



|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                                   |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Chamado             | 01 Nº 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                                  |                                                                                                                                                                   |
|                              | 10 Endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                               |                                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                                   |
| Local da Ocorrência          | 11 Bairro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 12 Município-UF                                               | Código IBGE                                                                                                |                                                            |                                                                                                                                                                   |
|                              | 13 Ponto de referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                               |                                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                                   |
| Dados do Paciente            | 14 Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 15 Sexo                                                       | 1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>9 - Ignorado                                                              |                                                            |                                                                                                                                                                   |
|                              | 16 Idade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?                  | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                                                                               |                                                            |                                                                                                                                                                   |
| Tipo de Ocorrência           | 18 Tipo de ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                               |                                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                                   |
|                              | 01 - Acidente de transporte    06 - Tentativa de suicídio    11 - Queda    16 - Outros<br>02 - Agressão física-espantamento    07 - Envenenamento    12 - Urgência clínica<br>03 - Agressão física-FAF    08 - Afogamento    13 - Urgência obstétrica    17 - Já removido<br>04 - Agressão física-FAB    09 - Queimadura    14 - Transferência    18 - Falso chamado<br>05 - Urgência psiquiátrica    10 - Choque elétrico    15 - Exames complementares |                                                               |                                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                                   |
| Acidente de Transporte       | 19 Vítima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 20 Meio de locomoção                                          | 21 Outra parte envolvida                                                                                   | 22 Equipamentos de segurança                               |                                                                                                                                                                   |
|                              | 1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta | 1 - Automóvel<br>2 - Motocicleta<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus<br>4 - Bicicleta                               | 5 - Objeto fixo<br>6 - Animal<br>7 - Outra<br>9 - Ignorado | <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag<br><input type="checkbox"/> Cinto de segurança<br><input type="checkbox"/> Assento para criança |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow =                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               | RESPOSTA VERBAL                                                                                            |                                                            | 24 Sinais Vitais                                                                                                                                                  |
|                              | 1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                               | 5 - Orientada<br>4 - Confusa<br>3 - Palavras inapropriadas<br>2 - Palavras incompreensíveis<br>1 - Nenhuma |                                                            | 25 Local da lesão<br>                                                                                                                                             |
| Assistência                  | 26 Pupilas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               | 27 Pulso                                                                                                   |                                                            | 28 Sangramento                                                                                                                                                    |
|                              | 1 - Iguais    2 - Desiguais<br>1 - Cheio    2 - Fino    3 - Ausente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                               | 29 Dor    ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>0 Sem Dor    1 Leve    3 Moderada    7 Intensa    10                  |                                                            | 30 Fratura    1 - Sim    2 - Não    3 - Suspeito                                                                                                                  |
| Hospital de Destino          | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                               | 32 Hospital de Destino                                                                                     |                                                            |                                                                                                                                                                   |
|                              | 33 Condições de entrada    34 Óbito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                               | 35 Não Removido                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                                   |
| Observações Interdisciplinar | 36 Observações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                               |                                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                                   |
|                              | Vítima queda de motocicleta, passageiro, apresentando suspeita de fratura de clavícula. Já levantado e deambulando ao atendimento. Consciente, alcoolizado, ferido, deambulando. Foi levado ele e seu parceiro na mesma viatura. Ele imobilizado e acompanhado/colado em prancha. Acompanhado por uma amiga. Sem documentos.                                                                                                                             |                                                               |                                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                                   |
| Responsável pela recepção    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Socorristas                                                   |                                                                                                            | Enfermeiro                                                 |                                                                                                                                                                   |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Médico                                                        |                                                                                                            | Conductor                                                  |                                                                                                                                                                   |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | AE/TE                                                         |                                                                                                            |                                                            |                                                                                                                                                                   |

# 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: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03455

CONTA: 000000008682-1

---

Nr. da Autenticação AD740AED71CC6613

**COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ**  
**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SETAZ 05/98

Para contato  
compreco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

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 2002.

| 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            |                           | kWh   | DATAS 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                    |       | Dias de Consumo: | 32         |
|                             | Código de Irregularidade: |       |                  |            |

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

TARIFA COM TRIBUTOS:  
R\$ 205 - 0,617497

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / 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.

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     |         | 137,44 |        |
| Energia:                    | 71,55              |            |       | Alíquota ICMS:          | 27,00%     |         |        |        |
| Transmissão:                | 12,10              |            |       | Valor do ICMS:          |            | 50,83   |        |        |
| Encargos:                   | 5,92               |            |       | Valor do PIS:           | 1,40%      | 1,93    |        |        |
| Tributos:                   | 61,68              |            |       | Valor do COFINS:        | 6,49%      | 8,92    |        |        |
| INDICADORES DE CONTINUIDADE |                    |            |       |                         |            |         |        |        |
|                             | DIC                |            |       | PIC                     |            |         | DMC    |        |
|                             | Mensal             | Trimestral | Anual | Mensal                  | Trimestral | Anual   | Mensal | Mensur |
| 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 | TUSD:  | 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 nº9.613/98.

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 João Pedro De Aguiar Da Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 080.584.173/35, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima  
João Pedro De Aguiar Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.584.173/35, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|          |                          |        |                         |                        |             |             |
|----------|--------------------------|--------|-------------------------|------------------------|-------------|-------------|
| Endereço | <u>Rua 24 De Janeiro</u> |        | Número                  | <u>544</u>             | Complemento | <u>Sala</u> |
| Bairro   | <u>Centro</u>            | Cidade | <u>Teresina</u>         | Estado                 | <u>PI</u>   | CEP         |
| Email    |                          |        | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |             |             |
|          |                          |        |                         | <u>(86) 99534-6565</u> |             |             |

Teresina, 15 de Outubro de 2019  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante

Alton



NOME DO PACIENTE:

João Pedro de Aguiar da

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

518093

Sfvc

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA

28/07/2019 07:30:50

Imp: 28/07/2019 07:30:50  
(User: PERICLES)  
(Estação: CONSULPA03)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

|               |                                                              |             |               |
|---------------|--------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| Nome:         | JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA                                | Prontuário: | 518093        |
| Mãe:          | FRANCISCA GINA DA SILVA                                      | Pai:        |               |
| End.Resid.:   | FAZENDA SOARES - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |             |               |
| Nascimento:   | 19/06/1998                                                   | Idade:      | 21a1m9d       |
|               |                                                              | Sexo:       | Masculino     |
|               |                                                              | Fone:       | 86-98839-4137 |
| Responsável:  | CRISTIANE AZEVEDO DE AGUIAR-PRIMA                            | CNS:        |               |
| Profissão:    | NAO INFORMADO                                                | Documento:  | Reg.Nasc: 000 |
| G. Instrução: | Não informado                                                | E.Civil:    | Solteiro(a)   |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                            |                                                    |          |                     |           |       |         |            |
|----------------------------|----------------------------------------------------|----------|---------------------|-----------|-------|---------|------------|
| Código:                    | 733275                                             | Entrada: | 28/07/2019 07:16:42 | Convênio: | S U S | Proced: | 0301060061 |
| Motivo da Procura          | ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |          |                     |           |       |         |            |
| (Conforme Paciente/Acomp): |                                                    |          |                     |           |       |         |            |
| Condução:                  | AMBULÂNCIA DO SAMU                                 |          |                     |           |       |         |            |

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                |                |            |
|--------------------------------|----------------|------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação: | Classificação: | Cor:       |
|                                |                | Indefinido |
| 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 MOTOCICLISTICO, HÁ 3 HRS SEM USO DE CAPACETE REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO NEGA VOMITOS, NEGA OTORRAGIA, EPISTAXE.

A) VIAS AEREAS PERVIAS, SEM COLAR E SEM PRANCHA CERVICAL

B) MV + BILATERALMENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS.

C) BNF, RR, 2T, SS. ABDOME FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL.

D) ECG 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTOREAGENTES, MOTRICIDADE PRESERVADA

E) ESCORIAÇÕES EM JOELHO DIREITO

RAIO-X REALIZADO  
DATA 28/07/19 HORA  
TÉCNICO: *dm*

Diagnóstico Inicial:  
?

### Exames Complementares:

- (1271145) - OMBRO ESQUERDO
- (1271146) - BRACO ESQUERDO
- (1271147) - ANTEBRACO ESQUERDO

### Prescrição Médica:

### Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Virginia Portela  
MÉDICA  
CRM-PI 6306

*Liliana Raquel Alves Benig*  
Assinatura Paciente ou Responsável

PERICLES CERQUEIRA DE SOUSA  
CRM: 3446 Em: 28/07/2019 07:30:47

[illegible]

## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

|                          |                         |                          |                                   |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mudança de Procedimento | <input type="checkbox"/> | Órtese e prótese - OPME           |
| <input type="checkbox"/> | Diária de UTI           | <input type="checkbox"/> | Fatores de Coagulação             |
| <input type="checkbox"/> | Diárias de Acompanhante | <input type="checkbox"/> | Gasoterapia                       |
| <input type="checkbox"/> | Hemoderivados           | <input type="checkbox"/> | Nutrição Parenteral / Enteral     |
| <input type="checkbox"/> | Diálise / Hemodiálise   | <input type="checkbox"/> | Procedimento fora da faixa etária |
| <input type="checkbox"/> | Albumina Humana 20%     | <input type="checkbox"/> |                                   |

HOSPITAL: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº AIH: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

2 F10 K 2 rr

*[Handwritten signature]*

**DR. ARTHUR SAMPAIO**  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 3200-PI

DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante

### AUDITOR

*[Handwritten signature]*

DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01 / 08 / 19

|                   |                      |                |        |
|-------------------|----------------------|----------------|--------|
| NOME DO PACIENTE: | João Pedro de Aguiar | PRONTUÁRIO Nº: | 518093 |
| DIAGNÓSTICO:      |                      | CIRURGIA:      |        |
| ANESTESIA:        | Gerol                | Nº DA SALA:    | 08     |
| CIRURGIÃO:        | Dr. Artur            | CPF Nº:        |        |
| AUXILIAR:         |                      | CPF Nº:        |        |
| ANESTESIA:        | Dr.º Damião          | CPF Nº:        |        |
| INSTRUMENTADORA:  | Glauceilde           | CPF Nº:        |        |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO          | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO           | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|------------------------|-------|--------|-------|-------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8            | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI 24    | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8            | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 8.5             | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12           | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 7.0             | PAR    | 01     |       |
| AGULHA RAQUE           | UNID. | -      |       | LUVA DE PROCEDIMENTO    | PAR    | 10     |       |
| ALCOOL 70%             | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE        | ML     | 100    |       |
| ALGODÃO                | BOLA  | -      |       | PVPI TÓPICO             | ML     | 100    |       |
| ÁGUA OXIGENADA         | ML    | 100    |       | PVPI TINTURA            | ML     | -      |       |
| COMPRESSA              | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC            | UNID.  | 01     |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA     | UNID. | -      |       | SERINGA 10CC            | UNID.  | 01     |       |
| ESPARADRAPO            | CM    | 100    |       | SERINGA 5CC             | UNID.  | -      |       |
| ESCALPE Nº             | UNID. | -      |       | SERINGA 3CC             | UNID.  | -      |       |
| FORMOL                 | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO        | FRASCO | 01     |       |
| GASES                  | PAC.  | 04     |       | SONDA URETRAL           | UNID.  | 01     |       |
| JELCO Nº               | UNID. |        |       | eletrodos               | "      | 05     |       |
| FIOS                   | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA              | "      | 03     |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG |       |        |       | expon                   | "      | 01     |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG |       |        |       | Tube nº 80              | "      | 20     |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG |       |        |       | Gel p/ placa de bisturi | mg     |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG |       |        |       |                         |        |        |       |
| ALCOFIL                |       |        |       |                         |        |        |       |
| MONONYLON 3.0          | "     | 02     |       |                         |        |        |       |
| FITA UMBILICAL         |       |        |       | ENFERMARIA: Klenio      |        |        |       |
| VICRYL 1               | "     | 01     |       | CIRCULANTE: Nereia      |        |        |       |
| PROLENE                |       |        |       |                         |        |        |       |

Nome: João Pedro de Aguiar

**Sala:**

**Alergia:**

Data:

### Procedimento:

**Cirurgi&o:**

Observações:

[illegible]

### Acesso Vascular

☒ Periférico \_\_\_\_\_  
Cat. Venoso nº \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_

Cat. Venoso nº \_\_\_\_ G

- o Dificuldade acce. venoso

Gastos cateteres

☐ Central \_\_\_\_\_

**Via Aérea**

- o Cateter nasal

 $\chi$  10T  $\pi^0$   $\chi$ 

o LMA  $\eta^0$  \_\_\_\_\_

**Monitorização:**

 Cardioscopia

PANI

 Oxímetro de pulso

ETCO2

☐ Outros

**Anesthesia:**

- o Geral Venosa

👤 Geral Balanceada

- o Raquianestesia

- Peridural

- o Bloqueio Periférico

- o Outros

Decúbito: pronal

|                   |     |     |     |     |
|-------------------|-----|-----|-----|-----|
| SPO2 (%)          | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ETCO2 (mmHg)      |     | 35  | 35  | 35  |
|                   |     |     |     |     |
| Aces. Venoso      |     |     |     |     |
| Aces. Venoso      |     |     |     |     |
|                   |     |     |     |     |
| Diurese           |     |     |     |     |
| Perdas Sanguíneas |     |     |     |     |

**Descrição da Anestesia:**

X) monitorização + neurológico veroline ms D  
 ① Pré-oxigenação CI q 100% reb m. pupal  
 ② Propofol 200µg + FNT 200mg + atropina 2.5 µg EV  
 ③ TOT CI TOT n. 8 CI µg + fixação + proteção oral  
 ④ A. / AS + entubação

Anestesiologista

## Anestesiologista

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

34743

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.229.197 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/06/15

NOME JOÃO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCA GINA DA SILVA  
JOSÉ DE AGUIAR DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 19/06/1998

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 270258 L 337 F 90

CPE EXP TERESINA - PI 28/02/00

TERESINA 000.584.173-35

ASSINATURA DO DIRETOR

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



MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

**080.584.173-35**

Nome

**JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA**

Nascimento

**19/06/1998**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0475263

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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 11/F 141

EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190604831 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (P4).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

**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 DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373797/19

**Vítima:** JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA

**CPF:** 080.584.173-35

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 28/07/2019

**Titular do CPF:** JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA : 080.584.173-35

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/10/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

**PROCURAÇÃO PARTICULAR****OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)**

|                                            |                               |                                         |
|--------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|
| NOME: <u>José Pedro De Aguiar Da Silva</u> |                               |                                         |
| RG: <u>4.229.197</u>                       | ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>   | D. EXPEDIÇÃO: <u>02/06/15</u>           |
| CPF: <u>080.584.173-35</u>                 | ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u> | PROFISSÃO: <u>Desempregado</u>          |
| ENDEREÇO: <u>R. Bredoco</u>                |                               | Nº: <u>S/N</u>                          |
| COMPLEMENTO: <u>Casa</u>                   | BAIRRO: <u>urbano</u>         |                                         |
| CIDADE: <u>Teresina</u>                    | ESTADO: <u>Piauí</u>          | CEP: <u>64000-000</u> TELEFONE: <u></u> |

**OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)**

|                                        |                               |                                     |
|----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| NOME: <u>NELLE ROZE SOARES MARQUES</u> |                               |                                     |
| RG: <u>4.119.262</u>                   | ORG. EMISSOR: <u>SSS/PI</u>   | D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>       |
| CPF: <u>840.173.173-91</u>             | ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRA</u> | PROFISSÃO: <u>RECUSO</u>            |
| ENDEREÇO: <u>RUA 24 DE JANEIRO</u>     |                               | Nº: <u>544</u>                      |
| BAIRRO: <u>CENTRO</u>                  | CIDADE: <u>TERESINA</u>       | UF: <u>PI</u> CEP: <u>64000-235</u> |

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

José Pedro De Aguiar Da Silva

Data do acidente de trânsito: 28/07/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina 13/09/2019

José Pedro de Aguiar da Silva

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELCO  
DIGITAL

Cartório  
Themistocles  
Sampaio  
OAB/PI 122.122-1

**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua Licurgo Regener, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI, Fone: (86) 3291-4150 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br  
Sócio: Anacláudia Gonçalves da Sampaio Pereira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO PEDRO DE  
AGUIAR DA SILVA. DOU FÉ. EM TEST. Sim DA VERDADE.  
Teresina-PI, 13/09/2019. Selo: AA163959-N16N  
[www.tjpi.jus.br/portalexta](http://www.tjpi.jus.br/portalexta)

*Teresina Sampaio*

Maria do Socorro de Carvalho de Sena-Escrivente Autorizada  
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:127  
PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Cartório Themistocles Sampaio  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Maria do Socorro de Carvalho de Sena  
Escrivente Autorizada  
Teresina - PI

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373797/19

**Vítima:** JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA

**CPF:** 080.584.173-35

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 28/07/2019

**Titular do CPF:** JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA : 080.584.173-35

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/10/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

---

**Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190604831**

**Vítima: JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

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

**Senhor(a), JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604831

Vítima: JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA

Data do Acidente: 28/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA

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\$ 1.687,50 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003455

Conta: 000008682-1

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 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 do pedido.

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

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

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

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

34 - Assinatura legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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**

POUPANÇA

6277 8015 1472 5369

6277

VALID DATE  
01/21

JOAO PEDRO AGUIAR SILVA  
3455 013 00008682-1

**elo**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003446/2019-72**

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

Data/Hora: 10/09/2019 - 09:12

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

55 4016

Data/Hora

28/07/2019 - 06:07

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

BELA VISTA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO BELA VISTA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOAO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 4229197

Mãe: FRANCISCA GINA DA SILVA

Endereço: FAZENDA SOARES- ZONA RURAL, Nº

Bairro: POVOADO

Cidade: TERESINA

**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 VINHA NA VIA ACIMA CITADA NA MOTO NAO IDENTIFICADA, ERA MOTO TAXI, QUANDO O HOMEM QUE CONDUZIA A MOTO, BATEU NA TRAZEIRA DO ONIBUS, CAIU E SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO.518.093, SENDO QUE O CONDUTOR DA MOTO, FOI EMBORA DEIXANDO O PASSAGEIRO SEM PRESTAR SOCORRO, ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.  
ESCRIVÃO DE PO

JOÃO PEDRO DE AGUIAR DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Lucy Maria Leal Parreira  
Delegada Geral de Polícia Civil-PI  
Mat. 1.06.333-7

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3455 CONTA: 8682 1

☐ 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 do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 15/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)