			12-Fone:	86-99572-7398
15-End:	RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - CEP: 64000-010			14-Cor:	Parda
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. INSE:	221100	18-UF:	PI
				19-CNPJ:	64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:  
*fratura de outros dedos*

21 - Condições que justificam a internação:  
*fratura*

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:  
**Fratura de outros dedos**

24-CID Prim: **S626**

25-CID Sec:

26-CID Terc:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

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

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020342		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	
29-Clinica:	30-Caráter: 02	Ident.: 01	31-Docum.: CPF 877.154.063-68
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA		34-Data Solicitação: 11/05/2019	

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

36- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Bo. Bilhete:	41-Relat:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-COD:
38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: ( ) CMS ( ) CPF	49-Num. Documento:
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Agustina Baccellum da Silva</i>	52-End: (RUA) GALVÃO Consult. Local: 72310 Consult. SUS: Inscrição: 15/05/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

Nome do Paciente: Antonio Francisco Nunes de Oliveira

NOME DO PACIENTE

PRONTUÁRIO: PD2 CLÍNICA: Cor. 25 LEITO: 2409 DATA DE NASCIMENTO:

DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO

MÉDICO ASSISTENTE

ALERGIAS:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## OBSERVAÇÕES

## HORÁRIO

- 1 - Dieta geral
- 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h
- 3 - Dipirona 0,1 amp + ADEV 6/5h
- 4 - Teronorm 20mg + ADEV 1/12h
- 5 - Ranitidina: 50mg 4 ADEV 6/5h
- 6 - Plasil 01 amp + 1 DEV 8/8h
- 7 - CCGG + SSVV
- 18h PA 140x70mmHg, P. 97bpm
- 18.20. Admitido no PA

Dr. Fco. das Chagas B. Soares  
Cirurgião Geral  
CRM 10.120/2020

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
15 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Azevedo, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

MÉDICO / CRM:



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 510832)  
Endereço: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 20/12/1973 Idade: 45a4m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 721169  
Requisição: 952873 Solicitação: 11/05/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA  
Controle: 1214349 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 11/05/2019

### T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- DISCRETO ALARGAMENTO DIFUSO DOS SULCOS CORTICAIS, FISSURAS SYLVIANAS E CISTERNAS CEREBRAIS, COM ECTASIA DO SISTEMA VENTRICULAR, POR EFEITO EX-VÁCUO. (DISCRETA "REDUÇÃO VOLUMÉTRICA ENCEFÁLICA DIFUSA").
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 11/05/2019

**WILSONNEY HOLANDA LEAL**

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 20012

Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

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

*[Handwritten signature]*

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco de Sales Vieira de Carvalho  
RG nº 14015432000.8, data de expedição 05/02/2019,  
Órgão MA P142, portador do CPF nº 497251063.34, com  
domicílio na cidade de Teresina PI, no Estado de  
PI Teresina, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
osfreito-Hugo Bastos, nº 7540, complemento B. Vale que Tem,  
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de  
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Antonio Francisco Neves de Oliveira

Veículo: Flonda CBX 200  
Ano: 2001-2001  
Modelo: CBX strada  
Placa: LWJ 5851  
Chassi: 9C2MCA 7001R016851  
Data do Acidente: 23/05/2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

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

Local e Data: Av. Zequinha Freire, B. Vale que tem próximo  
Comercial Carvalho 27.05.2019 Horas 13.45

Francisco de Sales Vieira de Carvalho  
Assinatura do Declarante

Cartório  
Thermostok  
Cartório  
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Lúcio de Albuquerque, 1225 - Teresina - CE - 61070-120 - Teresina-PI - Fone: (85) 3227-5119 - E-mail: atendimento@cartoriopernambuco.com.br  
Titular: Anailia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO DE SALES  
VIEIRA DE CARVALHO. DOU FÉ. EM TEST. gr DA VERDADE.  
Teresina-PI, 27/05/2019. Selo: AAC56502-760Y  
www.tjpi.jus.br/portalexta.

Maria Elvira Cardoso Sousa-Escritor. Autorizado  
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 211  
DECLARACAO DO PROPRIETARIO DO VEICULO

Francisco de Sales Vieira de Carvalho  
27.05.2019

anuntional  
ENERGIA

cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-88 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de imersão autorizada pela SEFAZ 06/18

Faça contato  
conosco, informe  
sua NÚMERO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 023654306

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)  
JUNHO/2019 02/07/2019 205 208,95

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	20555	Atual:	25/06/2019
Anterior:	20350	Anterior:	24/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/07/2019
Consumo Medido:	205	Emissão:	24/06/2019
Consumo Faturado:	205	Apresentação:	25/06/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	196

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	
MAI/19 204	CONSUMO 205 A R\$ 0,918442 = 188,28
ABR/19 178	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,19
MAR/19 243	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,81
FEV/19 297	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,79
JAN/19 365	JUROS POR ATRASO 05/19-00 0,88
DEZ/18 57	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,44
NOV/18 0	
OUT/18 96	
SET/18 299	
AGO/18 232	

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 205 - 0,617497

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

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

# INFORMAÇÃO DE REVISÃO DE VENCIMENTO E MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Verificar se a nota fiscal está de acordo com o vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes de emitir por meio das nossas canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO CA09.200B.54C4.130C.185D.EFF8.7664.8374

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	37,03	Base de Cálculo:	188,28
Energia:	71,55	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,10	Valor do ICMS:	50,83
Encargos:	5,92	Valor do PIS:	1,93
Tributos:	61,68	Valor do COFINS:	8,92

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			DMIC	DICC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACAUBA					Período de apuração:	04/2019	EUSD: 62,87

**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/BIBLIOTECASWEB/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 Antonio Francisco Neves de Oliveira inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 709.009.063 / 91 do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima  
Antonio Francisco Neves de Oliveira inscrito(a) no CPF sob o Nº 709.009.063 / 91, 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, 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		Número	Complemento
Rua 24 De Janeiro		544	Sala
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Teresina	PI	64 000-235
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			(186) 99534-6565

Teresina, 14 de Agosto de 2019  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante