

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: 11/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000089631-6

Nr. da Autenticação 2A7E72D3E0142F4C

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

Nº Sinistro: 3180557740

Vítima: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

Data do Acidente: 31/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180557740**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13645034



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

Sinistro: 3180557740
Vítima: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA
Data do Acidente: 31/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180557740** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13668807



Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180557740

Vítima: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

Data do Acidente: 31/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000001987**

Conta: **0000089631-6**

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.

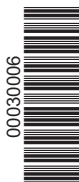
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	875.492.393-04	Jose Alves De Sousa Pereira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Jose Alves De Sousa Pereira		875.492.393-04	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Carpenteiro	Rua Sateelite	1325	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Angelim	Teresina	PI	64034-385
E-mail:			Tel.(DDD):
			(86) 3303-4104

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1987 CONTA: 896316
(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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de 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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, TERESINA, 22.11.18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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





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

164 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003921/2018-21

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

Data/Hora: 12/11/2018 - 10:01

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. HENRY WALL DE CARVALHO, Nº:

Complemento

Bairro

ANGELIM

Ponto de Referência

MOTEL GARDEN

Data/Hora

31/05/2018 - 09:40

488339

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA (46 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1116398 PI

Mãe: MARIA ESTER ALVES DE SOUSA PEREIRA

Endereço: RUA SATÉLITE, LOTEAMENTO PARQUE DOS SONHOS, Nº 1325

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9414-4445


NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/NXR 150 BROS ES, PLACA ODU-6462-PI, COR PRETA, RENAVAM 00452720770, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO SUL, QUANDO UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, COLIDIU NA LATERAL DA PRIMEIRA, PROVOCANDO A QUEDA DO NOTICIANTE. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 416627). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA


JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA (46 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	875.492.393-04	Jose Alves de Sousa Pereira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Jose Alves de Sousa Pereira	875.492.393-04	
Profissão:	Número:	Complemento:
Carpenteiro	1325	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:
Angelim	Teresina	PI
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	64034-385	(86) 3303-4104

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

RENDAS CADASTRAIS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1987 ☐ CONTA: 89631 ☐ 6
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 Lider 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: Falecidos:

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, TERESINA, 22.11.18
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

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



Estado de 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 12883	02 Data do chamado 31/05/2019	03 PRO (código) 1900	04 Saída do PA 10h30	05 Chegada ao local 12h14
	06 Saída do local 10h30	07 Chegada ao 1º hospital 10h15	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Avenida Manoel de Carvalho	11 Bairro Araguaína	12 Município-UF Teresina PI	Código IBGE 11.11	
	13 Ponto de referência Garcia	08/12/1970			
Dados do Paciente	14 Nome Jose Alben de Sousa Pereira	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 44	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 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 107 Resp. 20x80 PA 120x80 TAX 26.5	25 Local da lesão			
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 0 Sem Dor 3 Leve 7 Moderada 10 Intensa	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 34 Óbito				
Hospital de Destino	35 Observações Interdisciplinares				
	36 Observações Interdisciplinares 37 Observações Interdisciplinares 38 Observações Interdisciplinares 39 Observações Interdisciplinares 40 Observações Interdisciplinares				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 NOV 2019
INTE SEGURADORA S.A.
Centro Administrativo, 465 Lda C
Teresina - PI, CEP: 64.002-470



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

ORTO

Imp: 31/05/2018 10:48:00

(User: DEUSELENA)
(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA		Prontuário: 416627	
Mãe: MARIA ESTER ALVES DE SOUSA PEREIRA	Pai: VALTO ALVES PEREIRA		
End. Resid.: RUA SATELITE 1325 LOT PARQUE DOS SONHOS - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 08/12/1970	Idade: 47a:5m:23d	Sexo: Masculino	Fone: 86 99414-4445
Responsável: NAYARA	CNS: 707401022383270		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 NOV 2018
Profissão: CARPINTEIRO	Documento: CPF: 875.492.393-04		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Concubinato		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 667512	Data: 31/05/2018 10:43:28	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 463 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	Convênio: S U S
CID Secundário: V299			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: RELATO DE QUEDA DE MOTO HOJE, USAVA CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. COM TRAUMA EM MSE E MIE. REFERE DOR LOCAL. ECG= 15 NEGA ALERGIAS.		Profissional Clas. Risco: DEUSELENA DA SILVA FORTES CRM 156106 Em: 31/05/2018 10:47:59	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de acidente de motocicleta às 10:00hs, trazido pelo SAMU, consciente, orientado, hidratado, estável hemodinamicamente, sem colar cervical e respirando espontaneamente. Estava usando capacete na hora do acidente, nega dor, epalies, vômitos, amnésia e não apresenta sinais de alerte para TCE. Dor e possível fratura em antebraço esquerdo e tornozelo, joelho e pé esquerdos. Apresenta escoriações em antebraço esquerdo.

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CID ____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito Raio-X de antebraço (E), joelho (E), tornozelo (E) e pé (E).	RAIO-X REALIZADO
Realizada sutura em pé esquerdo	DATA: 31/05/2018
	TÉCNICO: ____

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Se Internação, indique o Procedimento e CID
		0428020431 5522 Procedimento CID

Nayara Ney Cardoso Pereira
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Aderivaldo Andrada
Assinatura Profissional Médica

Dr. Rocco do Rego
Assinatura Profissional Médica e Traumatologista

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 05.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 05/08

Nº da Nota Fiscal 013547057

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	20/11/2018	115	105,78

NAYARA NEY CARDOSO PEREIRA
R. SATELITE 1325 1325 ANGELIM
CPF: 0000557033304
CEP: 64.034-385 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		KWH	DATAS DA LEITURA	
Atual:		8180	Atual:	12/11/2018
Anterior:		8065	Anterior:	10/10/2018
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	12/12/2018
Consumo Medido:		115	Emissão:	09/11/2018
Consumo Faturado:		115	Apresentação:	12/11/2018
		FCAM		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1394516		1.1.1.1	129

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO 115 A R\$ 0,826501 =	95,04
OUT/18	99	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	8,13
SET/18	126	CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00	0,58
AGO/18	101	MULTA POR ATRASO 10/18-00	1,65
JUL/18	108	JUROS POR ATRASO 10/18-00	0,38
JUN/18	120	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,41
MAI/18	166	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,65
ABR/18	133		
MAR/18	139		
FEV/18	135		
JAN/18	132		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 115 - 0,589544			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 086 0800 E BACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09/11/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 86DC.0407.CA0D.6A48.62DC.4A69.18AB.326E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	19,36	Base de Cálculo:	95,04
Energia:	36,80	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,79	Valor do ICMS:	20,90
Encargos:	5,86	Valor do PIS:	1,13
Tributos:	27,23	Valor do COFINS:	5,20

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
5,19	10,39	20,77	3,36	6,73	13,45	2,94	
0,00			0,00			0,00	
POL-0							09/2018 36,75



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



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/PI nº 98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO



Nº da Nota Fiscal

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\$)
09/09/2018	09/09/2018	58	94,47

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

DADOS DA LEITURA			DATAS DA LEITURA	
Atual:	18910		Atual:	24/09/2018
Anterior:	1.000 ⁹⁰		Anterior:	26/11/2017
Constante de Multiplicação:	96		Próxima Leitura:	24/10/2018
Consumo Medido:	96	FCAM	Emissão:	25/10/2018
Consumo Faturado:	NORMAL		Apresentação:	31

Forma de Faturamento	Código de Faturamento	Data de Faturamento

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Endereço	Número Medidor	Posto	Código Sub	Média 12 meses

COMERCIAL	MORCE	1418748		3-1	287
-----------	-------	---------	--	-----	-----

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
SETE/18 232	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,96
AGO/18 232	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00	0,84
JUL/18 184	MULTA POR ATRASO 09/18-00	5,36
JUN/18 208	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00	1,25
MAI/18 211	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,79
ABR/18 159		
MAR/18 307		
FEV/18 224		
JAN/18 271		
DEZ/17 314		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 96 - 0.604090

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Parabéns! Até o dia 24/10/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO E715.715B.3FC6.2091.1F57.B3ED.6D8B.5D6C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	10,50	Base de Cálculo:	80,00
Energia:	31,48	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,95	Valor do ICMS:	17,61
Encargos:	5,01	Valor do PIS:	0,79
Tributos:	22,06	Valor do COFINS:	3,66

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DLC		FIC		DMC		DCC	
Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00		0,00		0,00			

08/09/2018 67,66

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Alves De Sousa Pereira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 875.492.393 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima
Jose Alves De Sousa Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.492.393 / 04, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER, que o 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 Tanilins</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(86)3303-4104</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 21 de Novembro de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 N° do chamado 1883	02 Data do chamado 21/05/2019	03 PRO (código) 1900	04 Saída do PA 10h30	05 Chegada ao local 10h45
	06 Saída do local 10h30	07 Chegada ao 1° hospital 10h45	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
	Local da Ocorrência				
Local da Ocorrência	10 Endereço Avenida Manoel de Carvalho	11 Bairro Arapiraca	12 Município-UF Teresina-PI	Código IBGE P. IV	
	13 Ponto de referência Garden master	08/12/1970			
	Dados do Paciente				
Dados do Paciente	14 Nome Jose Alben de Souza Pereira	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 44	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	Tipo de ocorrência				
Tipo de Ocorrência	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 107 Resp. 20x80 PA 120x80 TAX. SatO2 96%	25 Local da lesão 			
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito Exposta Fechada			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte				
	Observações Interdisciplinar				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 NOV 2018
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua do Comércio, 465 - Loja C
Teresina - PI - CEP: 64.002-470

Desenvolvido pela recepção
556106

Socorristas
Médico
AE/TE
Enfermeiro
Condutor



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE:

JOSE ALVES DE SOUSA UEN

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

416627

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

CRTO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 31/05/2018 10:48:00

(User: DEUSELENA)

(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA		Prontuário: 416627
Mãe: MARIA ESTER ALVES DE SOUSA PEREIRA		Pai: VALTO ALVES PEREIRA
End.Resid.: RUA SATELITE 1325 LOT PARQUE DOS SONHOS - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 08/12/1970	Idade: 47a:5m:23d	Sexo: Masculino Fone: 86-99414-4445
Responsável: NAYARA	CNS: 707401022383270	
Profissão: CARPINTEIRO	Documento: CPF: 875.492.393-04	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Concubinato	
End.Local.: - - -		

DEPARTAMENTOS DE SINIS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICA

27 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Guilino de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 667512	Data: 31/05/2018 10:43:28	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U E
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: RELATO DE QUEDA DE MOTO HOJE, USAVA CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. COM TRAUMA EM MSE E MIE. REFERE DOR LOCAL. ECG= 15 NEGA ALERGIAS.		Profissional Clas. Risco: DEUSELENA DA SILVA FORTES CPF: 156106 Em: 31/05/2018 10:47:59	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de acidente de motocicleta às 10:00hs, trazido pelo SAMU, consciente, orientado, hidratado, estável hemodinamicamente, sem colar cervical e respirando espontaneamente. Estava usando aparelho na hora do acidente, nega dor, epalies, vômitos, amnesia e não apresenta sinais de alerta para TCE. Dor e possível fratura em antebraço esquerdo e punho tornozelo, Joelho e pé esquerdo. Apresenta escoriações em outro esquerdo.

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

solicito Raio-X de antebraço (E), punho (E), tornozelo (E) e pé (E).		RAIO-X REALIZADO
Realizada sutura em pé esquerdo		DATA: 31/05/2018
		TÉCNICO:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Se Internação, indique o Procedimento e CID
		0428020431 5522 Procedimento CID

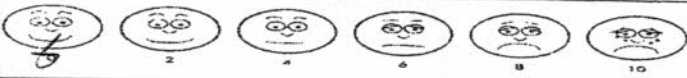

Nayara Ney Cardoso Pereira
Assinatura Paciente ou ResponsávelDr. Aderivaldo Andrade
Assinatura Profissional MédicoRocelmo Rêgo
Assinatura Profissional Médico
CRM-MA 671

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE IMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME José Alves da Silva Pereira IDADE anos DATA 01/10 /2018
HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 50 min TIPO DE ANESTESIA: ☒ GERAL () RAQUE ☒ BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA Radiol / Vena CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>155/87</u>	<u>131 X 86</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>97</u>	<u>80</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	<u> </u>	<u> </u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u> </u>	<u> </u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>6042</u>	<u> </u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR			ADMISSÃO			SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Movimenta dois membros	1		1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO						
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2		2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1		1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Tem apnéia	0		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO						
PA em 20% do nível pré-anestésico	2		2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico	1		1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
PA em 50% do nível pré-anestésico	0		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA						
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2		2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Desperta, se solicitado	1		1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Não responde	0		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂						
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2		2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1		1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>484025</u>		<u>484025</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda: () Nasog () Nasoe
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

17:50 Admitido na SRPA em POE de abd. rotto e ilna. Coniente, orientado.
Expreco em AA. MV piro.

Enf. Kleia
484025

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

RADIOX-RAIA
DATA 01/10/2018
TARBO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Caio de Mello Sales
Médico
CRM-PI 4401

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] MORT [] NEU [] CIR [] MÉD

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE <i>João Alves de Sousa Pereira</i>	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO <i>232</i>	CLÍNICA <i>GA</i>	ENF. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>Fratura de ulna distal (E)</i>	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: <i>31/05/18</i> HORA: <i>10h</i>	HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml 3 - Difenidramina 0,1% 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Paracetamol 500mg + ADEV 8/8h 6 - Plavix 75mg + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSIV	<i>27/05/18 08h</i> <i>28/05/18 08h</i> <i>29/05/18 08h</i> <i>30/05/18 08h</i> <i>31/05/18 08h</i>		<i>Miso h. Funcionado</i> <i>AVF em MSD, unido</i> <i>selos no 22</i> <i>Isise Pot admittido na</i> <i>ortopedia, proveniente</i> <i>do SRA, dgo, posto</i> <i>qs com trat. de un-</i> <i>E. Nega doenças crô-</i> <i>cas e alergias, S</i>		
<i>27 NOV 2018</i> GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-P		<i>22:00h medicar</i> <i>bolinhas mto</i> <i>tracur. Paciente repa um-</i> <i>to. - " - Responde</i> <i>PA: 130/90 mmHg. Responde</i>			
<i>Curatela com o Dr. Flávio</i>		<i>Proposta para passear OK</i>			
<i>Próximo ao</i>		<i>Próximo ao</i>			

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 98446

AIH: 2218100317235



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

707401022383270

NOME DO PACIENTE

JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

NASCIMENTO

08/12/1970

SEXO

M

PRONTUÁRIO

416627

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

8688034562

NOME DA MÃE

MARIA ESTER ALVES DE SOUSA PEREIRA

RESPONSÁVEL

NAYARA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

1325

BAIRRO

ANGELIM

COMPLEMENTO

PQ DOS SONHOS

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA EM ULNA DISTAL APOS ACIDENTE DE MOTO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S522 - FRATURA DA DIAFISE DO CUBITO (ULNA)

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

CPF: 83823077368

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

31/05/2018

DATA ADMISSÃO

31/05/2018 10:43

DATA ALTA

02/06/2018 10:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))

ERICA PATRICIA CHAVES

CPF: 89671341349

CRM:

DATA ANALISE: 31/05/2018 12:41:45

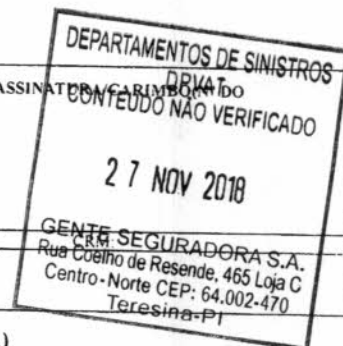
NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01 06 18

NOME DO PACIENTE: <u>José Alves de Sousa Pinheiro</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>416627</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fract. aberto op</u>	CIRURGIA: <u>Osteomielite</u>
ANESTESIA: <u>Genal + Bloqueio</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Flávio Marcel B. de S. Coutinho</u> <small>Ortopedia e Traumatologia CRM-PI: 3107</small>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>nilson</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Edino</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>7.0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	08		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			luvas 8.0	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<div>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 NOV 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</div>	UN	02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	UN	01		ENFERMARIA: <u>clínica</u>			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>guy</u>			
VICRYL 0	UN	01					
PROLENE							

[illegible]



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Jose Alves de Sousa Pereira</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Frax. vlrug exp</i>		
Operação - Tipo <i>Osteosíntese</i>		
Cirurgião	1º Assistente <i>[assinatura]</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Edina</i>	Anestesista <i>nilson</i>	Anestesia <i>Genal + Bloqueio</i>
Anestésico(a)		

Data da Operação <i>01/06/2018</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

*Expor + reduzir, 20h, drenagem, fechamento
cavidade, jato de soro, 20h e 1/2
K. 2.0 + sutura + curativo. Retirado
de 10h*

Dr. Flávio Márcio B. de S. Coutinho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3102

FOLHA DE ANESTESIA



DEPARTAMENTOS DE SINI
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICA
27 NOV 2018

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

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
01/08/18	150x90	91/2	26		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA	DOS. URÉIA				
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS
16:10 17:40 17:25					
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES			
1	1	1 Anestesia			
2	2	2 / ANP - 100ml			
3	3	3 / morfina 20mg			
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	4 / Xilocaína - 90mg			
	400	5 / Ketarol - 10mg			
	SANGUE 300	6 / Ketarol - 15mg			
	200	7 / Propofol - 100mg			
	OUTROS 100	8 / 200% - 56.7			
TEMPERATURA	260	9 / Soro 2%			
T	240	10 / 100% - 56.7			
	220	11 / 100% - 56.7			
P. ARTERIAL	200	12 / 100% - 56.7			
V O	180	13 / 100% - 56.7			
PULSO	160	14 / 100% - 56.7			
	140	15 / 100% - 56.7			
INÍCIO E FIM ANESTESIA	120				
X	100				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	80				
	60				
RESPIRAÇÃO	40				
O	20				
	10				
SÍMBOLOS		DURAÇÃO			
TÉCNICAS	INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES					
QUIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS					
PARTICULARIDADES					

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____
 PACIENTE: Jose Alvaro de Souza Pereira Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

*Fred vltuo distal ep-
 Neomito fixado com
 2/15 x 2.0*

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

NIC

Dr. Flávio Antônio R. de S. Coutinho
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI: 7402

Assinatura do Médico Solicitante

DATA:

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

[illegible]

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE João Alves de Sousa Pereira	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA 232	ENF. ou APT. 6x4	LEITO
DAG: OSTICO, ACÚA E COMORBIDADES R.O.T	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 01/08/18 HORA: :	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
1- Dieta livre		25.13 Pet retornou da			
2- Se q31. 1000 ul		SRA, em pos de ortos-			
3- Rellin 40 + 10		sintese de ulna G.			
4- Dipingeno 3.0ul		Pet orientado, fascio,			
5- Fitolul 20mp		eliminações no P.O.			
6- Ouregano 20mp		AVP em MSD, 60 con-			
7- C66 + 55u		cura two aduena subu-			

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

2018-11-27 14:00
Cópia e envio para
01-03-18

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA** (Prontuário: 416627)
Endereço: RUA SATELITE 1325 LOT PARQUE DOS SONHOS - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 08/12/1970 Idade: 47a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 667512
Requisição: 842687 Solicitação: 31/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1041924 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 31/05/2018

TORNOZELO ESQUERDO

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

- Controle pós-operatório.
- Fraturas alinhadas, com fixação metálica, no maléolo medial da tíbia e fíbula distal.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles do tornozelo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 11/06/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA** (Prontuário: 416627)
Endereço: RUA SATELITE 1325 LOT PARQUE DOS SONHOS - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 08/12/1970 Idade: 47a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 667512
Requisição: 842688 Solicitação: 31/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1041925 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 31/05/2018

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 11/06/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



[illegible]

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



AUGUSTOS
MEDICINA DIAGNÓSTICA

Paciente: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

Sexo: MASC

Convênio: SOLUMEDI

Solicitante: Dr. SEM SOLICITAÇÃO

Idade: 47 anos

Código: 143608.03

Data: 24/08/2018 12:35:00

RX DO PUNHO ESQUERDO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em ap/oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fraturas com desalinhamento ósseo no terço posterior do escafoide, na epífise distal do rádio e metáfise distal da ulna.

Estreitamento espaço articular radiocarpal, com irregularidades ósseas subcondrais.

Aumento de partes moles adjacente à fratura na metáfise distal da ulna.

Demais tecidos com densidade partes moles alterações detectáveis no presente estudo.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fraturas com desalinhamento ósseo no terço posterior do escafoide, na epífise distal do rádio e metáfise distal da ulna.

Sinais de osteoartrite degenerativa pós-traumática radiocarpal.

Aumento de partes moles adjacente à fratura na metáfise distal da ulna.



DR. PEDRO AUGUSTO PEDREIRA MARTINS JÚNIOR
CRM 2854

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

José Alves de Sousa Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.116.398 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/11/18

NOME JOSÉ ALVES DE SOUSA PEREIRA

FILIAÇÃO MARIA ESTER ALVES DE SOUSA PEREIRA
VALTO ALVES PEREIRA

NATURALIDADE CAMPO MAIOR-PI DATA DE NASCIMENTO 08/12/1970

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 13574 L 12A F 131
EXP TERESINA-PI 27/10/83
CPF 875.492.393-04

Francisco das Chagas Pinheiro
ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

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

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE

CERT. NASC. 529 L 11/5 141
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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 NOV 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013156365903

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

16012 16012 16012 16012 16012 16012 16012 16012 16012 16012

01801 01801 01801 01801 01801 01801 01801 01801 01801 01801

01694 01694 01694 01694 01694 01694 01694 01694 01694 01694

01150 01150 01150 01150 01150 01150 01150 01150 01150 01150

04527 04527 04527 04527 04527 04527 04527 04527 04527 04527

20770 20770 20770 20770 20770 20770 20770 20770 20770 20770

45143 45143 45143 45143 45143 45143 45143 45143 45143 45143

47331 47331 47331 47331 47331 47331 47331 47331 47331 47331

3384E 3384E 3384E 3384E 3384E 3384E 3384E 3384E 3384E 3384E

443b1 443b1 443b1 443b1 443b1 443b1 443b1 443b1 443b1 443b1

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

87549239304 87549239304 87549239304 87549239304 87549239304

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180557740

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

Data do acidente: 31/05/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA ULNA À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE DEFORMIDADE COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10º) E PRONO-SUPINAÇÃO(30º) DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

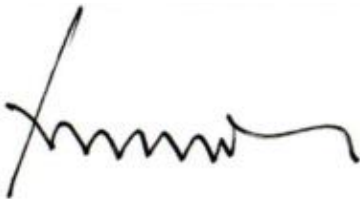
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Jose Alves de Sousa Pereira
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteiro
Identidade: 1.116.398
CPF: 875.492.393-04
Profissão: carpinteiro
Endereço: Rua Sateélite 1325 parq dos Sonhos Angelim
CEP: 64.034.385
Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565

OUTORGADO:

Nome: Pelle Roze Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteiro
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recurso-me
Endereço: Rua 24 de janeiro 544 Centro norte
CEP: 64.000.235
Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Jose Alves de Sousa Pereira

5º Ofício

Teresina - Piaui 24/07/18

Local e data

Jose Alves de Sousa Pereira

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

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

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabeliã
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

CARTÓRIO
DJALMA VELOSO

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA
DOU FE EN TEST. Cap DA VERDADE.
TERESINA-PI, 24/07/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,41 Selto: 0,26 Total: 4,71
Selo: ABD.48791 (F240P275)

FRANCISCA JULIANA UCHOA SANTOS-Escrevente

Selo de Autenticidade
Reconhecimento de Firma
Nº ABD-48791

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428559/18

Vítima: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

CPF: 875.492.393-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/05/2018

Titular do CPF: JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA : 875.492.393-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2018
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180557740**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE ALVES DE SOUSA PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Satélite, 1325 - Angelim - Teresina - PI - CEP 64034-385

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1116398**

Data e local do acidente: [**31/05/2018**]

AV HENRY WALL DE CARVALHO ANGELIM TERESINA PI

Data e local do exame: [**06/12/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DISTAL DA ULNA À ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE DEFORMIDADE COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10º) E PRONO-SUPINAÇÃO(30º) DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

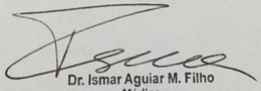
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM:3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI