

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05813-0

CONTA: 00000008422-0

Nr. Autenticação

BRADESCO22072019050000000002370581300000008422236250 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190378995 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON LIANDRO DA SILVA **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
SOBRAL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 18.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Dr José Ayres Pedreira Júnior | CRM3424
Ortopedia/Traumatologia | TEOT11977

Paciente: Eduardo Sennels

dores:

① Aliviou 600g —

~~Tauz~~ CÍNICA
~~ORTOMED~~

re inflam.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN. 2019

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

02/09/19



Dr. José Ayres Jr.
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLÓGISTA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM-PI 3424 / CRM-CE 12185
TEOT 11977

Rua Oswaldo Cruz, 332 - Térreo, Centro
89 3422-9697 / 98809-3185

1ª Via Retenção na Farmácia
OU Drogaria

2ª Via Orientação ao paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DR. JOSÉ AYRES PEDREIRA JÚNIOR

CRM-PI: 3424

RUA OSWALDO CRUZ, 332 - TÉREO
BAIRRO FÁTIMA - PICOS-PI - CEP 64.600-124
FONE: 89 3422-9697

Paciente: Eduardo Henrique S. C. e u a

Endereço:

Prescrição:

15.07.07.

① Poço

Tanque

c2

12-1088

Dr. José Ayres
Pedreira Júnior

CRM-PI: 3424
ÓRGÃO EMISSOR: ORTOPEDICO
DATA: 13/06/2018

Carteira de identificação do paciente

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: / /

Name:

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End. Completo: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____ Assinatura do Farmacêutico: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN. 2019

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

02,04

Rua Oswaldo Cruz, 332 - Térreo, Centro
89 3422-9697 / 98809-3185



FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares



Sistema
Único de
Saúde

HRJL
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

RECEITUÁRIO

NOME: Eduardo Sandes

Cho oral:

① Melocort 55g ————— 50 P

Tamox 1g 1/2 d.a. Manha

50 d. 5

José Ayres Pedreira Junior
Ortopedia/Traumatologia
CRM 3404 TEOF 11.577
CPF 036.888.474-63

Data: 25/103/119

Médico (assinatura e carimbo)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 JUN. 2019

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

Tem no verso também ↑

CLINICA ORTOMED

Conselho 02-04-19
Padron 02-05-19

CONVENIO: PARTICULAR

NOME: EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL

DN: 09/08/1963

MÃE:

SEBASTIANA SOBRAL DA SILVA

END: RUA EPAMINONDAS NOGUEIRA 1997 IEDA

VALENCA DO PIAUI FONE: 86 99993 7893

02
04
19

- Pseudo osteo T-b.a. (V)
Per op 16 dia
F.O dypa evs: Esse... o seu corpo
Pr com 3 mês avulso
cogia um muleto
Ret. esp. pente.



Senha 2

CPF: - RG: 2 388 396 - SUS: 200526147050018

Civil: CASADO(A) CEP: 64300-000
Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI
Pai: FRANCISCO LIANDRO DA SILVA

EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL

Nasc.: 09/08/1963 Idade: 55 ANOS, 6 MESES, 25 DIAS Profissão:

End.: EPAMINONDAS NOGUEIRA, 1.997 -

Bairro: IEDA

Cor: Parda

Telefone: () -

Mãe: SEBASTIANA SOBRAL DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demandas: SAMU

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame Físico:

*paciente vítima de acidente
motociclistico, com trauma no joelho*
Hora: _____
 Internação

Exames Complementares:

Sonrisa Vitória Normada

Diagnóstico provável:

Fratura exposta de joelho

Prescrição Médica:

Soro Fisiológico 1.000 ml 10% GL
- Colchete RX de perna
- de entopediatria

*DR FRANCISCO MARIO MENDES
Doutor Medicina
Maior 1007
CNPJ 12.345.678-98*

Anotações da Classificação de Risco

Horas: 00:36:13

Prioridade:

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa/História: PCT REGULADO DE VALENCA DO PIAUI, VITIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO HA +/-03 HORAS, APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM Perna DIREITA, REFERE DOR LOCAL

Alergias: NEGA

Medicação Usual: NDN

PA: 150x90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor: 13 JUN. 2019

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: NDN

Condução: AO CLINICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 JUN. 2019

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

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino:

Horas:

122728 - INES LUCIA PACHECO LEAL
Enfermeiro Responsável

FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO EM OBSERVAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 JUN. 2019
ENTE SEGURADORA S.A.
Ca Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-2470

RUBRICA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
			13/03/2019	13/03/2019
1) DIA 01/03/2019	10:00 AM - 12:00 PM	10:00 AM - 12:00 PM	10:00 AM - 12:00 PM	10:00 AM - 12:00 PM
2) AL - 500ML - EN - 120ML				
3) CEFIRINICLOR 500 - 01 AMPO. AN - EN. NEON				
4) DIA 02/03/2019				
5) DEXAMETASONA 40ML - 01 AMPO. AN - EN. NEON				
6) CEE 7,5ML				

Dr. Rafael Pinheiro Vicini
Médico
CRM-PI-00672

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES

4009622

4 - CNES

4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ALDA SILVA SOBRAL

6 - N° DO PRONTUÁRIO

407229

7 - CNES

ALDA SILVA (CNS)

2 - DATA DE NASCIMENTO

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/08/1963

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 2

03

3 - ENDERECO

ALDA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

()

4 - RESIDÊNCIA

ALDA SUEIRA, 1.997 - IEDA

5 - CID PRINCIPAL

RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2211308

15 - UF

PI

16 - CEP

64300-000

SESSÕES CLÍNICAS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Vítima de Acidente Vascular Cerebral
desp. 15 dias. Expresso. Edema intrínseco
pt. Cervical. Tíbia ①

IF JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Chuva

RESULTADOS DE PROVAVS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

pt. Cervical. Chuva

5722

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050225

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

O profissional que solicita

CNS () CPF

017-3883-21

O profissional que solicita

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (N° DO CRM)

03/03/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO DOCUMENTO NÃO VERIFICADO

37 - CNPJ

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

13 JUN 2010

38 - PREVIDÊNCIA

39 - REGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Conselheiro Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISOR

49 - N° DAAUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

M220800001

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - ASS. E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 02/03/2010
Funcionário: 05120
Assinatura: Antonio J. de Souza



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

100 1000 JUN. 2019

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



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <u>Tânia Leal da Silva Soárez</u>		ALAC	APTO	LEITO <u>83</u>	R. MET.
HD: <u>Tânia</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			OBSERVAÇÕES
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICINAÇÃO			
1. DIETA ORAL P/ DIABETICO*		<u>5/20</u>	<u>10:00</u>	<u>10:00</u>	<u>Pointe</u>
2. JELCO SALINIZADO		<u>5/20</u>	<u>10:00</u>	<u>10:00</u>	<u>Pointe</u>
3. DIPIRONA 01 g + AD EV 6/6H SN		<u>5/20</u>	<u>10:00</u>	<u>10:00</u>	<u>Pointe</u>
4. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 (SN)		<u>5/20</u>	<u>10:00</u>	<u>10:00</u>	<u>Pointe</u>
5. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06 HORAS		<u>5/20</u>	<u>10:00</u>	<u>10:00</u>	<u>Pointe</u>
6- CAPTOPRIL 25 MG - 01 COMP. VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		<u>5/20</u>	<u>10:00</u>	<u>10:00</u>	<u>Pointe</u>
7- BROMOPRIDA 10MG - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)		<u>5/20</u>	<u>10:00</u>	<u>10:00</u>	<u>Pointe</u>
8- INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT: <u>30U/24h</u>		<u>5/20</u>	<u>10:00</u>	<u>10:00</u>	<u>Pointe</u>
<150: O 251-300: 6UI					
151-200: 2 UI 301-350: 8UI					
201-250: 4UI > 350: 10UI					
9- GLICOSE 50% - 40ML IV SE HGT < 70MG/DL E CHAMAR O CLINICO					
10- GLICEMIA DE 8/6 HORAS					
11- TILATIL 40MG, EV, 12/12H					
12- CLEXANE 40MG, SC, 01 X DIA					
13- SSVV + CCGG					

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <i>Elton Lira</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORICÓIDES	ATARÁXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO ÀS	EFEITOS
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO					
1						
2						
3						
LÍQUIDOS	SO. UTO	500				
		400				
	SANGUE	300				
	OUTROS	200				
		100				
TEMPERATURA T	C°	280				
P. ARTERIAL V		240				
O PULSO		220				
		200				
		180				
		160				
		140				
		120				
		100				
		80				
		60				
		40				
		20				
RESPIRAÇÃO O		10				
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE / ACIDENTE	
OPERAÇÕES					DEPARTAMENTO DE SINISTRO	
CIRURGIÕES					DPVAT	
ANESTESISTAS					CONTEUDO NAO VERIFICADO	
					13 JUN, 2019	
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS					GENTE SEGURADORA S.A.	
IMEDIATAS:					Rua Coelho de Resende, 465 Loja C	
					Centro - Norte CEP: 64.002470	
PARTICULARIDADES					Médico	

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
<i>Edmílson bianário da Silva Soárez</i>				03/03/2019		
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO				APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML	QUANT.	UND.	TOTAL	ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML	02			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML				ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input checked="" type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12	01			ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA				USO DA SALA		
PVP				INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				01:30h	02:15	
COLETOR DE URINA				OPERAÇÃO	<i>HMC + fístula estomacal</i>	
ESCOVA COM DEGERMANTE				CIRURGIÃO	<i>Dr. Leonardo</i>	
ATADURA COM CREPOM	15cm	01		AUXILIAR		
ATADURA GESSADA				ANESTESISTA	<i>Dr. Marcos Vinícius</i>	
ATROPINA				TIPO DE ANESTESIA	<i>Raque</i>	
KETALAR				INSTRUMENTADOR	<i>Edilson</i>	
DIMORF	01			OCORRÊNCIAS		
NEOCAÍNA PESADA	0,5%	01		01/03/2019		
LIDOCAÍNA				Ref. 004700 - Lote 4734818	ENTER	
PROFANOL				FINADOL 1000 mg FOX O SABOR 700	10/03/2019	
MIDAZOLAN				TRABON 500mg LINFEX		
DIAZEPAN				Registro ANVISA: 10223710205		
TIOPENTAL				Resp. Técnica: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 0601028873		
EFORTEL						
DIPIRONA	02					
CEFAZOLINA	02		0,5%			
FENTANIL	01					
FLUMAZENIL						
PLASIL	01					
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOGINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON	2-0 ag	02				
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE						
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI	03	04				
LUVA ESTÉRIL	03					
LUVA DE PROCEDIMENTO	04					
SORO FISIOLÓGICO 0,9% (500ml)	15					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE	01					
TNOXICAM						



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 JUN. 2019

MÉDICO: *Dr. Leonardo*
ENFERMEIRA(O): *Katia*
TÉC. ENFER.: *Vera 358757 T.E / J. Tamila*
Fernanda

Nome: EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBR
Idade: 55a 8m 27d
Data: 06/05/2019
Solicitante: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR
Convênio: PARTICULAR
Código: 37244



RX DA Perna Direita (02 INC)

RELATÓRIO:

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fraturas no terço distal da tibia e da fíbula.
- Demais estruturas ósseas visualizadas integras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

A handwritten signature in black ink.

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255



DR. LUIZ LINDRO DA SILVA SOUZA
Gesso/Macacu
WhatsApp: 85-98144-0004

DATA DE ACESO: 19/5/2019
PÔRTE DE ACESO: 1773449
DR. LUIZ LINDRO DA SILVA SOUZA
Gesso/Macacu
WhatsApp: 85-98144-0004

DATA DE ACESO: 15/5/2019
PÔRTE DE ACESO: 217171



Dir.

Exame não especificado
Data de 04/05/2019

Med. Dr. LUIZ LINDRO DA SILVA SOUZA

Exame não especificado
Data de 04/05/2019

Med. Dr. LUIZ LINDRO DA SILVA SOUZA

Exame não especificado
Data de 04/05/2019

Med. Dr. LUIZ LINDRO DA SILVA SOUZA

GENTE ENSURADORA

Rua Coelho de Barros, 116, Lote 10

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

 Número do Sinistro ou ASL
3J90 378995

 CPF da Vítima
306.670.463-72

 Nome completo da vítima
EDMILSON LIANDNO DA SILVA SOBRAL
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	EDMILSON LIANDNO DA SILVA SOBRAL	CPF titular da conta	306.670.463-72	Profissão	RECUSOU		
Endereço	RUA EPAMINONDAS NOGUEIRA		Número	1997	Complemento	CASA	
Bairro	SAO FRANCISCO	Cidade	VALença	Estado	PI	CEP	64300-000
Email	jioivan6.ji@gmail.com		Telefone (DDD)	(89) 994122206			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSOU INFORMAR:	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO.	
BANCO BRADESCO		237	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
5813		8422	0
(Informar digito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.



VALença - PI, 11 de JULHO de 2019

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAULO J F CHAVES/SCOPUS
PAULO J F CHAVES - M
ROD PI 120
VALENTIN VAL. DO PIAUI PI

V19.1 11/07/2019 12:47
TERM 000001 LOJA 000009213500001

AUTE 273594
DATA: 11/07/2019 HORA DE BRASILIA: 12:47

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO

BANCO : 237

AGENCIA: 05813 - VALENCA DO PIAUI

CONTA : 0000000008422-0

NOME : EDMILSON LIANDRO DA SILVA

SOBR

DEPOSITANTE : O PROPRIO

FAVORECIDO

VALOR EM DINHEIRO :

VALOR EM CHEQUE :

VALOR TOTAL :

AG.BRADESCO : 5813 - VALENCA DO PIAUI

CORRESP.BANC.: 116 - PAULO J F CHAVES

NSU: 003202912943 AUTENTICACAO: 364944

O PAULO J F CHAVES ATUA COMO
CORRESPONDENTE BANCARIO DO BANCO
BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

VIA DO CLIENTE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

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: **306.670.463-72** Nome completo da vítima: **EDIMILSON LIAANDRO DA SILVA SOBRAL**

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

Nome completo: EDIMILSON LIAANDRO DA SILVA SOBRAL	CPF: 306.670.463-72		
Profissão: RECUSOU	Endereço: RUA EPAMINONDAS NOGUEIRA	Número: 1997	Complemento: CASA
Bairro: SAO FRANCISCO	Cidade: VALença	Estado: PI	CEP: 64300-000
E-mail: jiovian6.1@gmail.com		Tel.(DDD): (189)994122206	

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSOU 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 OPCIÃO 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: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **0761** CONTA: **30.605**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0761** CONTA: **30.605**
 (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 declaração apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e da natureza das invalidezes 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.

DESPARTEAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Octávio
13 JUN. 2019

GENTE SEGUROADORA S.A.

Rua Cecília de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: **Valença do Piauí - PI 11/06/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Banco Postal

*** Depósito em Conta Corrente ***

Agência : 34300643-AC VALENCA DO PIAUI
Terminal: 34306401 Id. Trx.: 918650
Nro Aut : 111332 Caixa : 85272590
Data : 11/06/2019 Hora : 11:13
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL
5757806124 0046
SAC BB 0800 729 0722

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: EDMILSON L. SILVA SOBRAL
AGÊNCIA: 2761-8 CONTA: 30.605-3

DATA	11/06/2019
NR. DOCUMENTO	57.578.061.240.046
VALOR DINHEIRO	
VALOR TOTAL	

NR. AUTENTICAÇÃO 8.FE1.AF8.C31.06E.F3D

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 JUN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



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

508 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000554/2019-10

Complementar ao BO Nº: 122451.000553/2019-51

Delegado de Polícia

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Praça Eurípedes Martins, 368 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (86) 3465-1171

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCÓPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU PE EM TESTE. *✓* DA VERDADE.
VALÉNCIA DO PIAUÍ - PI - 11/06/2019.

Z CARTÓRIO *Valença/PI*
Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa Escrevente
Enol.:2,48 TJ:0,50 FMP:0,06 Selo:4,26 Total:3,30 Selo:AV.3805
(F160P16)



Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Escrevente Autorizada



Ficha de Atendimento (Emgência)

Atendimento: P0236097

Registro: 104458

Data: 02/03/2019

Hora: 21:43:00

Funcionario: EDIMAR

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 85

SUS

DMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL

asc.: 09/08/1963 Idade: 55 ANOS, 6 MESES, 24 DIAS Profissão:
 nd.: EPAMINONDAS NOGUEIRA, 1.997 - Bairro: IEDA
 or: SEM Telefone: () Mãe: SEBASTIANA SOBRAL DA SILVA

CPF: - RG: 2388396 - SUS:

Civil: CASADO(A) CEP: 64300000

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

Pal: FRANCISCO LIANDRO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

Hora: ____:____

Internação

História Clinica/Exame fisico:

FATUMA, 33 ANOS, VITIMA ATROPELAMENTO C/AVULSI

FATUMA EXPOSTA TÍSSIA DIGITAL DIAVITA EXPOSTA

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

FATUMA TÍSSIA DIGITAL DIAVITA EXPOSTA

Prescrição Médica:

Hora: 21:51:11

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Causa/História: TRAUMA

DEPARTAMENTO DE SINISTRO

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 JUN. 2018

Alergias: NEGA ALERGIA MEDICAMENTA

Medicação Usual:

PA: 160/100 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 98

FC: 71 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

*Maria Assumpta de Oliveira Silva
 Enfermeira
 COREN-PI 548.328*

Conduta:

548328 - MARIA ASSUMPTA DE OLIVEIRA SILVA
 Enfermeiro Responsável

Hora:

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão

Transferencia

Destino:

*Dr. Rafael Barbosa Vieira
 Médico
 CRM-PI 6067*

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA,PI/CE/64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0617613

Registro: 407229

Data: 03/03/2019

Hora: 00:27:00

Funcionário: RITA

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 2

SUS

EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL

Nasc.: 09/08/1963 Idade: 55 ANOS, 6 MESES, 25 DIAS Profissão:

End.: EPAMINONDAS NOGUEIRA, 1.997 -

Bairro: IEDA

CPF: - RG: 2 388 396 - SUS: 200526147050018

Civil: CASADO(A) CEP: 64300-000

Cor: PARDA

Telefone: () -

Mãe: SEBASTIANA SOBRAL DA SILVA

Cidade: VALENCA DO PIAUÍ/PI

Pai: FRANCISCO LIANDRO DA SILVA

Clínica: CLINICA GERAL

Demanda: SAMU

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

paciente vítima de acidente
motociclista, no Trauma no PIAUÍ

Hora: ____:

 Internação

Exames Complementares:

Sangue Vítima Motociclista

Diagnóstico provável:

Fratura exposta da Perna

Prescrição Médica:

Sangue Fértil 1 mês 10/12
- Sobe RX de perna
- Ao entopediologo

MR Francisco Mário Mendes
Clínica Médica -
0301060061

Hora: 00:36:13

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa/História: PCT REGULADO DE VALENCA DO PIAUÍ, VITIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO HA +/-03 HORAS, APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM PERNAS DIREITA, REFERE DOR LOCAL

Alergias: NEGA

PA: 150x90 mmHg

TAX: 0%

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Observação: NDN

Medicação Usual: NDN

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Peso: 0 kg

ECG: 0

Condução: AO CLINICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Dor:

13 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão

 Transferencia

Destino:

Hora:

122728 - INES LUCIA PACHECO LEAL
Enfermeiro Responsável

1217 - FRANCISCO MARIO MENDES
Médico Responsável

EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL
Paciente ou Responsável