

**BOLETIM DE ENTRADA - BE  
DADOS DO PACIENTE**

DADOS DO PACIENTE:

|  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| Nome: <b>FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA</b>  |  | Frontuário: <b>4100</b>     |
| Mãe: <b>MARIA DO CARMO DA SILVA</b>  | Pai: <b>FRANCISCO CAMPELO DA SILVA</b> |                             |
| End. Resid.: <b>AV HORACIO RIBEIRO N5424 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990</b> |  |                             |
| Nascimento: <b>16/10/1972</b>  | Idade: <b>43 Anos</b>                  | Sexo: <b>Feminino</b>       |
| Responsável: <b>JOSE LEONAR</b>  | DEPARTAMENTO DE SINISTROS              | Tel: <b>(85) 3211-1000</b>  |
| Profissão: <b>DOMESTICA</b>  | CONFUDO NAO VERIFICADO                 | CNS: <b>700007040110027</b> |
| G. Instrução: Fundamental Incompleto   |  | 01 DEZ. 2016                |
| End. Local: <b>- - -</b>   | Gente Seguradora S.A.                  |                             |
| Rua Felix Pacheco, 2008 Lote 104   |  |                             |
| Centro - CEP 64001-160   |  |                             |
| DADOS DO ATENDIMENTO:  |  |                             |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|   |   |   |                              |                          |
|---|---|---|------------------------------|--------------------------|
| Código: 567050  |   | Data: 03/09/2016 16:51:27   | Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU | Convênio: S 33           |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)   |   |   |                              | CID Secundário: 299      |
| Acid. Trab.: Não  |   | Acid. Trajeto: Não  | Acid. Trab. Típico: Não      |                          |
| DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  |   |   |                              |                          |
| nal/Sintoma:<br>UMA MAIOR<br>ve Histórica:<br>EMENTE DE MOTO, COLISÃO COM CARRO, PERDE PERDA DE CONSCIÊNCIA, COM PERÍODO EM FASE<br>UMA EM MID. | Evento Principal:<br>Mecanismo do trauma significativo<br>MOTORISTA | Destino:<br>CIRURGIAO GERAL   | Classificação:<br>Laranja    | Profissional Clas. Risco |
| OS CLÍNICOS:<br>(Paciente vítima de acidente)   |   | PATRÍCIA MARIA TANAKA DE SOUZA<br>COLON 158537<br>Em: 03/09/2016 17:22:44 |                              |                          |

**DADOS CLÍNICOS:** (Hora: 17:15) ESTÉCIA MARIA CAMPANILE DE S. COHEN 158587  
Data: 03/09/2016 17:33:46

Paciente vítima de acidente automobilístico há 30min, sem resposta. Nega perder da consciência e vômitos, presença de equimose. Peritonite intensa. Ao exame: Gangue 15, abdome vindo e flácido à palpação com expressão dolorosa, presença de fístulas em M3.

|                      |        |        |     |                    |        |
|----------------------|--------|--------|-----|--------------------|--------|
| PA                   | X mmHg | Pulso: | FC: | SpO <sub>2</sub> : | Temp.: |
| Diagnóstico Inicial: |        |        |     |                    |        |

PC: \_\_\_\_\_ BPM: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ (13) \_\_\_\_\_  
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:  
1) Sistole e C de estinio face Rx de tórax, sobre coluna cervical e M3) e TC  
de coluna cervical.  
2) Exame 100mg - 01F + 100mL 5% aq. EV agarrar <sup>jejuo</sup> 11:30



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

302 Dr. Octo Cito 1820 - Redescobrindo o Brasil 66 2018 - 2019

CEMESTVNO 20.06.2012 14:51:22 339 CEMESTVNO 20.06.2012 14:51:22 339

2022-02-01 08:30:00 640-7-110 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

Imp: 03/09/2016 07:03:13

**DADOS DO PACIENTE:**

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nome: <b>FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA</b>                    |  | Prontuário: <b>418422</b>                        |
| Mãe: <b>MARIA DO CARMO DA SILVA</b>                              | Pai: <b>FRANCISCO CAMPELO DA SILVA</b> |  |
| End. Resid.: <b>AV NORACIO RIBEIRO N5424 - CENTRO - TERESINA</b> | PI - CEP: <b>64069-950</b>             |  |
| Nascimento: <b>16/10/1972</b>                                    | Idade: <b>43a:11m:18d</b>              | Sexo: <b>Feminino</b> Fone: <b>86-99519-1396</b> |
| Responsável: <b>JOSE LEONAR</b>                                  | CMS: <b>7C8007340115528</b>            | DEPARTAMENTO DE SINISTRA<br>DPVAT                |
| Profissão: <b>DOMESTICA</b>                                      | Documento:                             |  |
| G. Instrução: <b>Fundamental Incompleto</b>                      | E.Civil: <b>Casado(a)</b>              | CONFUDO NAO VERIFICADA                           |
| End. Local.: <b>- -</b>  |  |  |

RADIOS DO SISTEMA

— 9 — 867 7300

Código: 567050 Data: 03/09/2016 16:51:27 Clas. Cor: Laranja Gente Seguradora S.  
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOQUELETA (MOTOC  
Rua Felix Pacheco, 2000 Lote 1  
Convenção SCSB 84001-160

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 03/07/16 18:16M ESPECIALISTA: Norma  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Deite vires de anestesia moro. Exame 13  
Ex/Defunto. Projeto traçado forte bte.  
C/curto. 21 Dias. S/ humoros, entusiasmo.  
SD: Anos 40. Norma Dr. Felipe Marinho Dr. R. Carvalho  
sob anseos Dr. Ricardo V. Carvalho/Assinatura Solicitante

**DADOS DO PARECER: Data/Hora: 6**

OB S: G. I. Cawm Cenwyl, Glendin Farm, Llanwern;  
Desyng Cenwyl Cenwyl  
Domenion ac entopodion. 1 km

Garimpo/Assentamento Poco Bonsucesso

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2)**

Data/Hora Solicitação: 31/06/19:05 ESPECIALISTA: Walter

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Pela restante de acentuado mal-estar daltico (anisognosia) e anorexico e anorexico, que persiste - caso D.  
- Co-rem. edema e desplacamento da língua e caso D.  
- com perda de sentimento periorbitário. Perdas dentais previamente.  
- Neurologicas OK. Rx: Fe 17. 1998. S. 61

DADOS DO BAREME: Ponto 400

CD: Avantais Bruxomundo  
As Unhas Crucificadas

Dr. Claudio Moreira  
Sociedade Brasileira  
de Cardiologia  
São Paulo, SP 01263-000



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/09/2016

|   |                           |                       |
|---|---------------------------|-----------------------|
| NOME DO PACIENTE: FRANCISCO M. SAMPAIO DA SILVA |                           | PRONTUÁRIO Nº: 418422 |
| DIAGNÓSTICO:                                    | CIRURGIA: FRAT. DE FEMIRE |                       |
| ANESTESIA: RAQUE                                | Nº DA SALA: 5             |                       |
| CIRURGÃO: DR. RICARDO DE SOUZA                  | CPF Nº:                   |                       |
| AUXILIAR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA             | CPF Nº:                   |                       |
| ANESTESIA: DR. FABRICIO                         | CPF Nº:                   |                       |
| INSTRUMENTADORA: JUZACILENE                     | CPF Nº: 01 DEZ 2016       |                       |

MATERIAL DE CONSUMO

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-000

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|------------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI 6024       | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 4,5                  | PAR    | 04     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 7,0                  | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO         | PAR    | 06     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 90     |       | PVP DE GERMANTE              | ML     | 200    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | 10     |       | PVP TÓPICO                   | ML     | 200    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 100    |       | PVP TINTURA                  | ML     | —      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 04     |       | SERINGA 20CC                 | UNID.  | 02     |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC                 | UNID.  | 02     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 100    |       | SERINGA 5CC                  | UNID.  | 02     |       |
| ESCALPE N°              | UNID. | —      |       | SERINGA 3CC                  | UNID.  | —      |       |
| FORMOL                  | ML    | —      |       | SORO FISIOLÓGICO             | FRASCO | 06     |       |
| GASES                   | PAC.  | 10     |       | SONDA URETRAL TIPO 6,0       | UNID.  | 01     |       |
| JELCO N°                | UNID. | 01     |       | CREPOM                       | —      | 06     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA<br>DE TROBOS      | —      | 05     |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  | —     |        |       |                              |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. | —     |        |       |                              |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  | —     |        |       |                              |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  | —     |        |       |                              |        |        |       |
| ALCOFIL                 | —     |        |       |                              |        |        |       |
| MONONYLON               | 20    | —      | 02    |                              |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          | —     |        |       | ENFERMARIA:                  |        |        |       |
| VICRYL                  | —     |        |       | CIRCULANTE: FABRICIA LACIANA |        |        |       |
| PROLENE                 | —     |        |       |                              |        |        |       |



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

FRANCISCA MARIA CAMPESI DA SILVA

Diagnóstico pré-operatório

Fratura exposta de fêmur

Operação - Tipo

FRACTURA EXPOSTA DE FÉMUR

Cirurgião

Dr. BERTOLINI BENTOSA BEZERRA  
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGIA

2º Assinante

CRM = 3960

1º Assinante

Tiago (RESIDENTE)

3º Assinante

Instrumentador(a)

TIAGO VIEIRA

Anestesista

Drs.

Anestesia

Rafael

Data da Operação

03/09/2016

Inicio

22:00

Fim

22:40

Diagnóstico Pós-operatório

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 DEZ. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Retirada de ossos ressecados, comum e artificiais; corpos estranhos; apêndice de fíbula  
fratura. Transfusão de sangue e uso de drenos.  
anestesiada para fechar o cíngulo e fechar  
abdomen: pronto e pronto; outra

Manoel S. Siqueira e Silveira Neto

Dr. Bergie Bentesa Bezerra  
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGIA  
CRM = 3960



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA**

## PRESCRIÇÃO MÉDICA



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Nome do Paciente  |   | Fábio Mariano Campelo de Siqueira                   |   |   |
| Diagnóstico pré-operatório  |   | fractura aberta de fíbula distal + lesão articular. |   |   |
| Operação - Tipo   |   | Reparo de fíbula aberta / Torniquete                |   |   |
| Cirurgião   | Rene  | 1º Assinante  | Dr. FREDERICO ARMANDO DE LIMA<br>Ortopedia e Traumatologia<br>Clínica da Clínica Veneto-AL<br>CRM-PI 3718 TEC 12480 | Assinatura  |
| 2º Assinante  |   | 3º Assinante  | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTIDO NÃO VERIFICADO  |   |
| Instrumentador(a)   |   | Anestesista   | Anestesia   |   |
| Anestésico(a)   |   | 01 DEZ. 2016  |   |   |
| Data da Operação  | Início  |   | Fim   |   |
| Diagnóstico Pós-operatório  | Fractura de fíbula + (sinovite)                                     |   |   | Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |
| Relatório Imediato do Patologista   | Anatomia / Sítios de lesões<br>- uníngua                            |   |   |   |
| Acidente Durante a Operação   | Socorro feito cirurgião<br>mosca bauson na ferida aberta -<br>tumor |   |   |   |
| DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO<br>(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)   |   |   |   |   |
| 1) Acesso<br>2) Anestesia (anestesia local)<br>3) Acesso profundo de fáscia<br>4) Relevo de tecido ósseo c/ DCS 95°/1<br>e perfurador<br>5) Hémosis com imobilização<br>6) Suturas<br>7) Convergência óssea (lesão PI fíbula - fissura) |   |   |   |   |



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 06/09/16

|   |                       |                                    |
|---|-----------------------|------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Francisco Mathe Anipel</u>   |                       | PRONTUÁRIO Nº: <u>4118422</u>      |
| DIAGNÓSTICO:                                      | CIRURGIA:             |                                    |
| ANESTESIA: <u>Raque</u>                           | Nº DA SALA: <u>05</u> | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>OPVAT |
| CIRURGIAO: <u>Dr. Raul</u>                        | CPF Nº:               | CONTÉUDO NÃO VERIFICADO            |
| AUXILIAR: <u>Dr. Frederico Alujo Leite</u>        | CPF Nº:               |                                    |
| ANESTESIA: <u>Dr. Fabiano</u>                     | CPF Nº:               | 01 DEZ. 2016                       |
| INSTRUMENTADORA: <u>Dr. Frederico Alujo Leite</u> | CPF Nº:               | Gente Seguradora S.A.              |
|   | CPF Nº:               | Rua Felix Pacheco, 200B Loja 104   |
|   |                       | Centro - CEP 64001-160             |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO            | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|--------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. |        |       | LÂMINA DE BISTURI Nº 24  | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. |        |       | LUVA Nº 7,5              | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. |        |       | LUVA Nº 8,0              | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. |        |       | LUVA DE PROCEDIMENTO     | PAR    | 15     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 50     |       | PVPI DE GERMANTE         | ML     | 200    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | 1      |       | PVPI TÓPICO              | ML     | 100    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 1      |       | PVPI TINTURA             | ML     | 1      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 05     |       | SERINGA 20CC             | UNID.  | 1      |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC             | UNID.  | 01     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 40     |       | SERINGA 5CC              | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | 1      |       | SERINGA 3CC              | UNID.  | 1      |       |
| FORMOL                  | ML    | 1      |       | SORO FISIOLÓGICO         | FRASCO | 01     |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL            | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº                | UNID. | 01     |       | Cateter p/ ox            | UND    | 04     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA               | UND    | 02     |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       | Crepom                   | UND    |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       | Dreno de Succotorz 2 und | UND    | 01     |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                          |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                          |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                          |        |        |       |
| MONONYLON               | 3.0   | 04     |       |                          |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:              |        |        |       |
| VICRYL                  | 0     | 04     |       | CIRCULANTE:              |        |        |       |
| PROLÉNE                 |       |        |       |                          |        |        |       |

## HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Celso Tito, 1820 - Redenção - Fone: 063 3229 4072  
 TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA** (Prontuário: 418422)

Endereço: AV. HORACIO RIBEIRO N5424 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64069-990

Nascimento: 16/10/1972 Idade: 43a. 11m. 18d. Sexo: Feminino Organ: URGENCIA/EMERG Atendimento: 567050

Requisition: 672271 Solicitação: 03/09/2016 Solicitante: MARCO ANTONIO AYRES CORREA LIMA

Controle: 840394 Convênio: SUS

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 03/09/2016

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE OSSEAS CONSERVADAS.
- SITIOS MAXILARES, FRONTAIS E SÍNOS ESFENOIDAL COM TRANSPARENCIA NORMAL.
- CELULAS ETMOIDIAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDIAIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOPARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT  |
| CONTÉUDO NÃO VERIFICADO   |
| 01 DEZ. 2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |

TERESINA - PI 03/09/2016

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Professional Responsável

  
 Dr. Joelso Moreira  
 M.D.



HOSPITAL DE URGENCIA DA TERRA SANTA - HUT  
Av. Dr. Velloso 5670 - Bixiga - Fone: 32-1023-4872  
CORREIO-17-059- 54617-174 - CICB: 32-442 513/0072-02

LAUDO MÉDICO

Pedreiro FRANCISCO MARIA CAMPELO DA SILVA (Fronteira: 418402)   
 Endereço AV MORADIA FESTRO nº424 - CENTRO - PORESMA - RJ CEP: 34059-250  
 Telefone: 15400272 - Telefone: 4321111168 End: Pedreiro Oficial: URGENCIA/ABERTO Atendimento: 667060  
 RG: 672074 Solataria: MARCO ANTONIO AVRES CORPBA LIMA  
 Cndtato: 641027 Cndtato: 500

PER ATTIVITÀ

2018 Reg. 075-080072

Java Examples & Codes

### MEMBRO INFERIOR

O estudo radiológico no membro inferior direito foi realizado nas incidências em palpari. Os achados apresentam alterações:

100 21

- Fratura completa transversa na porção distal do fêmur
  - Superfícies e escares articolares integros
  - Aumento de volume das partes moles

2.  $\frac{1}{2} \log \frac{1}{1-x}$

- Estrutura dessas conservação.
  - Superfícies e espaços articolares (integros).
  - Partes ósseas sem alterações.

10230-10237

TERESA - 2023-08-2020

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**

CONTUDO NAO VERIFICADO

0.1 0E7 2016

**Gente Seguradora S.A.**  
Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

JOELSON OUVERBA MURABBA

CRM 335.045.675-30 CRM 235.8  
Professional 888-955-4781



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT  
Av. Dr. Otávio Viana 1200 - Bairro: Centro - Zip 64000-000  
TERESINA-PI CEP: 64001-000 CNPJ: 03.921.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: FRANCINCA MARIA CRISTELO DA SILVA (Fronteira/CE 418422)  
Endereço: AV. VILA DA PRAIA 1200 - CENTRO - TERESINA - P. CEP 64009-999  
Nascimento: 06/01/1972 - Idade: 43 anos fêmea Sexo: Feminino Origem: URGENCIA/EMERG. Aleitamento: 667039  
Profissão: Aposentada. Acometida: Vítima de MUNDO ANTÔNIO AYRES CORRÊA LIMA.  
CPF: 640400 - Documento: 800 3

### RELATÓRIO:

Cod. SA: 000000000000

Data Exame: 03/09/2016

## COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perf., as seguintes alterações foram observadas:

- Curvos e arcos vertebrais anatômicos
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações de Lér-Vertebrais e Intervertebrais sem alterações

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>OPVAT  |
| CONTÉUDO NÃO VERIFICADO   |
| 01 DEZ. 2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 200B Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |

COLUNA LUMBAR: Áreas normais.

(FAT: 000000)

TERESINA - PI 03/09/2016

JOCELSON OLIVEIRA MOREIRA  
CPF: 085.000.000-00 CRM 2663  
Responsável, Responsável

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT  
Av. Dr. Otávio Ribeiro 1600 - Edson Costa - CEP: 64000-400  
TERESINA-PI CEP: 64010-770 CNPJ: 03.522.211/0002-00

## LAUDO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO MARIA CAMPELO DA SILVA (Prontuário: 410622)  
Endereço: AV. FRANCISCO RIBEIRO 1600 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64000-400  
Nascimento: 15/10/1929 Idade: 48 Anos Gênero: Masculino  
Sexo: Feminino Unidade: URGENCIA/EMERG. Atendimento: 667000  
Residência: 572276 Sociedade: na rota 2015 Assistente: MARCOS ANTONIO AYRES CORREIA LIMA  
Comunidade: 340824 Convênio: S D S

### RELATÓRIO:

CIV 34.0204050111

Data Exame: 03/09/2016

### PELVE SIMPLES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

01 DEZ. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2000 Lote 104  
Centro - CEP 64001-160

O ESTUDO RADIOLOGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDENCIAS EM AP.

OS SEGUINDES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- RETRUTURA OSTEICA CONSERVADA
- AS ARTICULACOES COXO - FEMURAL, SACRO ILIACAS E SINFISE PUBIANA TINHAM CONSTITUICAO NORMAL.

PARTES MOLES SEM ALTERACOES.

CONCLUSAO: EXAME NORMAL

JOAO ANTONIO

TERESINA - PI 03/09/2016

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA  
CEP: 385.020.000-521 CRM 2353  
Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Av. Dr. Otávio Tavares 1820 - Redenção - Fone: (86) 3226-4272  
CEP: 64097-020 CEP: 64017-770 CNPJ: 06.312.817/0002-32

Page 1 of 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: FERNANDA MARIA CAMPELO DA SILVA (Fronteira: 446422)  
Endereço: AV MORANDO Ribeiro 66414 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64009-380  
Nascimento: 06/01/1972 - 03/01/1972 - Sexo: Feminino - Cidade: URGÊNCIA-EMERG. Atendimento: 667061  
Profissão: 670475 - Motorista de caminhão - Supervisor: MÁRCIO ANTONIO AYRES CORRÉA LIMA  
UF: PI - 640388 - Cidade: PI - SUE

### RELATÓRIO:

Ref. N°: 0004038070

#### TO RAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência P.A.  
As seguintes associações foram observadas:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL
- SULOS CONTOFRÉNIODOS LIVRES, NADAFETIVOS SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HÍGOS DE ASPECTO ANATOMICO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 DEZ. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-100

Data Exame: 03/08/2016

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(Assinatura)

TERESINA - PI - 03/08/2016

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA  
CPF: 355 029 606-30 - SEM EMISS  
Profissão: - Especialidade:

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Octo Sito 1020, Edesão - Fone: 86 3224 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.622.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA** (Prontuário: 418422)  
 Endereço: AV HORACIO RIBEIRO N5424 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
 Nascimento: 16/10/1972 Idade: 43a:11m:18d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 567050  
 Requisição: 672272 Solicitação: 03/09/2016 Solicitante: MARCO ANTONIO AYRES CORREA LIMA  
 Controle: 840396 Convênio: SUS

## RELATÓRIO:

Cod. STA 0206010079

Data Exame: 03/09/2016

TC DE CRANIO

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

## RELATÓRIO:

- EDÉMA/HEMATOMA SUBGALBAL FRONTO-ORBITÁRIO À ESQUERDA.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- ABSÉNCIA DE COLEGAZ EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRÍCULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SUICOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- ABSÉNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATHOLÓGICAS.

(JOÃO ANTONIO)

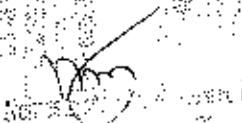
|                                 |
|---------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS       |
| OPVAT                           |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO         |
| 01 DEZ. 2016                    |
| Gente Seguradora S.A.           |
| Rua Feliz Pacheco 2490 Loja 104 |
| Centro - CEP 64001-160          |

TERESINA - PI 03/09/2016

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional responsável



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Octo Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4572  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA** (Prontuário: 418422)

Endereço: AV. HORACIO RIBEIRO N6424 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64069-990

Nascimento: 16/10/1972 Idade: 43a. 11m. 18d. Sexo: Feminino Origem: URGENCIA/EMERG Atendimento: 567060

Requisição: 672273 Solicitação: 03/09/2016

Controle: 840396 Convênio: S U'S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 03/09/2016

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO,  
MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE OSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICIAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATOMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS INTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR OSSEO COM DIMENSÕES ANATOMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

JOAO ANTONIO

|  |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT   |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  |
| 01 DEZ. 2016   |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felx Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 64031-160 |

TERESINA - PI 03/09/2016

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2363

Profissional Responsável

  
Joelson Oliveira Moreira



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 66 3229 4372  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.010/0022-02

## LAUDO MEDICO

Paciente: **FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA** (Prontuário: 418422)  
 Endereço: AV HORACIO RIBEIRO N5424 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
 Nascimento: 16/10/1972 Idade: 43a:11m:18d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 567050  
 Requisição: 872275 Solicitação: 03/09/2016 Solicitante: MARCO ANTONIO AYRES CORREA LIMA  
 Controle: 840398 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 03/09/2016

### TORAX PA

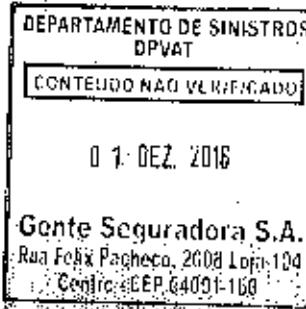
O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/09/2016



**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otávio Mallo 1320 - Redenção - Fones: 66 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA** (Prontuário: 418422)

Endereço: AV. HORACIO RIBEIRO N5424 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64069-990

Nascimento: 16/10/1972 Idade: 43a 11m 18d Sexo: Feminino Origem: URGENCIA/EMERG Atendimento: 567050

Requisição: 672275 Solicitado: 03/09/2016 Solicitante: MARCO ANTONIO AXRES CORREIA LIMA

Controle: 840389 Convênio: SUS

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 03/09/2016

**PELVE SIMPLES**

O ESTUDO RADOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.

- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS, SACRO ILÍACAS E SÍNFESE PÚBLIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.

- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO:

EXAME NORMAL

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/09/2016

|  |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS  |
| OPVAT  |
| CONTÉNUO NÃO VERIFICADO  |
| 01 DEZ. 2016   |
| Gento Seguradora S.A.<br>Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP: 64001-160 |

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2363  
 Profissional Responsável

2016-09-03  
 03/09/2016

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Zilio 1920 - Redenção - Hotel: 06 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-070 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**Paciente: **FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA** (Prontuário: 418422)

Endereço: AV: HORACIO RIBEIRO N5424 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64069-990

Nascimento: 16/10/1972 Idade: 43a:11m:18d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 567050

Requisição: 672274 Solicitação: 03/09/2016 Solicitante: MARCO ANTONIO AYRES CORREA LIMA

Controle: 840397 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 03/09/2016

**MEMBRO INFERIOR**

O estudo radiológico do membro inferior direito foi realizado nas incidências em pa/péfil.

Os seguintes aspectos observados:

## 1) COXA

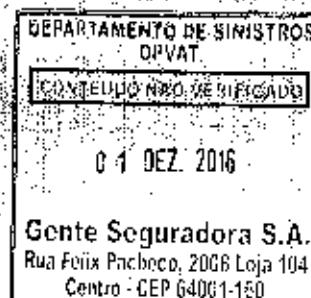
- Fratura completa transversa na porção distal do fêmur.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume das partes moles.

## 2) PERNAS

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

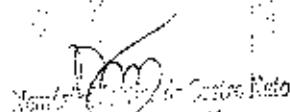
(JOÃO ANTONÍO:

TERESINA - PI 03/09/2016

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável





## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Octávio Tito 1823 - Redenção - Fone: 083 3229 4872  
TERESINA - PI CEP: 64001-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MEDICO

Paciente: **FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA** (Prontuário: 418422)

Endereço: AV HORACIO RIBEIRO N5424 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64069-990

Nascimento: 16/10/1972 Idade: 43a 11m 18d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 567050

Requisição: 672275 Solicitação: 03/09/2016

Solicitante: MARCO ANTONIO AYRES CORREA LIMA

Controle: 840400 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 03/09/2016

### COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações uncocervicais e interapofisárias sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/09/2016

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

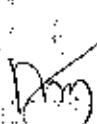
CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



01 DEZ. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2058 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

  
Assinatura: *João Veto*



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua 45, Célio Tito 1820 - Redenção - Pous. 66 3229-1572  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ. 06.522.511/0001-32

## LAUDO MÉDICO

|             |  |                          |  |
|-------------|--|--------------------------|--|
| Paciente:   | <b>FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA</b> (Prontuário: 418422)     |                          |  |
| Endereço:   | AV HORACIO RIBEIRO N5424 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64069-990 |                          |  |
| Nascimento: | 16/10/1972   | Idade: 43a:11m:21d       | Sexo: Feminino                         |
| Requisição: | 673147   | Solicitação: 06/09/2016  | Origem: INTERNAÇÃO                     |
| Controle:   | 841435   | Convênio: S U S          | Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO |
|             |  | CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 | Atendimento: 171871                    |
|             |  | ENFERMARIA 237           | EXTRA 002                              |

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

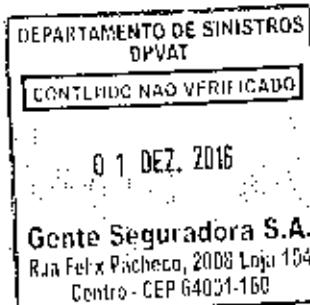
Data Exame: 06/09/2016

#### T.C. DE FEMUR - DIREITO

PARAFUSOS CIRÚRGICOS DE FIXAÇÃO METÁLICA EXTERNA EM DIÁFISE DO FÉMUR.  
 - MÚLTIPLAS FRATURAS EM REGIÃO DISTAL DO FÉMUR ENVOLVENDO SEUS CÓNDILOS E REGIÃO SUPRACONDILAR, ASSOCIADA A DESALINHAMENTO E FRAGMENTOS ÓSSEOS EM PARTES MOLES ADJACENTES.

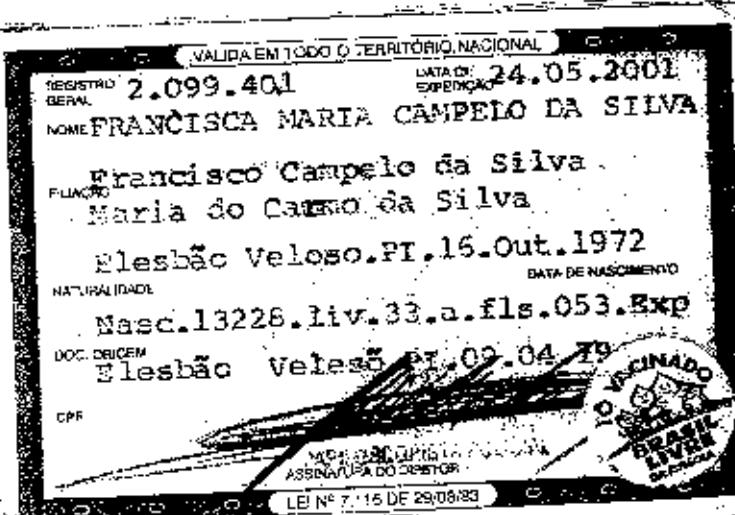
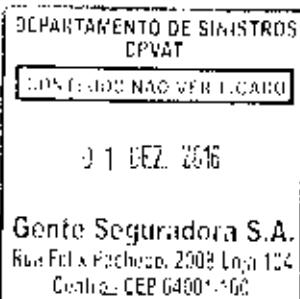
(JORGE ALVES D)

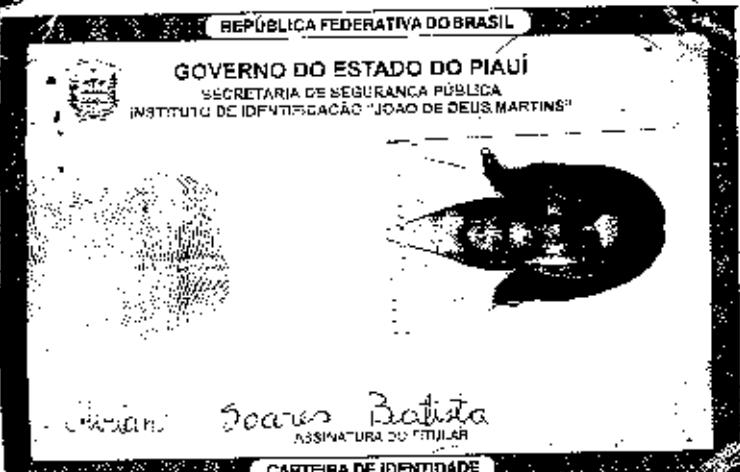
TERESINA - PI 06/09/2016

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 690.717.783-04 CRM 3608 PI

Profissional Responsável





|  |   |                                     |  |
|--|---|-------------------------------------|--|
|  |   | VALIDADE TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |  |
| REGISTRO<br>GERAL                                      | 3.178.369                               | DATA DE<br>EXPEDIÇÃO<br>15/05/08    |  |
| NOME<br><b>MIRIANE SOARES BATISTA</b>                  |   |                                     |  |
| FILIAÇÃO   |   |                                     |  |
| NELLE ROZE SOARES MARQUES<br>EDVANDO MARQUES BATISTA   |   |                                     |  |
| NATURALIDADE<br><b>CRATEUS-CE</b>                      | DATA DE NASCIMENTO<br><b>02/08/1994</b> |                                     |  |
| DOC. ORIGEM<br><b>CERT. NASC. 138 L A. ESPEC. F 35</b> |   |                                     |  |
| EXP NOVO ORIENTE-CE 17/03/96                           |   |                                     |  |
| CPF<br><b>062.000-0000-0000</b>                        |   |                                     |  |
| RESIDINA - PI  |   |                                     |  |
| ASSINATURA (DELEGADO/DEPARTAMENTO)                     |   |                                     |  |

BRASIL  
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

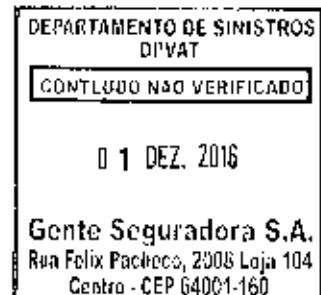
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 059.497.753-33

Nome da Pessoa Física: **MIRIANE SOARES BATISTA**

Data de Nascimento: **02/08/1994**

Situação Cadastral: **REGULAR**



Data da Inscrição: **16/07/2010**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:40:34** do dia **11/11/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **2BB7.E816.AB20.BBD8**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFaautentic.asp](http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFaautentic.asp)  
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaPublicaExibir.asp>)

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA** Sinistro: **3160718016** Data: **03/09/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **AV HORACIO RIBEIRO, 5424 - CAMPESTRE - Teresina - PI - CEP 64053-650**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ ELESBÃO VELOSO/PI ] 2099401**

Data local do exame: **[ 22/02/2017 ] Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA DE FÉMUR DISTAL DIREITO. PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO; APRESENTA CICATRIZ EM FACE LATERAL DISTAL DA COXA DIREITA COM EDEMA LOCAL(+/4+); ADM DE JOELHO DIREITO: EXTENSÃO 10º; FLEXÃO 80º; FORÇA MUSCULAR DE JOELHO DIREITO GRAU 4**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**PACIENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÉMUR DISTAL EM JOELHO DIREITO EM 06/09/2016; EVOLUIU COM DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO; REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA, MAS PERSISTIU COM DEFÍCIT;**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [  ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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)

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):  
**JOELHO DIREITO**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **03/09/2016** foi socorrida pelo SAMU Sra. **Francisca Maria Campelo da Silva** vítima de acidente de trânsito tendo sido removida para o Hospital de Urgência de Teresina - HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando a data do acidente da mesma em **03/08/2016** ao invés **03/09/2016**

Teresina, 26 de Outubro de 2016.

*Marcelo Araújo Benício*  
P/ **Marcelo Araújo Benício**  
Diretor do SAMU – THE

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS   |
| DPVAT   |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO   |
| 19 DEZ. 2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS   |
| DPVAT   |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO   |
| 19 DEZ. 2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |

|  |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS  |
| DPVAT  |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  |
| 19 DEZ. 2016   |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |

28



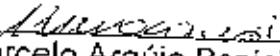


Automação Documental

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **03/09/2016** foi socorrida pelo SAMU Sra. **Francisca Maria Campelo da Silva** vítima de acidente de trânsito tendo sido removida para o Hospital de Urgência de Teresina - HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando a data do acidente da mesma em **03/08/2016** ao invés **03/09/2016**

Teresina, 26 de Outubro de 2016.

  
P/ **Marcelo Araújo Benício**  
Diretor do SAMU – THE

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT  |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO   |
| 09 JUN 2017   |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-150 |



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160718016      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCA MARIA CAMPELO DA      **Data do acidente:** 03/09/2016      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
SILVA

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

**Data da análise:** 01/02/2017

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE E FRATURA DE FÉMUR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS.

## DANOS

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

## PRESTADOR

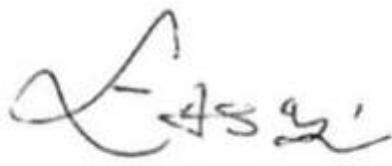
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160718016      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCA MARIA CAMPELO DA      **Data do acidente:** 03/09/2016      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO; APRESENTA CICATRIZ EM FACE LATERAL DISTAL DA COXA DIREITA COM EDEMA LOCAL(+/4+); ADM DE JOELHO DIREITO: EXTENSÃO 10°; FLEXÃO 80°; FORÇA MUSCULAR DE JOELHO DIREITO GRAU 4.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL EM JOELHO DIREITO EM 06/09/2016; EVOLUIU COM DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO; REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA, MAS PERSISTIU COM DEFICIT.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do joelho direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/02/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau intenso do joelho devido à limitação grave da flexo-extensão (80 e 10 graus).  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Adriel Herbert de Castro Leao

**CRM do médico:** 3888

**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 joelho | 25 %   | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%         | R\$ 2.531,25          |
| <b>Total</b>                              |  |  | <b>18,75 %</b> | <b>R\$ 2.531,25</b>   |

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**





Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10146260

A/C: FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA

**Sinistro:** 3160718016 ASL-1177945/16  
**Vitima:** FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA  
**Data Acidente:** 03/09/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MIRIANE SOARES BATISTA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2016

Carta n°: 10150265

A/C: FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA

**Sinistro:** 3160718016 ASL-1177945/16  
**Vitima:** FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA  
**Data Acidente:** 03/09/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MIRIANE SOARES BATISTA

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **01/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na GENTE SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10282260

A/C: FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160718016 ASL-1177945/16**

**Vitima: FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA**

**Data Acidente: 03/09/2016**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador: MIRIANE SOARES BATISTA**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **19/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10371283

A/C: FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160718016 ASL-1177945/16**

**Vitima: FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA**

**Data Acidente: 03/09/2016**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador: MIRIANE SOARES BATISTA**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **09/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10442505

A/C: FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA

**Sinistro:** 3160718016 ASL-1177945/16  
**Vítima:** FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA  
**Data Acidente:** 03/09/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MIRIANE SOARES BATISTA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

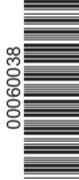
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2017

Carta n°: 10633123

A/C: FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA

**Sinistro:** 3160718016 ASL-1177945/16  
**Vitima:** FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA  
**Data Acidente:** 03/09/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MIRIANE SOARES BATISTA

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado:** FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA

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

**Banco:** 104

**Agência:** 000003829

**Conta:** 000004574-5

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                         |     |                 |
|-------------------------|-----|-----------------|
| <b>Multa:</b>           | R\$ | 0,00            |
| <b>Juros:</b>           | R\$ | 0,00            |
| <b>Total creditado:</b> | R\$ | <b>2.531,25</b> |

**Dano Pessoal:** Perda completa da mobilidade de um joelho 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**

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003470/2016-69

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 19/09/2016 - 13:41

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

320591

Data/Hora

03/09/2016 - 16:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ZEQUINHA FREIRE, Nº:

Complemento

Bairro

PLANALTO URUGUAI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 DEZ. 2016

Ponto de Referência

COMERCIAL CARVALHO

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOSÉ LEOMAR GUIMARÃES ALVES

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante

RG: 09863944 PI

Endereço: RUA SALTO, Nº 7460

Bairro: PEDRA MOLE

Cidade: TERESINA

Nome: FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA (43 ANOS)

Tipo Envolv.: VÍTIMA

RG: 2099401 SSP PI

Mãe: MARIA DO CARMO DA SILVA

Endereço: RUA SALTO, Nº 7460

Bairro: PEDRA MOLE

Cidade: TERESINA

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/POP 110I, COR BRANCA, PLACA PIV-2372-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO COLIDIU COM UM AUTOMÓVEL, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE INVADIU SUA PREFERENCIAL; QUE, SUA ESPOSA SE ENCONTRAVA COMO PASSAGEIRA DESTA MOTO E SOFREU LESÃO CORPORAL SENDO SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 418422). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima  
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629  
AGENTE DE POLÍCIA

José Leomar Guimaraes Alves  
José Leomar Guimaraes Alves - Noticiante  
Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES

Delegado de Polícia



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.003470/2016-69

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francielede Lima Cordeiro

Data/Hora: 19/09/2016 - 13:41

|   |   |   |
|---|---|---|
| Unidade Policial Responsável<br>DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO | 320593                                    | Data/Hora<br>09/09/2016 - 16:00                               |
| Tipo Local<br>VIA PÚBLICA   | Bairro<br>PLANALTO URUGUAI                | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| Município<br>TERESINA   | Ponto de Referência<br>COMERCIAL CARVALHO | 01/02/2016  |
| Endereço<br>AV. ZEQUINHA FREIRE, N°:  |   | Gente Seguradora S.A.<br>Av. Felix Pacheco, 2006 Loja 104     |
| Complemento   |   |   |

Nome: JOSÉ LEOMAR GUIMARÃES ALVES  
RG: 09853944-PI  
Endereço: RUA SALTO, N° 7460  
Bairro: PEDRA MOLE  
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante

Nome: FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA (43 ANOS)  
RG: 2098401 SSP PI  
Mae: MARIA DO CARMO DA SILVA  
Endereço: RUA SALTO, N° 7460  
Bairro: PEDRA MOLE  
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA

Natureza(s) da Ocorrência

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

O NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/POP 110I, COR BRANCA, PLACA PIV-2372-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO COLIDIU COM UM AUTOMÓVEL, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE INVADIU SUA PREFERENCIAL; QUE, SUA ESPOSA SE ENCONTRAVA COMO PÁSSAGEIRA DESTA MOTO E SOFREU LESÃO CORPORAL SENDO SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT. (PRONTUÁRIO 418422). INFORMAÇÕES PRÉSTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

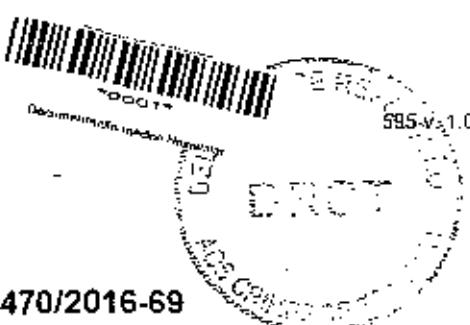
Francielede Lima  
Francielede Lima Cordeiro - Mat. 1945629  
AGENTE DE POLÍCIA

*José Leomar Guimaraes Alves*  
JOSE LEOMAR GUIMARÃES ALVES - Noticiante  
Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES  
Delegado da Polícia



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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.003470/2016-69

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 19/09/2016 - 13:41

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

03/09/2016 - 16:00

Local

VIA PÚBLICA Prazeres, a data constante no Bo

Município está correta. Houve um acidente no Bairro

TERESINA Vizinho Poco Poco, do SAMU mas PLANALTO URUGUAI

Endereço Acre foi retificada por meio de

AV. ZEQUINHA FREIRE, Nº 1000 declaração, que

Complemento está em anexo Ponto de Referência

está em anexo

COMERCIAL CARVALHO

Ass: Henrique Souza  
Oliveira

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ LEOMAR GUIMARÃES ALVES

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante

RG: 09853944 PI

Endereço: RUA SALTO, Nº 7460

Bairro: PEDRA MOLE

Cidade: TERESINA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 JAN. 2017

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

### RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA POP 110, COR BRANCA, PLACA PIV-2372-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO COLIDIU COM UM AUTOMÓVEL, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE INVADIU SUA PREFERENCIAL; QUE, SUA ESPOSA SE ENCONTRAVA COMO PASSAGEIRA DESTA MOTO E SOFREU LESÃO CORPORAL SENDO SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 418422). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629

AGENTE DE POLÍCIA

JOSE LEOMAR GUIMARÃES ALVES - Noticiante  
Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES

Delegado de Polícia

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Francisca Maria Campelo da Silva, portador da carteira de identidade nº 2.009.405 e inscrito no CPF/MF sob o nº 080.935.468-72, residente e domiciliado na Av. Henrique Honório, 5000 - Centro, Cidade Teresina, Estado PI, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT  |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO   |
| 01 DEZ. 2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |

Francisca Maria Campelo da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Teresina-PI 08-11-2016

Local e data

|                          |   |  |  |   |   |  |
|--------------------------|---|--|--|---|---|--|
| Dados do Chamado         | 01 N°. do chamado<br><b>372</b>   | 02 Data do chamado<br><b>03 10 181/16</b>  | 03 PRO (código)<br><b>2102</b>   | 04 Saída do PA<br><b>16 111</b>   | 05 Chegada ao local<br><b>16 135</b>  |  |
|                          | 06 Saída do local<br><b>16 156</b>  | 07 Chegada ao 1º. hospital<br><b>16 141</b>  | 08 Saída do 1º. hospital   | 09 Chegada ao 2º. hospital  |   |  |
| Local da Ocorrência      | 10 Endereço<br><b>01 Vila das</b><br><b>pr. Costa Lourdes</b>   |  | 11 Bairro  | 12 Município-UF   | Código IBGE   |  |
|                          | 13 Ponto de referência  |  |  |   |   |  |
| Dados do Paciente        | 14 Nome<br><b>Fátima Campos da Silva</b>  |  | 15 Sexo<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino<br><input type="checkbox"/> 2 - Feminino<br><input type="checkbox"/> 9 - Ignorado   |   |   |  |
|                          | 16 Idade<br><input type="checkbox"/> 1 - Dia<br><input type="checkbox"/> 2 - Mes<br><input type="checkbox"/> 3 - Ano<br><input type="checkbox"/> 9 - Ignorado   | Se idade ignorada, preencha com 999  | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?<br>1 - Sim<br><input type="checkbox"/> 2 - Não<br><input type="checkbox"/> 9 - Ignorado   | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT<br><b>01 DEZ. 2016</b>   |   |  |
| Local de Ocorrência      | 18 Tipo de ocorrência<br>01 - Acidente de transporte<br>02 - Agressão física-espacamento<br>03 - Agressão física-FAF<br>04 - Agressão física-FAB<br>05 - Urgência psiquiátrica  |  | 06 - Tentativa de suicídio<br>07 - Envenenamento<br>08 - Afogamento<br>09 - Queimadura<br>10 - Choque elétrico   | 11 - Queda<br>12 - Urgência clínica<br>13 - Urgência obstétrica<br>14 - Transferência<br>15 - Exames complementares   | 16 - Outros<br>17 - Já removido<br>18 - Falso chamado   |  |
| Acidente de Transporte   | 19 Vítima<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado   | 20 Meio de locomoção<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta<br><input type="checkbox"/> 5 - Ônibus/Micro-ônibus<br><input type="checkbox"/> 6 - Outro<br><input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 21 Outra parte envolvida<br><input type="checkbox"/> 1 - Automóvel<br><input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta<br><input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus<br><input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta<br><input type="checkbox"/> 5 - Objeto fixo<br><input type="checkbox"/> 6 - Animal<br><input type="checkbox"/> 7 - Outra<br><input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | 22 Equipamento de<br>segurança<br><input type="checkbox"/> Capacete<br><input type="checkbox"/> Cinto de segurança<br><input type="checkbox"/> Assento para criança | Rua Felix Pacheco, 2008, Laje 100<br>04001-100  |  |
| Exame Físico             | 23 Glasgow = <b>15</b>  | RESPOSTA VERBAL<br>ABERTURA OCULAR<br>4-Espontânea<br>3-À voz<br>2-À dor<br>1-Nenhuma  | RESPOSTA MOTORA<br>6-Obedece a comandos<br>5-Localiza dor<br>4-Movimento de retirada<br>3-Flexão anormal<br>2-Extensão anormal<br>1-Nenhum   | 24 Sinais Vitais<br>Pulso _____<br>Resp. _____<br>PA _____<br>TAX. _____<br>Sat02 _____   | 25 Local da lesão<br>   |  |
|                          | 26 Pupilas<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Igualas<br><input type="checkbox"/> 2 - Desiguais   | 27 P脉<br>Radial <input type="checkbox"/><br>Central <input type="checkbox"/><br>1 - Cheio<br>2 - Fino<br>3 - Ausente   | 28 Sangramento<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim<br><input type="checkbox"/> 2 - Não  | 29 Dor <b>5</b><br>0 Leve<br>3 Moderada<br>7 Intensa<br>Sam Dor   | 30 Fratura 1 - Sim<br><input type="checkbox"/> Exposta<br><input type="checkbox"/> Fechada<br>2 - Não<br>3 - Suspeito <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Assistência              | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)<br><input type="checkbox"/> Aspiração<br><input type="checkbox"/> Oxigênio<br><input type="checkbox"/> Curativos<br><input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta<br><input checked="" type="checkbox"/> Calor corvão<br><input checked="" type="checkbox"/> Kred<br><input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades<br><input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar<br><input type="checkbox"/> Assistência obstétrica<br>Glicemia<br>Acesso Venoso<br>Medicamentos a)<br>b)<br>c) |  |  |   |   |  |
| Hospital de Destino      | 32 Hospital de Destino<br><b>HUT</b><br><input type="checkbox"/> Não Removido   |  |  |   |   |  |
| Quais vacinas Interessam | 33 Condições de entrada<br>1-Melhorado<br>2-Piorado<br>3-Inalterado   |  |  |   |   |  |
|                          | 34 Óbito<br>1-Sim<br><input type="checkbox"/> Antes do socorro<br><input type="checkbox"/> Antes do transporte<br><input type="checkbox"/> Durante o transporte   |  |  |   |   |  |
|                          | <p><i>Pata vítima de acidente de trânsito com fratura no joelho direito.</i></p> <p><i>Samuel de Souza de Oliveira</i><br/><i>01/01/2016</i><br/><i>01/01/2016</i><br/><i>01/01/2016</i></p>  |  |  |   |   |  |
|                          | <p><i>Socorristas</i></p>   |  |  |   |   |  |



Pătrăuțiu de accident de transit conștient manifestă  
sălăjienă em. 2012 și supradre d. Institut em.  
Balint Em. 2012.

✓ Yes  No



41  
45j

|                                   |   |                            |                                     |   |
|-----------------------------------|---|----------------------------|-------------------------------------|---|
| 1 - Nome                          | <u>Fábio da Cunha da Silva</u>                    |                            | 15 - Sexo                           | 1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>3 - Ignoto/Outro |
| 2 - Sexo                          | 1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>3 - Ignoto/Outro | 3 - Idade                  | Se idade ignorada, preenche com 999 | 16 - Indícios de ingestão de bebida alcoólica?    |
| 4 - Idade                         | 1 - Ignorado                                      | 5 - Data                   | 1 - Sim<br>2 - Não                  | 17 - INDICATORES DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA? |
| 6 - Local de ocorrência           | 18 - CONTROLE NÃO VERIFICADO                      |                            |                                     |   |
| 7 - Agressão via transporte       | 66 - Tentativa de suicídio                        | 11 - Queda                 | 16 - Outros                         | 09 JAN. 2017                                      |
| 02 - Agressão física-espancamento | 07 - Envenenamento                                | 12 - Urgência clínica      |                                     |   |
| 03 - Agressão física-FAF          | 08 - Afogamento                                   | 13 - Urgência obstétrica   | 17 - Já removido                    |   |
| 04 - Agressão física-FAB          | 09 - Queimaatura                                  | 14 - Transferência         | 18 - Falso alarme                   |   |
| 05 - Urgência psiquiátrica        | 10 - Choque elétrico                              | 15 - Exames complementares | 19 - Contato com seguradora S.A.    |   |
| 20 - Meio de locomoção            | Rua Felix Pachata, 2000-000-100                   |                            |                                     |   |
| 1 - Peão                          | 1 - A pé  | 5 - Ônibus/Micro-ônibus    | 21 - Outra parte envolvida          | 22 - Agente de TIPE 000-000-100                   |
| 2 - Condutor                      | 2 - Automóvel                                     | 6 - Outro                  | 1 - Automóvel                       | 3 - Segurança                                     |
| 3 - Passageiro                    | 3 - Motocicleta                                   | 7 - Ignorado               | 2 - Motocicleta                     | 4 - Capacete                                      |
| 4 - Ignorado                      | 4 - Bicicleta                                     | 8 - Ignorado               | 3 - Ônibus/Micro-ônibus             | 5 - Arreios                                       |
| 9 - Ignorado                      |   |                            | 4 - Bicicleta                       | 6 - Animal  |
|                                   |   |                            | 5 - Objeto fixo                     | 7 - Outra   |
|                                   |   |                            | 6 - Ignorado                        | 8 - Ignorado                                      |

|   |   |   |                    |
|---|---|---|--------------------|
| 28 Glasgow = <input checked="" type="checkbox"/>                                      | RESPOSTA VERBAL   | RESPOSTA MOTORA   | 24 Sinais Vizinhos |
| ABERTURA OCULAR   | 5-Orientada   | 5-Obedeça a comandos  | Pulso _____        |
| 4-Responde  | 4-Confusa   | 5-Localiza dor  | Resp. _____        |
| 3-À voz   | 3-Palavras inapropriadas  | 4-Movimento de retirada   | PA _____           |
| 2-À dor   | 2-Palavras incompreensíveis   | 3-Flexão enorme   | TAX. _____         |
| 1-Nenhuma   | 1-Nenhuma   | 2-Extensão anormal  | Sat02 _____        |
| 5- Fruções  | 29 Dor <input checked="" type="checkbox"/>  | ESCALA DE DOR DE 0 A 10   |                    |
| 1 - Igual 2 - Desiguais   | <input type="checkbox"/> Sem Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> 10 |   |                    |
| 27 Pulsos Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> |   |   |                    |
| 1 - Cílico 2 - Fino 3 - Ausente   |   |   |                    |
| 31 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/>                                    | 30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada  | 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input checked="" type="checkbox"/> |                    |
| 1 - Sim 2 - Não   |   |   |                    |
| 34 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)   |   | Glicemia _____  |                    |

|                            |  |                                      |       |       |
|----------------------------|--|--------------------------------------|-------|-------|
| 32-Hospitais de Destino    | <input checked="" type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)                             | <input type="checkbox"/> Não Retirar |       |       |
| 33-Orientações de entidade | <input checked="" type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> d) | 34-Óbito                             | 1-Sim | 2-Não |

Este situat de sud-est de localitatea conformat vîntului  
previzionat pe 2000 m. altitudine, a rezultat din  
căderea unor precipitații.

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

BOCE

## DADOS DO PACIENTE:

|  |                                 |                |
|--|---------------------------------|----------------|
| Nome: FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA                                     |                                 | Prontuário: 6  |
| Mae: MARIA DO CARMO DA SILVA   | Fai: FRANCISCO CAMPELO DA SILVA |                |
| Resid.: AV HORACIO RIBEIRO N5424 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64069-993 |                                 |                |
| Nascimento: 16/10/1972   | Idade: 43:11m:18d               | Sexo: FEMININO |
| Responsável: JOSE LEONAR   |                                 |                |
| Profissão: Doméstica   | CNS: 70300734811111             |                |
| G. Instrução: Fundamental Incompleto                                       | Documento:                      |                |
| End. Local.: -   | E.Civil: Casado(a)              |                |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| Código: 567050  | Data: 03/09/2016 16:51:27                           | Condução: AMBULÂNCIA DO SPSC     |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)                                     |   | Convênio:                        |
| Acid. Trab.: Não  | Acid. Trajeto: Não                                  | CID Secundário:                  |
| Acid. Trab. Típico: Não   |   |                                  |
| DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  |   |                                  |
| Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR   | Evento Principal: Mecanismo do trauma significativo | Destino: CIRURGIÃO GERAL         |
| Resumo Histórico: ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO COM CARRO, REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA, COM PERITEMTO EM FACE |   | Classificação: Laranja           |
|   |   | Profissional Clas. Risco:        |
|   |   | LEONICIA MARTA CARVALHO DE SOUZA |
|   |   | COFEM 1558837                    |
|   |   | 03/09/2016 17:01:46              |

## DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 17:15)

Paciente vítima de acidente automobilístico há 30min, com perda de consciência e címbos, pressão de equimose periorbitária bilateral. No nome: Clempus 51, abdome vazio e flácido à palpação com engano clínico abdominal palpável, ausência de fratura em M3.

*EVACUADA*

|                                   |
|-----------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS         |
| OPVAT                             |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO           |
| 03 JAN 2017                       |
| Gente Seguradora S.A.             |
| Rua Felix Prohaska, 2008 Loja 104 |
| Centro CEP 64001-100              |

PA:

X

Tensão

Pulso:

PC:

bpm

Temp.:

03 JAN 2017

Gente Seguradora S.A.

Rua Felix Prohaska, 2008 Loja 104

Centro CEP 64001-100

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1) Série TC de crânio, loc, Rx de ódoo, pulm, adeno restringida = M3) e TC
- 2) abdome restringido
- 3) fígado: tam: 10,5cm x 100cm h 37,097. EV: 200g. TT: 30

## VENCERAMENTO:

|       |  |
|-------|--|
| HORA: |  |
|-------|--|

|                               |
|-------------------------------|
| Nomes: Martins de Castro Neto |
| Se Interviúou: <i>Sim</i>     |
| Caráter: <i>Ordinário</i>     |
| Procedimento:                 |
| EDD:                          |

*Not. Guincho - alhos*

Em Cb Responsável



# 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: 03/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03829

CONTA: 00000004574-5

---

Nr. da Autenticação 67AB41102CE95CBF



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Henrique Campelo da Silva,

RG nº 20599403, data de expedição 20/05/2014 Órgão SSP/MS,

CPF nº 082.935.463-22, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                |   |                           |       |                         |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|---------------------------|-------|-------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Avenida Henrique Flores</u> |   |                           |       |                         |
| Número                            | <u>5222</u>                    | <table border="1"><tr><td>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</td></tr><tr><td>OPVAT</td></tr><tr><td>CONTENDO NÃO VERIFICADO</td></tr></table> | DEPARTAMENTO DE SINISTROS | OPVAT | CONTENDO NÃO VERIFICADO |
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS         |                                |   |                           |       |                         |
| OPVAT                             |                                |   |                           |       |                         |
| CONTENDO NÃO VERIFICADO           |                                |   |                           |       |                         |
| Apto / Complemento                | <u>Colina</u>                  |   |                           |       |                         |
| Bairro                            | <u>Compostura</u>              |   |                           |       |                         |
| Cidade                            | <u>Teresina</u>                |   |                           |       |                         |
| Estado                            | <u>PI</u>                      |   |                           |       |                         |
| CEP                               | <u>66.053-650</u>              |   |                           |       |                         |
| Telefone de Contato               | <u>99519-3386 / 3302-3400</u>  |   |                           |       |                         |
| E-mail                            |                                |   |                           |       |                         |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 10/05/2016

Assinatura do Declarante: Francisco Henrique Campelo da Silva

# Fatura Mensal

(Pág.: 01/03)

C&A - PRIVATE LABEL BRASIL  
Cartão 1001.17\*\*.\*\*\*\*.0136

CTDE FORTALEZA DE PLZ  
FRANCISCA MARIA CAMPELO DA SILVA  
AVENIDA HORACIO RIBEIRO 5424 CASA  
CAMPESTRE  
84053-650 TERESINA PI



C&A PRIVATE LABEL BRASIL

Vencimento 05/10/2016

Previsão para fechamento da próxima fatura é dia 21/10

## Central de Atendimento BradesCard

REG. METROPOLITANAS E PRINCIPAIS CAPITAIS 4004-9555  
OUTRAS LOCALIDADES 0800-97899555

### Limites de Créditos

| Compras R\$ 330,00     | Salvo R\$ 30,00 | Parcelado* R\$ 0,00 |
|------------------------|-----------------|---------------------|
| Juros Remuneratórios   | 36,00%          | 36,00%              |
| Crédito rotativo       | 18,99%          | 206,71%             |
| Parcelado rede         | 0,00%           | 0,00%               |
| Parcelado loja         | 7,80%           | 94,80%              |
| Retirada/saque (*)     | 13,90%          | 169,12%             |
| Parcelamento de fatura | 9,99%           | 119,98%             |

\* Será cobrada tarifa de até R\$ 16,00 por operação.

\* Multa 2,00% a.m.

\* Juros de mora 1,00% pro rata

Taxa máxima de juros para a próxima fatura 19,99% \* CET ao dia 858,20 %

\* Serviços com incidência de IOF Adicional (0,38%) e IOF Diário (0,0082%).

| Saldo Anterior (R\$)       | Crédito e Pagamento | Débitos                | Total Nacional      | DEBITO | DEBITO | PAGAMENTO | PAGAMENTO |
|----------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|--------|--------|-----------|-----------|
| 48,11                      | - 0,00              | + 81,58                | = 127,69            |        |        |           |           |
| Saldo Internacional (US\$) | Coleção Dólar       | Data de Cotação (US\$) | Total Internacional |        |        |           |           |

0,00 \* 0,00 = 0,00

| Date  | Descrição      | Crédito | Débito |
|-------|----------------|---------|--------|
| 05/09 | Saldo Anterior | 48,11   | 48,11  |

### Movimentações Nacionais em Reais (R\$)

FRANCISCA M C SILVA N° 1001.17\*\*.\*\*\*\*.0136

|       |                         |       |       |
|-------|-------------------------|-------|-------|
| 04/12 | COMPRA PARCELADA        | 08/08 | 10,34 |
| 10/03 | COMPRA PARCELADA        | 05/08 | 28,54 |
| 12/07 | COMPRA PARCELADA        | 01/08 | 27,89 |
| 21/09 | JUROS FINANCEIROS *     |       | 6,47  |
| 21/09 | JUROS DE MORA           |       | 0,49  |
| 05/09 | MULTA POR ATRASO        |       | 0,90  |
| 21/09 | PROTEÇÃO TOTAL FARMACIA |       | 3,89  |
|       | TOTAL NACIONAL          | 0,00  | 81,58 |

...  
...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...



## Credit Cash

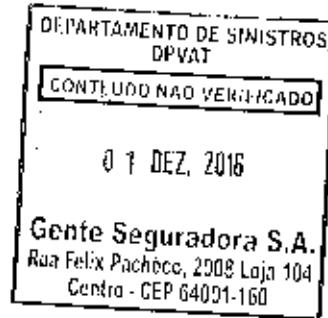


CTCE FORTALEZA CE PL7  
MIRIANE SOARES BATISTA  
R 24 DE JANEIRO 544  
CENTRO NORTE  
64000-000 TERESINA - PI

### Exercice 10 de révision



941228027712-0088814  
CREDIT CASH  
e-Cash





## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Miriane Soares Batista, portador(a) do RG nº 3.178.369, expedido por SSP- PE, em 15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Francisca Maria Lampelo da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Francisca Maria Lampelo da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recursou - se Renda Mensal: R\$ Recursou - se

Documentos comprobatórios: Recursou - se

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT  |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO   |
| 01 DEZ. 2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |

Miriane Soares Batista  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Leonor Guimaraes Alves,  
 RG nº 0985394-4, data de expedição 22/09/15,  
 Órgão SSP-MG, portador do CPF nº 336.028.673-15, com  
 domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Av. Horácio Ribeiro, 5424, compreende nº 5424,  
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Francisca Maria Campelo da Silva cujo o condutor era  
Jose Leonor Guimaraes Alves.

Veículo: Moto  
 Modelo: Honda POP 110I

Ano: 2016

Placa: PIV - 2332

Chassi: 9C22B01006R 201828

Data do Acidente: 03/09/2016

Local e Data: Teresina - Piauí

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT  |
| COA TEU DIA NÃO VAI SER NADA  |
| 01 DEZ. 2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |

Jose Leonor Guimaraes Alves  
 Assinatura do Declarante

Jose Leonor Guimaraes Alves  
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Certidão  
Themistocles  
Sampaio  
Teresina  
TITULAR: ANATÁLIA GONÇALVES DE SOUZA PEREIRA  
RUA: 220 DNO NOGUEIRA 1229 CENTRO - CEP: 64001-160 - TERESINA/PI  
Fone: (086) 3221-7388 • E-mail: alemchama@carvalhodempato.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE À FIRMA DE: JOSE LEONOR GUIMARAES ALVES.  
 RG: - PE. EM TESTE. - PR. VERBADE. - TERESINA PI, 04/11/2016.

ALESSANDRO ALVES DE SOUZA FERREIRA AUTORIZADO  
 (71) 21116190413037212

Tabelia

Escrivente autorizado

