



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08301063820198180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADJUTO FERNANDES NETO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **06/05/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **13/07/2017**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 5.906,25 (cinco mil e novecentos e seis reais e vinte e cinco centavos)** valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente e o valor de **R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais)** referente às despesas médicas apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE

ENTRE O SINISTRO NOTICIADO E AS SUPOSTAS DESPESAS COM MEDICAMENTOS

Imperioso ressaltar que restou-se fragilizada comprovação do nexo de causalidade entre as despesas médicas supostamente realizadas e o sinistro noticiado, visto que as respectivas notas fiscais de medicamentos estão desacompanhadas de receituário médico, não havendo como afirmar que os procedimentos supostamente realizados têm indicação médica para o tipo de lesão acometida pela vítima.

Desta forma, não há razoabilidade no pagamento de despesas de procedimentos não prescritos ou que ultrapassaram o que foi determinado pelo médico, além de compra de medicamentos que excedem o que foi prescrito como adequado ao tratamento pelo profissional [3].

Com efeito, a alínea "b", art. 5º, da lei n.º 6.194/74, nesta parte não alterada pela lei n.º 8.441/92, exige a **prova** das despesas efetuadas para que haja indenização no caso de danos pessoais, conforme a seguir:

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

"b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente – no caso de danos pessoais"

É notório que os documentos acostados aos autos não demonstram os gastos alegados pelo mesmo e acolhidos como verdadeiros pelo Nobre Magistrado.

Conforme documentos anexados aos autos, podemos verificar a ausência de comprovação, ou seja, pedido médico solicitando o exame pelo autor em razão do acidente sofrido em 06/05/2017. Desta forma, resta impossibilitado a produção de prova, tendo em vista não ser comprovado o nexo causal entre as despesas médicas e o acidente.

Assim, analisando detidamente os documentos carreados aos autos, não se pode afirmar a existência do nexo causal entre o sinistro noticiado e as supostas despesas com medicamentos, face à ausência de prescrição médica específica e qualquer elemento razoável que permita o pagamento da indenização ora pleiteada.

Por inexistir comprovação do nexo de causalidade, requer que os pedidos sejam julgados improcedentes consubstanciados no artigo 487, I do CPC.

DO TETO INDENIZATÓRIO – DESPESAS MÉDICAS E SUPLEMENTARES – DAMS

Cumpre esclarecer que a Lei nº 6.194/74, regulamentadora do seguro obrigatório DPVAT, condiciona o pagamento da indenização securitária a comprovação das despesas médicas suplementares pelas vítimas de acidentes.

Como se observa da citada alínea "c" do art. 3º da Lei n. 6.194/74, a Lei prevê apenas o teto máximo para pagamento da indenização, mas não fixa valores a serem resarcidos.

Regulamentando a matéria, fora editada a Medida Provisória 340/06 com posterior conversão na Lei 11.482/07, a qual estabeleceu o valor do teto indenizatório para DAMS até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

Assim, verifica-se que o limite máximo indenizável quanto às despesas médicas decorrentes do acidente já fora devidamente indenizados, não existindo a possibilidade de receber além deste valor, o que levaria a autora a beneficiarem-se economicamente as expensas da ré e sob manto do Poder Judiciário, não podendo receber além do limite máximo indenizável.

Desta forma, interpretando segundo regra comezinha de hermenêutica onde aduz que "A lei não contém frase ou palavra inútil, supérflua ou sem efeito" conclui-se que a expressão "até" delimita o valor da indenização neste teto, não havendo possibilidade de estendê-lo.

DA UTILIZAÇÃO DA TABELA REFERENCIAL

Outro aspecto não menos importante, o artigo 7, § 2º, da referida Lei determina que o CNSP "estabelecerá normas para atender ao pagamento das indenizações previstas neste artigo, bem como a forma de sua distribuição pelas seguradoras participantes do Consórcio".

Em sentido mais amplo, o artigo 12 da mesma Lei prevê que "o Conselho Nacional de Seguros Privados expedirá normas disciplinadoras e tarifas que atendam ao disposto nesta lei".

Resta clara, portanto, a intenção do legislador em dar competência ao CNSP para regulamentar as formas de pagamentos das indenizações cobertas pelo seguro obrigatório constituído. De outro lado, não há conflito entre

a Resolução questionada e a Lei n. 6.194/74, que apenas efetua o tabelamento dos preços dos serviços prestados como referência para as indenizações.

Assim, a utilização da tabela referencial de procedimentos e custos médico-hospitalares, divulgada pelo Convênio DPVAT, não foi estipulada pelas Seguradoras como um “limite de cobertura” inferior ao estabelecido através de Resoluções expedidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, conforme comumente é propalado.

A aludida tabela representa tão somente uma parametrização das despesas a que estão sujeitas as vítimas de acidentes, efetuada com vistas à uniformização dos custos médico-hospitalares e ao atendimento dos critérios de razoabilidade e proporcionalidade que devem nortear a aferição e cálculo do valor da indenização.

Ressalte-se que no âmbito de seguro de saúde privado, a utilização das tabelas de preços para os serviços é comum a averbação de valores que excedam os do mercado, evitando-se o superfaturamento dos serviços.

Seguindo tais lineamentos, não se vislumbra motivação para deixar de observar as normas disciplinadoras expedidas pelo citado Órgão para o pagamento buscado na presente ação de cobrança.

Sendo assim, considerando a ausência de documentos nos autos que justifiquem o pagamento da complementação do reembolso efetuado administrativamente, requer a improcedência do pedido, fundamentado no artigo 487, I do NCPC.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 5.906,25 (cinco mil e novecentos e seis reais e vinte e cinco centavos)** e o valor de **R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais)** referente às despesas médicas, após a regulação do sinistro.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 5.906,25 (cinco mil e novecentos e seis reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 06/05/2017. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 5.906,25 (cinco mil e novecentos e seis reais e vinte e cinco centavos) e o valor de R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) referente às despesas médicas.

COMPROVANTES DE PAGAMENTOS REFERENTE A INVALIDEZ:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001
AGÊNCIA: 04249-8
CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação E801B602EE4C8FEF

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 742,50

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001
AGÊNCIA: 04249-8
CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação B9DBC48E9C90AAE3

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001
AGÊNCIA: 04249-8
CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação 1B919784AB5CA769

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/08/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.788,75

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001
AGÊNCIA: 04249-8
CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação 6240C9CFD4FEA1A8

DESPESAS MÉDICAS	
	R\$ 339,00
	R\$ 183,78
	R\$ 27,71
	R\$ 246,27
	R\$ 100,76
	R\$ 98,00
	R\$ 191,86
	R\$ 301,37
	R\$ 188,68
	R\$ 112,48
	R\$ 202,37
	R\$ 143,61
	R\$ 180,38
	R\$ 165,53
	R\$ 218,20
TOTAL:	R\$ 2.700,00

Cabe informar, que os comprovantes de pagamento referente as despesas médicas encontram-se em anexo.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009,em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 5.906,25 (CINCO MIL E NOVECENTOS E SEIS REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)** e o valor de **R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais)** referente às despesas médicas

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

⁵ SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁶ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelênciia assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 5 de março de 2020.

**EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI**

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a graduação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ADJUTO FERNANDES NETO**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08301063820198180140.

Rio de Janeiro, 5 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235

Data do acidente: 06/05/2017

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Reanálise

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 27/08/2019 14:39:10

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO FEMUR FRAT DO COLO DO FEMUR -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Exames	4.03.04.36-1	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRAÇÕES (ERITROGRAMA, LEUCOGRAMA, PLAQUETAS)	41,00	37,85
Exames	4.03.01.59-1	COLESTEROL (LDL) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	26,00	26,00
Exames	4.03.01.63-0	CREATININA, DOSAGEM	26,00	26,00
Exames	4.03.02.04-0	GLICOSE	26,00	26,00
Exames	4.03.02.63-6	LIPIDIOS TOTAIS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	26,00	26,00
Exames	4.03.02.54-7	TRIGLICERIDEOS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	26,00	26,00
Exames	4.03.01.40-0	CÁLCIO, DOSAGEM	26,00	26,00
Exames	4.03.04.58-2	TEMPO DE COAGULAÇÃO, DETERMINAÇÃO	26,00	25,57
Exames	4.03.04.59-0	TEMPO DE PROTROMBINA, DETERMINAÇÃO	26,00	26,00
Total da Análise Atual			249,00	245,42

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: AS DEMAIS DESPESAS NÃO FORAM AVALIADAS, VISTO QUE O LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL FOI ATINGIDO.

PARECER DE DAMS

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	3320,90	2481,80	2481,80	249,00	245,42	218,20
Total da Análise Atual	3320,90	2481,80	2481,80	249,00	245,42	218,20

TOTAL PLEITEADO: 3569,90 **TOTAL AVALIADO:** 2727,22 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2700,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323671/17

Número do Sinistro: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

CPF: 217.435.333-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/05/2017

Titular do CPF: ADJUTO FERNANDES NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

ATENÇÃO

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

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/03/2019
Nome: ADJUTO FERNANDES NETO
CPF: 217.435.333-49

ADJUTO FERNANDES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235

Data do acidente: 06/05/2017

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Atendimento: FARMACIA

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Complemento

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 10/04/2018 10:14:06

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM INTRACRANIANO OUTR TRAUM INTRACRANIANOS -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			98,00	98,00
Total da Análise Atual			98,00	98,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	1387,38	897,52	897,52	98,00	98,00	98,00
Total da Análise Atual	1387,38	897,52	897,52	98,00	98,00	98,00

TOTAL PLEITEADO: 1485,38 **TOTAL AVALIADO:** 995,52 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 995,52

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

JOSE VITAL SOARES

GERENTE

CRM: 52.49515-5/RJ

SUPERVISOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323671/17

Número do Sinistro: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

CPF: 217.435.333-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2017

Titular do CPF: ADJUTO FERNANDES NETO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

ATENÇÃO

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

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/05/2019
Nome: ADJUTO FERNANDES NETO
CPF: 217.435.333-49

ADJUTO FERNANDES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235

Data do acidente: 06/05/2017

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Complemento

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 27/04/2018 15:16:59

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM INTRACRANIANO OUTR TRAUM INTRACRANIANOS -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			191,86	191,86
Total da Análise Atual			191,86	191,86

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	1485,38	995,52	995,52	191,86	191,86	191,86
Total da Análise Atual	1485,38	995,52	995,52	191,86	191,86	191,86

TOTAL PLEITEADO: 1677,24

TOTAL AVALIADO: 1187,38

TOTAL PAGO + À PAGAR: 1187,38

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

JOSE VITAL SOARES

GERENTE

CRM: 52.49515-5/RJ

SUPERVISOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323671/17

Número do Sinistro: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

CPF: 217.435.333-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2017

Titular do CPF: ADJUTO FERNANDES NETO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

ATENÇÃO

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

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/09/2018
Nome: ADJUTO FERNANDES NETO
CPF: 217.435.333-49

ADJUTO FERNANDES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235 **Data do acidente:** 06/05/2017
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Atendimento:** HOSPITAL
Cidade: Teresina **UF:** PI **Análise:** Complemento
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A **Data:** 17/01/2018 17:34:49

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM INTRACRANIANO TRAUM INTRACRANIANO NE - **Internação:** Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO **Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	200,00	100,76
Farmácias			145,51	145,51
Total da Análise Atual			345,51	246,27

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	841,87	550,49	550,49	345,51	246,27	246,27
Total da Análise Atual	841,87	550,49	550,49	345,51	246,27	246,27

TOTAL PLEITEADO: 1187,38 **TOTAL AVALIADO:** 796,76 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 796,76

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

JOSE VITAL SOARES

GERENTE

CRM: 52.49515-5/RJ

SUPERVISOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323671/17

Número do Sinistro: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

CPF: 217.435.333-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2017

Titular do CPF: ADJUTO FERNANDES NETO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

ATENÇÃO

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

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2018
Nome: ADJUTO FERNANDES NETO
CPF: 217.435.333-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

ADJUTO FERNANDES NETO

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235

Data do acidente: 06/05/2017

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Complemento

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 11/10/2018 16:44:06

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM INTRACRANIANO OUTR TRAUM INTRACRANIANOS -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			188,68	188,68
Total da Análise Atual			188,68	188,68

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	2077,85	1488,75	1488,75	188,68	188,68	188,68
Total da Análise Atual	2077,85	1488,75	1488,75	188,68	188,68	188,68

TOTAL PLEITEADO: 2266,53

TOTAL AVALIADO: 1677,43

TOTAL PAGO + À PAGAR: 1677,43

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323671/17

Número do Sinistro: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

CPF: 217.435.333-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2017

Titular do CPF: ADJUTO FERNANDES NETO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

ATENÇÃO

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

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: ADJUTO FERNANDES NETO
CPF: 217.435.333-49

ADJUTO FERNANDES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235

Data do acidente: 06/05/2017

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Complemento

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 18/07/2018 15:25:40

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM INTRACRANIANO OUTR TRAUM INTRACRANIANOS -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	200,00	100,76
Farmácias			200,61	200,61
Total da Análise Atual			400,61	301,37

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	1677,24	1187,38	1187,38	400,61	301,37	301,37
Total da Análise Atual	1677,24	1187,38	1187,38	400,61	301,37	301,37

TOTAL PLEITEADO: 2077,85

TOTAL AVALIADO: 1488,75

TOTAL PAGO + À PAGAR: 1488,75

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323671/17

Número do Sinistro: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

CPF: 217.435.333-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2017

Titular do CPF: ADJUTO FERNANDES NETO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

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

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomado por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/08/2019
Nome: ADJUTO FERNANDES NETO
CPF: 217.435.333-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

ADJUTO FERNANDES NETO

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235

Data do acidente: 06/05/2017

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Complemento

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 21/03/2018 14:22:45

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM INTRACRANIANO OUTR TRAUM INTRACRANIANOS -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	200,00	100,76
Total da Análise Atual			200,00	100,76

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	1187,38	796,76	796,76	200,00	100,76	100,76
Total da Análise Atual	1187,38	796,76	796,76	200,00	100,76	100,76

TOTAL PLEITEADO: 1387,38 **TOTAL AVALIADO:** 897,52 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 897,52

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

JOSE VITAL SOARES

GERENTE

CRM: 52.49515-5/RJ

SUPERVISOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323671/17

Número do Sinistro: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

CPF: 217.435.333-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2017

Titular do CPF: ADJUTO FERNANDES NETO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/07/2019
Nome: ADJUTO FERNANDES NETO
CPF: 217.435.333-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

ADJUTO FERNANDES NETO

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235

Data do acidente: 06/05/2017

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Complemento

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 24/11/2017 09:29:45

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM INTRACRANIANO TRAUM INTRACRANIANO NE -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			120,61	27,71
Total da Análise Atual			120,61	27,71

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: DESPESAS FARMACÊUTICAS AVALIADAS CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO ENVIADO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	721,26	522,78	522,78	120,61	27,71	27,71
Total da Análise Atual	721,26	522,78	522,78	120,61	27,71	27,71

TOTAL PLEITEADO: 841,87

TOTAL AVALIADO:

550,49

TOTAL PAGO + À PAGAR:

550,49

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

JOSE VITAL SOARES

GERENTE

CRM: 52.49515-5/RJ

SUPERVISOR

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235 **Data do acidente:** 06/05/2017
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Atendimento:** HOSPITAL
Cidade: Teresina **UF:** PI **Análise:** Complemento
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A **Data:** 25/10/2017 14:18:05

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM INTRACRANIANO TRAUM INTRACRANIANO NE - **Internação:** Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO **Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	200,00	100,76
Farmácias			83,02	83,02
Total da Análise Atual			283,02	183,78

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	438,24	339,00	339,00	283,02	183,78	183,78
Total da Análise Atual	438,24	339,00	339,00	283,02	183,78	183,78

TOTAL PLEITEADO: 721,26 **TOTAL AVALIADO:** 522,78 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 522,78

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

JOSE VITAL SOARES

GERENTE

CRM: 52.49515-5/RJ

SUPERVISOR

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235

Data do acidente: 06/05/2017

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Primeira Análise

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 06/09/2017 12:12:51

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM INTRACRANIANO TRAUM INTRACRANIANO NE -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	200,00	100,76
Exames	4.10.01.01-0	TC - CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	170,00	170,00
Farmáncias			68,24	68,24
Total da Análise Atual			438,24	339,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	438,24	339,00	339,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	438,24	339,00	339,00

TOTAL PLEITEADO: 438,24 **TOTAL AVALIADO:** 339,00 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 339,00

PARECER DE DAMS



INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

JOSE VITAL SOARES

GERENTE

SUPERVISOR

CRM: 52.49515-5/RJ

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235

Data do acidente: 06/05/2017

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Complemento

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 08/05/2019 11:40:05

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM INTRACRANIANO OUTR TRAUM INTRACRANIANOS -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			180,38	180,38
Total da Análise Atual			180,38	180,38

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	2974,99	2135,89	2135,89	180,38	180,38	180,38
Total da Análise Atual	2974,99	2135,89	2135,89	180,38	180,38	180,38

TOTAL PLEITEADO: 3155,37

TOTAL AVALIADO: 2316,27

TOTAL PAGO + À PAGAR: 2316,27

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235

Data do acidente: 06/05/2017

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Complemento

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 04/02/2019 16:11:00

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM INTRACRANIANO OUTR TRAUM INTRACRANIANOS -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			202,37	202,37
Total da Análise Atual			202,37	202,37

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	2379,01	1789,91	1789,91	202,37	202,37	202,37
Total da Análise Atual	2379,01	1789,91	1789,91	202,37	202,37	202,37

TOTAL PLEITEADO: 2581,38

TOTAL AVALIADO:

1992,28

TOTAL PAGO + À PAGAR:

1992,28

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235

Data do acidente: 06/05/2017

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Complemento

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 26/03/2019 09:29:32

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM INTRACRANIANO OUTR TRAUM INTRACRANIANOS -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Materiais			250,00	0,00
Farmácias			143,61	143,61
Total da Análise Atual			393,61	143,61

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: NOTA FISCAL 5139 NÃO FOI AVALIADA, VISTO QUE, FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO OS VALORES E QUANTIDADES DE CADA DESPESA REALIZADA.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	2581,38	1992,28	1992,28	393,61	143,61	143,61
Total da Análise Atual	2581,38	1992,28	1992,28	393,61	143,61	143,61

TOTAL PLEITEADO: 2974,99

TOTAL AVALIADO:

2135,89

TOTAL PAGO + À PAGAR:

2135,89

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235

Data do acidente: 06/05/2017

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Complemento

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 25/10/2018 08:46:49

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM INTRACRANIANO OUTR TRAUM INTRACRANIANOS -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			112,48	112,48
Total da Análise Atual			112,48	112,48

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	2266,53	1677,43	1677,43	112,48	112,48	112,48
Total da Análise Atual	2266,53	1677,43	1677,43	112,48	112,48	112,48

TOTAL PLEITEADO: 2379,01

TOTAL AVALIADO: 1789,91

TOTAL PAGO + À PAGAR: 1789,91

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11584673

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170471235 ASL-0323671/17

Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data Acidente: 06/05/2017

Natureza: DAMS

Procurador:

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2017

Carta n°: 11657244

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170471235 ASL-0323671/17
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 339,00

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Novembro de 2017

Carta nº: 11900180

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170471235 ASL-0323671/17
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 183,78

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12046362

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Nº Sinistro: 3170471235
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data do Acidente: 06/05/2017
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 27,71

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12290210

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Nº Sinistro: 3170471235
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data do Acidente: 06/05/2017
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 246,27

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Carta nº: 12586924

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Nº Sinistro: 3170471235
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data do Acidente: 06/05/2017
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 100,76

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Carta nº: 12676287

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Nº Sinistro: 3170471235
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data do Acidente: 06/05/2017
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 98,00

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Carta nº: 12766886

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Nº Sinistro: 3170471235
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data do Acidente: 06/05/2017
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 191,86

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Carta nº: 13146702

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Nº Sinistro: 3170471235
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data do Acidente: 06/05/2017
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 301,37

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2018

Carta nº: 13497155

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Nº Sinistro: 3170471235
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data do Acidente: 06/05/2017
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 188,68

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Novembro de 2018

Carta nº: 13546634

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Nº Sinistro: 3170471235
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data do Acidente: 06/05/2017
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 112,48

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data do Acidente: 06/05/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADJUTO FERNANDES NETO

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

Recebedor: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 202,37

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



00030554



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data do Acidente: 06/05/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADJUTO FERNANDES NETO

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

Recebedor: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 143,61

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data do Acidente: 06/05/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADJUTO FERNANDES NETO

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

Recebedor: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 180,38

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data do Acidente: 06/05/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADJUTO FERNANDES NETO

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

Recebedor: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 165,53

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data do Acidente: 06/05/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADJUTO FERNANDES NETO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovantes de despesas médicas	Apresentar a cópia simples do discriminativo com valores e quantidades individuais dos exames realizados em decorrência do acidente de trânsito, pois não foi entregue.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data do Acidente: 06/05/2017

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADJUTO FERNANDES NETO

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

Recebedor: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 218,20

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PEI _____

Esse formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário de indenização do Seguro DPVAT, não incluindo dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EJ. ADONIR FERNANDES NETO

PORTADOR(A) DO RG Nº 545.792

EXPEDIDO POR ESPA. PI

EM 19/11/2012

CPF 211.914.315-33 / CNPJ 00.000.000/0000-00

PROFISSÃO AUTÔNOMO

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ADONIR FERNANDES NETO. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a construir cadastro de todas as pessoas envolvidas na pagamento da indenização. Este cadastro deve conter além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre da profissão e da taxa de renda mensal.

- Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma **DEPARTAMENTO DE SINISTROS**,
- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou **BENEFÍCIOS**.
 - Conta empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou TDA.
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lutécicas com limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta); **SEGURO DA S.A.**
comprobatório dos dados bancários;
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RFB/FINATELEFONE: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
 - Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.
- CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**
21 AGO. 2017

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida, escritas à mão, por meio de extratos bancários, informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4244-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5.314-7

DICHO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RELONHEU O RECEBIMENTO E SOU COMO OQUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

TERESINA 18 de AGOSTO de 2017
LOCALE DATA

Adonir Fernandes Neto
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenizações de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise da indenização acesse: www.dpvatseguradeacidente.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0223204.

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0019069 PAD IDEAL I 14/08/2017
OUROCARD
19:20:34 (Horário de Brasília)
XXXXXXXXXX2163

Saldo N. 73010001-0030

46004510101 SALDO DE POUPANCA

AGENCIA: 4249-9 CONTA: 5.314-7
CLIENTE: ADJUNTO FERNANDES NETO

VAR SALDO ATUAL VLR BLOQUEADO

051 XXXXX XXXXX

APLIQUE NA POUPANCA OURO E POUPEX
MENDE TRANQUILIDADE E CONFIIDADE

Informações importantes na verso:

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, unidade, luz do sol e lâmpadas.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT

CONTROLE NÃO VERIFICADO

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

Dados de Chaves	01 N° do chamado 964	02 Data do chamado 06/10/17	03 PRO (código) 9904	04 Saída do PA 10102	05 Chegada ao local		
Lota da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao local	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Jardim das Rosas 100 - Alto das Rosas	11 Bairro Alto das Rosas	12 Município-UF Brumadinho-MG	13 Ponto de referência Centro			
Tipo de Ocorrência	14 Nome Adriano Fernando Nilo	15 Idade 50	16 Sexo M	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	1 - Mau uso 2 - Feticismo 3 - Ignorando		
Ambulância Transpórt	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-expositivo 03 - Agressão física-FAP 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outras: 17 - Já removido 18 - Falso chamado	DEPARTAMENTO DE SINI CONTEÚDO NÃO VERIFICA 21 AGO 2017		
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 3 - Outro 3 - Motocicleta 4 - Ignorado 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado	22 Identificação do paciente: RG: 495 CEP: 54.002-024 Nome: Adilson Capacetes: Almofadas Cinto de segurança: <input checked="" type="checkbox"/> Assento para criança: <input checked="" type="checkbox"/>			
Assistência	23 Glasgow = <input type="checkbox"/>	RESPOSTA MÉDIA	RESPOSTA MOTORA	24 Sinal Vital P脉: <input checked="" type="checkbox"/> Rresp: <input checked="" type="checkbox"/> PA: <input checked="" type="checkbox"/> TAX: <input checked="" type="checkbox"/> Sint02: <input checked="" type="checkbox"/>	GENTE SEGURODA Local da lesão		
Hospital de Destino	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-A voz 2-A dor 1-Nenhuma	5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras Inapropriadas 2-Palavras Incompreensíveis 1-Nenhuma	6-Cedeção a comandos 5-Locomoção dor 4-Movimento de retrada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum				
Problemas Interdisciplinar	25 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	26 Dor <input type="checkbox"/>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa Sem Dor 10	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Fratura 1 - Sim 2 - Exposta 3 - Fechada 4 - Suspeita	30
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Paracapilares <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Immobilização da extremidade <input type="checkbox"/> Reanimação cardiorrespiratória <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos b)	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	35 <input type="checkbox"/> Não Removido
	Paciente vítima de acidente de trânsito desconhecido no nome e suspeita de se tratar de um homem com ferimentos e coxa com fratura aberta.						DEPARTAMENTO DE SINI DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICA
	Socorristas Médico AENTE	Exameiro Condutor	GENTE SEGURODA Rua Cogho 11 Resende MG Centro - Resende - CEP: 38.000-000				
	Responsável pela recepção						

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, ADILTO FERREIRAS NETO

RG nº 545 792 data de expedição 19/11/2012, Órgão SSP - PI.

CPF nº 217 435 333 49, 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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA SOTERO UAZ, Nº 5150</u>
Número	<u>5150</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ALTO ALEGRE</u>
Cidade	<u>TERESINA</u>
Estado	<u>PIAUI</u>
CEP	<u>64002-620</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 9 8825 7584</u> <u>(86) 3214 2331</u>
E-mail	

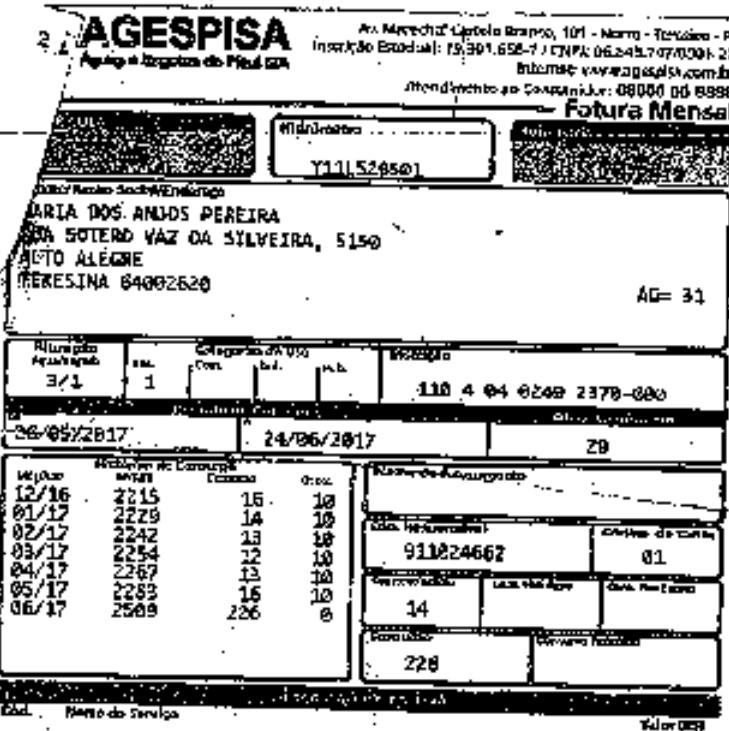
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA - 18/08/17

Assinatura do Declarante: Adilto ferreiras Neto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO. 2017

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



SR(A) CIENCIAS

ANO FOI POSSIVEL EMITIR A FATURA DESTE MES NO ATO DA
REALIZACAO DA LEITURA. A MESMA FICOU RETIDA PARA ANALISE
E SERA ENVIADA POSTERIORMENTE COM VENCIMENTO DENTRO DO
PRAZO REGULAMENTAR. AGUARDE

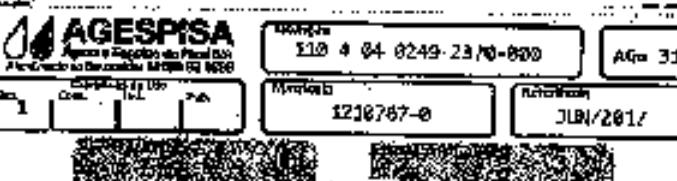
EN CASO DE DUVIDAS FAVOR LIGAR PARA ATENDIMENTO

PERÍODO DE PAGAMENTO: 01/01/2010 A 31/12/2010
CORRIGIR LEI FEDERATIVA 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO.

Category	Total	Male	Female	Mean Age	N	SD	95% Confidence Interval	Effect Size	Significance
Male Middle Participants	50	50	50	42.445	50	9.2	40.6-44.2	.446	.446
Male Beginning & Intermediate Participants	308	89	308		308				
Male Advanced Participants	327	135	327		327				
Female Beginning & Intermediate Participants	254	103	217		214				
Female Advanced Participants	322	135	187		187				

PERIODICO DE SANTA CATARINA - ISSN 0032-217X - Ano 100 - nº 27.000 - 10 de setembro de 2002 - São Paulo - SP

ESTADO DE SÃO PAULO - REDE COLETORES
PISA RECEDE PROCESSO DE TRATAMENTO ESGOTO CONCEDIDO PELA AGES
ANTES DA DESTINACAO FINAL



DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

DUST

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURO

TOCENTE SEGURODURA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24210-000

DEPARTMENT OF STATE

REVATI

<http://WWW.CPNEC.COM.NAO.VIP/1500000>

17.10.2001

CHIEF SECURITY OFFICER

SENTE SEGURADURA S.A.

Centro - Norte CEP: 64.002-470

EXTRAFARMA PRODUTOS FARMACEUTICOS E
COSMETICOS S/A
CNPJ: 04.899.318/0250-21
Inscrição Estadual: 195407587
Inscrição Municipal: 4501497
AVENIDA FREI SERAFIM, 2402 - CENTRO
TERESINA,
PI, BRASIL - 64001540

DANFE NFE-e Documento Auxiliar da Nota Fiscal
de
Consumidor Eletrônica.

Não permite aproveitamento de créditos IPI.

Código	Descrição	Vnf	V.Itrib(%)	V.Total(R\$)
Vnf Unid. V.Unid(Vnf) V.Itrib(%) V.Total(R\$)	V. Desconto	539733	10%	14,869
1,00 FR 14,86 1,69 14,869	REFLUXO LIOU CER 100H			
94060 BENZODIFENIDICO DICLOFENACICO GEL 60				
6 1,00 99 15,90 1,19 15,900				
32009 PARAFOL TONG 30 CAPP-C1				
2,00 CH 26,79 6,45 53,58-				

010. TOTAL DE ITENS

3

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS R\$

63,63

VALOR TOTAL R\$:

63,24

FORMA DE PAGAMENTO

VALOR PAGO

Outros

63,24

VALOR PAGO R\$

63,24

DESCONTO R\$

15,59

Informações dos Tributos Totais

9,18

Incidentes nº (Lei Federal 12.741/2012).

VOCE ECONOMIZOU: 15,59
BRC: 232890 ATEND: 65604 CH: 3887 LJ: 282
PARCERIA:77737

Número: 17715 Serie: 1
Emissor: 2017-08-10T13:53:00-03:00
Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em <http://www.siefex.sistec.mt.gov.br/informes/>
CHAVE DE ACESSO
2267 0804 1898 1882 5021 6500 1000 0177 1510
0037 6651

CONSUMIDOR:
CONSULTOR DO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QRCode



1a. VIA

VOCE ECONOMIZOU: 15,59
BRC: 232890 ATEND: 65604 CH: 3887
LJ: 282
PARCERIA:77737

COMPROVANTE DE OPERAÇÃO
FUNCIONAL CARO
EXTRAFARMA
AV FREI SERAFIM, 2402
04099316925021
CARTAO: 6010****04771215
DATA: 10/08/2017 HORA: 13:53:19
SEQ: 00265198 BRC: 00172672
CREDENCIADO: 00989455
PRE+PDV - COMPRA MEDIC.IMP. FARMAC
0

TOTAL COMPRA: 63,83
DESCONTO: 15,59 19
TOTAL A PAGAR: 68,24
TOTAL A PAGAR A VISTA: 0,00
TOTAL A PAGAR NO CARTAO: 68,24

RECONHECO A DÍVIDA E AUTORIZO O
DESCONTO DO VALOR NA FORMA PREVIST
A

ASSINATURA

RG: _____
O VALOR DE R\$ 68,24 SERÁ PAGO À
EXTRAFARMA POR FUNCIONAL CARO
(SIEF)
ADONIR: _____ 68 SALDO: _____ 26
USADO: ID PR: 01/08/2017
..... 0

29 101A

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

SIEF

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 ABR. 2014

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

 Prefeitura do Município de Teresina SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe	Número da Nota 00031452 Data e Hora de Emissão 15/08/2017 10:53:37 Código de Verificação c4ae2e58			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: CLÍNICA BATISTA PEGGY PEMBLE CPF/CNPJ: 06.847.024/0001-67 Endereço: RUA GABRIEL FERREIRA, Nº640 - BAIRRO CENTRO - CEP:64001-250 Município: TERESINA UF: PI				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ADJUTO FERNANDES NETO CPF/CNPJ: 227.435.333-49 Endereço: RUA SOTERO VAZ, Nº3150 - BAIRRO ALTO ALEGRE - CEP:64002-620 Município: TERESINA UF: PI E-mail:				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
Tributável		Qtd	Unidade R\$	Total R\$
SIM	Item TOMOGRAFIA CRANIO	1	R\$ 170,00	R\$ 170,00
		R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
		R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 170,00				
Valor Total das Desduções:	Base de Cálculo:	Aliquota:	Valor do ISS:	
R\$ 0,00	R\$ 170,00	0,00%	R\$ 0,00	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
Mês de Competência da Nota Fiscal: 08/2017		Tributação: IMUNIZ		
Local de Prestação do Serviço: TERESINA/PI		Isenção: TERESINA/PI		
Serviço: 2701 - Serviços de assistência social.		Recolhimento: -----		
CNAE: 87301990 - TADAS EM RELATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PRESTADAS EM RESIDENCIAS COLETIVAS E PARTICULARES NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE				
O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA				



 <p style="text-align: center;">Prefeitura do Município de Teresina SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</p>	<p>Número da Nota 00001528</p> <p>Data e Hora de Emissão 17/08/2017 07:54:52</p> <p>Código de Verificação 197d138d</p>										
PRESTADOR DE SERVIÇOS											
Nome/Razão Social: SANTOS E RICARTE SERVIÇOS INTEGRADOS EM NEUROLOGIA S.S LTDA CNPJ/CPF: 19.993.236/0001-02 Inscrição Municipal: 447909-2 Endereço: RUA BARTOLOMEU VASCONCELOS, Nº2440 - SALA 4 - BAIRRO PECARRA - CEP:64015-030 Município: TERESINA UF: PI											
TOMADOR DE SERVIÇOS											
Nome/Razão Social: ADJUNTO FERNANDES NETO CPF/CNPJ: 217.435.333-49 Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA, Nº5150 - BAIRRO ALTO ALEGRE - CEP:64002-620 Município: TERESINA UF: PI E-mail: marciapeleira@gmail.com											
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS											
Descrição: CONSULTA <small>verso/verso</small> <small>01/08/2017</small>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Descrição</th> <th style="width: 10%;">Unidade</th> <th style="width: 10%;">Qtd.</th> <th style="width: 10%;">Unidade R\$</th> <th style="width: 10%;">Total R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CONSULTA</td> <td></td> <td>1</td> <td>R\$ 200,00</td> <td>R\$ 200,00</td> </tr> </tbody> </table>		Descrição	Unidade	Qtd.	Unidade R\$	Total R\$	CONSULTA		1	R\$ 200,00	R\$ 200,00
Descrição	Unidade	Qtd.	Unidade R\$	Total R\$							
CONSULTA		1	R\$ 200,00	R\$ 200,00							
PIS (0,6500%): R\$ 0,00 COFINS (3,0000%): R\$ 0,00 INSS (11,0000%): R\$ 0,00 IR (1,6000%): R\$ 0,00 CSLL (1,0000%): R\$ 0,00											
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 200,00											
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00 Base de Cálculo: R\$ 200,00 Alíquota: 3,0000% Valor do ISS: R\$ 6,00											
OUTRAS INFORMAÇÕES											
Ano de Competência da Nota Fiscal: 08/2017 Local de Prestação do Serviço: TERESINA/PI Data de vencimento do ISSQN referente à esta NFS-e: 11/09/2017											
<small>Observações: I) REBITÁVEIS. II) INCIDÊNCIA: TERESINA/PI III) RECOLHIMENTO: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR.</small>											
<small>CFN: 865000901 - F SAÚDE NAJ E APENAS OS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE. Serviço: 0401 - Medicina e Biotecnologia.</small>											
<small>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</small>											
<small>Ó CRIME INQUADRADO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZADO FUNCIONARIO(S) DA EMPRESA</small>											

ANEXO DE COMPETÊNCIA DA NOVA FASE: 08/201

www.brasil.gov.br/secretaria-estadual

Para o vencimento da ISSQN referente à esta NFSe: 11/09/2017

1168-1170: 1 चतुर्विंशति

Incidência: TERESTRAL/PI

RECOLHIMENTO: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR.

CTRAE: 86500990L F SAÚDE NAZ EMPENHOS DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE
Serviço: 0401 - Medicina e Biotecnologia. DEPARTAMENTO DE SINISTROS

[CONTINUE TO NAO VERIE CARD](#)

3.1.430 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 242.00-070



HOSPITAL DE URGENCIAS DE TERESINA - Prof. ZENON ROCHA

SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE: Adjunto Fernandes Neto

Nº PRONTUÁRIO: 442537

DIAGNÓSTICO: TCE - CID: s06.8

MÉDICO: Ricardo Lopes

DTA INTERNAÇÃO: 06/05/2017

DTA ALTA: _____/_____/_____

OBSERVAÇÕES:

Marcar consulta pelo SUS, para o Hospital São Marcos pelo posto de saúde mais próximo de casa ou particular no Consultório (86 - 3216 6656)

Se foi operado(a), tire pontos 09 dias após operação.

Verifique se a Farmácia Popular do Brasil vende seu remédio.

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DR. VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone (086) 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * L.E. Isento

www.sanmarcos.org.br

Receituário Controle Especial

1ª VIA - FARMÁCIA

Identificação do Emissante

Nome completo: Gelvan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180 PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA PROJETADA 5029 - MEMORARE - TERESINA - PI * 64.000-000

Prescrição:

oral

Pamelor 10 mg 2 caixas

tomar 1 cp 1x / dia à noite

Gelvan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Data: 10/06/11

DEPARTAMENTO DE EMISSÕES EFVAT	Assinatura do Médico
<u>CONTROLE NÃO VERIFICADO</u>	
1 1 AGO 2011	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 365 Loja C Centro - Norte CEP. 64.002470	

Identificação do Comprador	
Nome completo: ADJUNTO FERNANDES NETO	
RG: 545.792	Org. Emissor: PI
End. completo: RUA PROJETADA 5029, 531	
Telefone: 32147231 - 9 8825 7294	
Cidade: THE UF: PI	

Identificação do Fornecedor	
Migal Zelândia Gomes Farmacêutica CRF-PI 2266	
<i>Migal Zelândia Gomes</i>	
Assinatura do Farmacêutico	
Data: 10/06/11	



Número da Nota

DODD1566

Data e Hora de Emissão

11/10/2017 07:41:51

Código de Verificação

3569ba70

Prefeitura do Município de Teresina
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: SANTOS E RICARTE SERVIÇOS INTEGRADOS EM NEUROLOGIA S.S LTDA
 CNPJ/ONPJ: 19.993.236/0001-02
 Endereço: RUA BARTOLOMEU VASCONCELOS, N°2440 - SALA 4 - BAIRRO PICARRA - CEP:64015-030
 Município: TERESINA - UF: PI

Inscrição Municipal: 447909-2

Nome/Razão Social: ADJUNTO FERNANDES NFto
 CNPJ/ONPJ: 212.435.333-49

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA, N°5150 - BAIRRO ALTO ALEGRE - CEP:64002-620
 Município: TERESINA - UF: PI

E-mail: notasfiscais@saomarcos.org.br

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição:
 Consulta e/ou
 Exame

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MEDICAS
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA

tributável SIM	ILÉS SERVIÇOS MÉDICOS	13/10/2017	Qtd	Unidade(s) 200,00	Total R\$ 200,00
	GENTE SEGURADORA S.A. Av. Goiás de Resende,655 Loja C Centro - Norte CEP: 64.001-470				

PIS (0,0500%): R\$ 0,00	DOFINS (3,0000%): R\$ 0,00	ENSS (11,0000%): R\$ 0,00	IR (1,5000%): R\$ 0,00	CSL (1,0000%): R\$ 0,00
----------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 200,00

Valor Total das Desonerações: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 200,00	Alíquota: 3,00%	Vetor da ISS: R\$ 6,00
---	--------------------------------	--------------------	---------------------------

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência da Nota Fiscal: 10/2017
 Local de Prestação do Serviço: TERESINA/PI
 Número de consulta no CBO ISSQN referente à nota NFSe: 10/11/2017

Tributável: TRIBUTÁVEL
 InscMun: TERESINA/PI
 Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR

ISSQN: 085009901 - LIAUDI CAD OFICINADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE NA ESPAÇO CULTURAL ANTENOR DANTAS
 Serviço: 001 - Consulta e Exame clínico.

O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA

INFORMA PRODUTOS TECNOLÓGICOS E CONSUMO S/A

CNPJ: 04.899.310/0250-21
Inscrição Estadual: 19540/687
Inscrição Municipal: 450/497
AVENIDA FRET SERAFIM, 2402 - CENTRO, TERESINA,
PI, BRASIL - 04001540

DETALLE DE CREDITOS

Código	Descrição	V.Ud.	V.Ud. + IVA	V.Ud. + IVA + IRH	V.Iva(IH)	V.Pago(BR)	Obs
	<u>ANEXO 29/06/2013 DPPS - C1</u>						
2.00	CH	91,09	10,37			101,46	DILCELEX
21.000							
1.00	CH	5,45	0,60			6,05	-----

QTDA. TOTAL DE ITENS	2
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS R\$	90,24
VALOR TOTAL R\$	83,02
FORMA DE PAGAMENTO	VALOR PAGO
DÚPLAS	83,02
VALOR PAGO R\$	83,02
DESCONTO R\$	7,22

Informação dos Tributos Totais
Incidentes S4 (Lei Federal 12.812/2012).

WIC COORDINATE: 7,22
X: 219314 Y: 23735 L: 292
PBC930817737

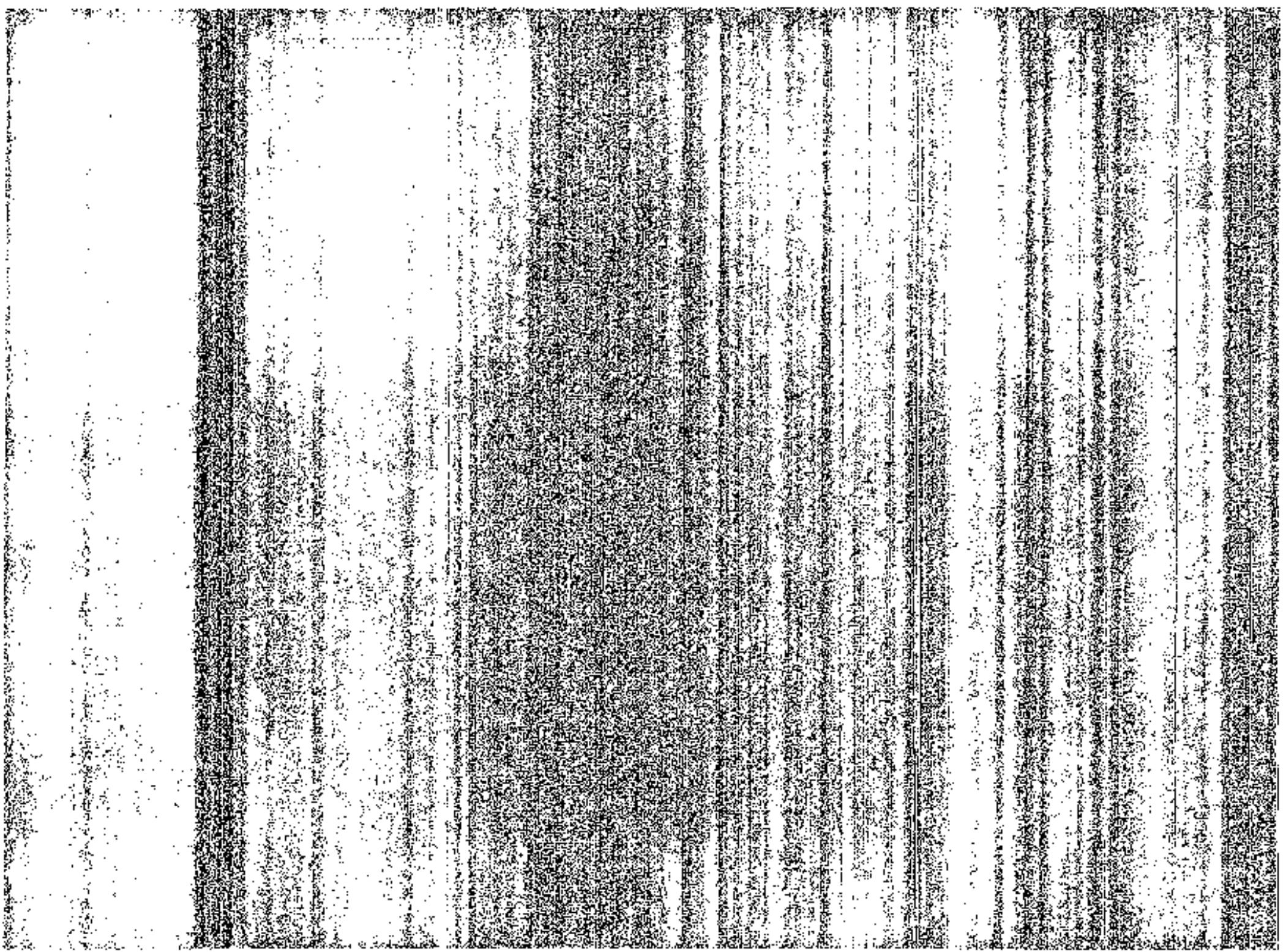
Assunto: 30355 Série: 1
Criação: 2017-10-20T15:38:00-03:00
Sua(s) Jo (Conselho)
Consulte pela Caixa de Pesquisa em <https://acesse.seara.pi.gov.br/>
CEP/UF: CNAE DE ACESSO

CONSUMIDOR

**DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
DPWAT**
CONTROLE RADIOSISTEMAS



Protocolo de autorização: 3221703663100855 2017-10-13T15:37:58-03:00





Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone: 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.878.026/0001-77 * I.E. 1.600

www.sanomarcos.org.br

Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Emissor

Nome completo: Geivani Borges Da Silva Freire

CRM: 4180 PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE * TERESINA - PI * 64.000-000

Prescrição:

oral

Pamelor 25 mg 2 caixas
tomar 1 cp 1x / dia à noite

Geivani Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

- Data: 10/10/2017

Assinatura do Médico

DATA DE EMISSÃO: 10/10/2017
CRM: 4180
DATA DE VENCIMENTO: 31/12/2017
VALIDADO: SIM
3 DUT. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-000

Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Ogr. Professor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____



INFARMA PRODUTOS FARMACEUTICOS E COSMETICOS S/A

CNPJ: 04.899.316/0250-21

Inscrição Estadual: 145407687

Inscrição Municipal: 4501197

AVENIDA FRET SERVOLH, 2402 - CENTRO, TEHLIMA.

PI, 83951 - 64000-040

NOME NF-e Documento Auxiliar da Nota Fiscal de
Consumidor Eletrônica.

Não permite apresentamento de créditos TCMs

Descrição	Quantidade	Unid. Venda(R\$)	V. Unid(R\$)	V. Total(R\$)	Imposto(s)
Q16 Unid V.100ml(R\$) V.100ml(R\$)	9	TOURIN W.PODERAU J02994			
2 UNDX PCT 300	1,00	27,71	3,43	27,7549668	ICMSF0015
CNG 60 (IMP REV CL)	1,00	29,10	10,41	81,10312317	ICMS LOSER
TANIA POSSUÍR 500g 30 CINT (1)	2,00	9,65	2,38	19,30	

QTD. TOTAL DE ITENS	3
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS R\$	131,11
VALOR TOTAL R\$	120,61
FORMA DE PAGAMENTO	VALOR PAGO
Outros	120,61
VALOR PAGO R\$	120,61
DESCONTO R\$	10,50

Informação dos Tributos Totais 15,29
Incidentes R\$ (Lei Federal 12.741/2012).

ICMS ECONOMICO- 10,50
IBI: 254589 ATEND: 80239 (3: 4148 L: 292
PACERTA: 77,75%

Numero: 35552 Data: 1
Emissor: 2017-11-09T20:00:00-03:00
Nº de Consultor:
Consulte sua Chave de Acesso em <http://verific.sefaz.mt.gov.br/>
CHAVE DE ACESSO:
2017 1001 8993 1602 9021 6501 1000 035 5210 005 4900

CONSUMIDOR

CONSOMITAR NAO IDENTIFICADO



DEPARTAMENTO DE SIMESTRA DRMAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 NOV. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 465 Loja C Centro - Novo CEP: 54.002-470

N. documento de autorização: 322170021783715 2017-11-09 20:00:29-03

10



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 • Fone: (86) 2106-8000 • 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 • I.E. Sesc

www.sescmarcos.org.br

Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Emissante

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - 64.000-000

Prescrição:

oral

Donarem 50 mg 1 caixa

tomar 1 cp 1x / dia à noite

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM/PI 4180

Data: 07/11/2017

Assinatura do Médico

REFATÁRIO DE SEGUIMENTO
BEMVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
0 HOY, 2017

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

Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____



JM JARMA PRODUTOS FARMACEUTICOS E COSMETICOS S/A
CNPJ: 04.899.316/0250-21
Insc. Est.: 195407687 Insc. Mun.: 4501497
Av. Eng. Frei Serafim, 2402 (CENTRO), TERESINA,
PI. BRASIL 04001340

DANFE NHC-e Documento Auxiliar à Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica.
Não possui o acréscimo do IC de preços TOTS.

Detalhamento		
Qtd.	Un. L. Lin (KG)	U. Trib(R\$) V. Iot(R\$) U. Pago(R\$)
1000569	CD. MATERIAIS INDUSTRIAL	25,00 30,00 25,00
2,00	X	21,32 3,75 14,54
240056	SER. PRIMERICO. POMELO 200G FP-11	
1,00	CS	7,06 0,48 7,06
546688	COMBUSTÍVEL 50L COMP. SERV-I	
1,00	CS	20,10 0,51 19,13
1028854	TRUCK PEG. 30%	
1,00	98	28,07 3,97 26,67
1165243	SER. HIGIENICO 200ML 250ML 300ML FP-1	
1,00	CS	6,51 0,40 6,51
3656104	SER. CEP/UNICEL 250ML 300ML FP	
1,00	CS	32,35 1,56 32,36
132471	65P. LIGARTECH 50L 50KG 300ML FP	
1,00	CS	12,35 0,81 11,53
QTD. TOTAL DE ITENS		7
VALOR TOTAL DOS PRIMÓTIOS R\$		226,09
VALOR TOTAL R\$		145,51
FORMA DE PAGAMENTO		VALOR PAGO
Outros		145,51
VALOR PAGO R\$		145,51
DESCONTO R\$		80,58
Informações Tributares Totais		15,58
Total pagos: R\$ 145,51 IPI: R\$ 12,741/21,21		

WNE EDITION: 80,58
ID: 26005 MHD: 8294 LV: 475 LJ: 282
S201809-777

CONSUMIDOR
CONSUMIDORES NAO IDENTIFICADOS

Digitized by srujanika@gmail.com

同上

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JAN 2018
PENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 4551 apto C
Centro - Norte - CEP: 66.000-270

62-2020-122 丽水市莲都区人民法院 2021-03-15 0:00



São Marcos
Saudade da vida

Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 - bens 086 2106-8000 - 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. No. 870.026/0001-77 E. Denom.

www.sanmarkos.org.br

Receituário Controle Especial

2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Emissante

Nome completo: Geilvan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180 PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - 64.000-000

Prescrição:

oral

Nortriptilina 25 mg 60 cap
tomar 1 cp 1x / dia à noite

oral

Paroxetina 10 mg 60 cap
tomar 1 cp 1x / dia pela manhã

Data: 03/01/2018

Geilvan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

MANTIMENTO DE CRÉDITO
BEVAF
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JAN 2018
AGENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Campina - Unato - CEP: 64.000-270

Identificação do Comprador

Identificação do Fornecedor

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Assinatura do Farmacêutico

Data: [/] / [/]



www.sanmarcos.org.br
Para todos vida

Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Cidade 23362106-8000-61001-20 * Teresina - PI

C.N.P.J. 05.870.026/0001-77 * C.I. Isento

www.sanmarcos.org.br

Receituário Controle Especial

2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Emissário

Nome completo: Gevan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (06) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE * TERESINA - PI * 64.000-000

Prescrição:

oral

Donarein 50 mg 1 caixa
tomar 1 cp 1x / dia à noite

Gevan Borges da Silva Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

Data: 03/01/18

Confidencial e Exclusivo
BRVAT
CONTÉUDOS NÃO VERIFICADOS
15 JAN. 2018
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelio de Resende, 435 Lote C
Centro - Teresina - PI - 64.000-000

Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissoor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



Prefeitura do Município de Teresina
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Número da Nota:	00001635
Data e Hora de Emissão:	04/01/2018 16:24:48
Código de Verificação:	217b968d

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **SANTOS E RICARTE SÉRVICOS INTEGRADOS EM NEUROLOGIA S.S LTDA**
 CPF/CNPJ: **19.993.236/0001-02** Inscrição Municipal: **447909-2**
 Endereço: **RUA BARTOLOMEU VASCONCELOS, N°2440 - SALA 4 - BAIRRO PICARRA - CEP:64015-030**
 Município: **TERESINA** UF: **PI**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ADJUNTO FERNANDES NETO**

CPF/CNPJ: **217.435.333-49**

Endereço: **RUA SOTERO VAZ, N°5150 - BAIRRO ALTO ALEGRE - CEP:64002-620**

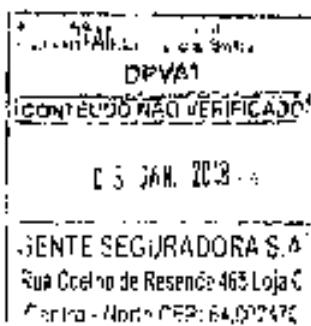
Município: **TERESINA** UF: **PI**

E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição:
 Consulta médica
 Dr. Adm.
 Dr. Adm.
 Dr. Adm.

Tributável	Item	Qtda	Unidade R\$	Total R\$
SIH	SERVIÇO MEDICO	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00



PIS (0,6500%):	COFINS (3,0000%):	IPISS (1,0000%):	IR (1,0000%):	CSL (1,0000%):
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 200,00

Valor Total das Deduções:	Base de Cálculo:	Aliquota:	Vlor da ISS:
R\$ 0,00	R\$ 200,00	3,00%	R\$ 6,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Outorgamento da Nota Fiscal: **01/2018**

Tributação: **TRIB. FÍVEL**

Local da Prestação do Serviço: **TERESINA/PI**

Endereço: **TERESINA/PI**

Data de vencimento da ISSQN referente à esta NFSe: **14/01/2018**

Reembolso: **ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR**

CFN/CFN: **065005931 - ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE**

Serviço: **3401 - Medicina e farmácia.**

O CRECIMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA



 <p>Prefeitura do Município de Teresina SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe</p>	Número da Nota
	00001686
	Data e Hora de Emissão 07/03/2018 11:51:22
	Código de Verificação 1936dec1

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: SANTOS E RICARTE SERVICOS INTEGRADOS EM NEUROLOGIA S.S LTDA

CNPJ/CNPJ: 19.993.236/0001-02 Inscrição Municipal: 447909-2

Endereço: RUA BARTOLOMEU VASCONCELOS, N°2440 - SALA 4 - BAIRRO PICARRA - CEP:64015-030

Município: TERESINA UF: PI

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ADJUNTO FERNANDES NETO

CPF/CNPJ: 21.7.435.333-49

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA, N°5150 - BAIRRO ALTO ALEGRE - CEP:64002-620

Município: TERESINA UF: PI

E-mail: notasfiscais@saobernardo.org.br

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOSDescrição:
servicos medicos
exames

tributável	Item	Qtds	Valor Un R\$	Total P\$
SIM	SERVICOS MEDICOS	1	200,00	200,00



IPI (0,0000%): R\$ 0,00	COFINS (3,0000%): R\$ 0,00	INSS (1,0000%): R\$ 0,00	PIS (1,0000%): R\$ 0,00	CSLL (1,0000%): R\$ 0,00
----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 200,00

Valor Total das Obrigações:	Imposto de Circulação:	Alíquota:	Valor da ISS:	
R\$ 0,00	R\$ 200,00	3,00%	R\$ 6,00	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Compreensão da Nota Fiscal: 03/2018

Cobrança: TRIBUTÁVEL

Local de Prestação da Serviço: TERESINA/PI

Incidência: TERESINA/PI

Data de vencimento do ISSQN referente à esta NFSe: 10/04/2018

Recalhamento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR

CNAE: 865309901 - ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Serviço: CHD3 - Medicina e Biomédica.

O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA



440 milhas
Tudo toca vida

Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 - Fone (86) 2106-8000 e 64001-280 Teresina - PI

C.E.P.: 64.070-026/0001-77 - C.I.E. Isaura

www.sanmarcos.org.br

Receituário Controle Especial

2º VIA - PACIENTE

Identificação do Emissante

Nome completo: Geilvan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5167 - ALTO AI FOGO - TERESINA - PI / 64.000-000

Prescrição:

Oral

Nestozolina 25 mg 2 caixas

Tomar 1 cp. 1x / dia à noite

Oral

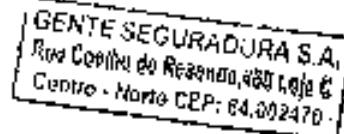
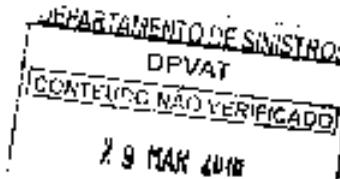
Doxazepen 100 mg 1 caixa

Tomar 1 comprimido à noite

Data: 06/03/2018

Assinatura do Médico

Geilvan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180



Identificação do Comprador

Nome completo: _____

R.G. _____ C.R. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 • Telef. 086 2106-8011 • 64001-280 Teresina - PI

C.N.P.J. 06.870.026/0003-77 • I.E. Isento

www.saoMarcos.org.br

Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Emissor

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180/PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 6150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - 64.000-000

Prescrição:

oral

Biotriptilina 25 mg 2 caixas

Tomar 1 cp 1x / dia à noite

Ora:

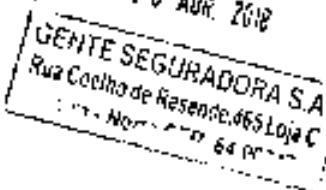
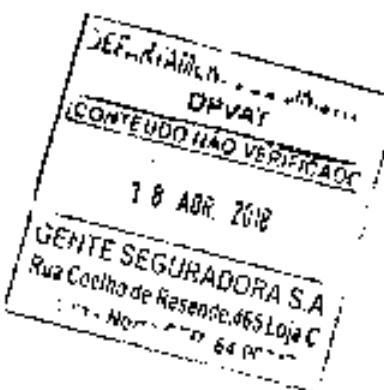
Danazol 100 mg 1 caixa

Tomar 1 comprimido à noite

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Médico

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM: PI 4180



Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

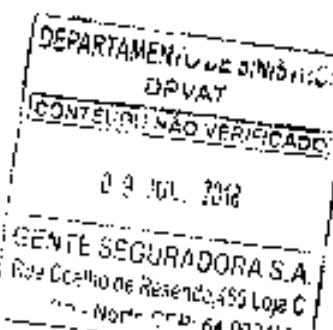
UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico: _____

Data: ____ / ____ / ____

 Prefeitura do Município de Teresina SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe	Número da Nota 00001759 Data e Hora de Lacreção 05/07/2018 16:18:23 Código de Verificação 309316ef										
PRESTADOR DE SERVIÇOS  Nome: Marca Social: SANTOS E RICARTE SERVICOS INTEGRADOS EM NEUROLOGIA S.S LTDA CNPJ/CNPJ: 18.993.236/0001-02 InSCRIÇÃO MUNICIPAL: 447909-2 Endereço: RUA BARTOLOMEU VASCONCELOS, N°2440 - SALA 4 - BAIRRO PICARRA - CEP:64015-030 Município: TERESINA UF: PI E-mail: marciapeitier@outlook.com UF: PI											
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Qualificação Social: ADJUNTO FERNANDES NETO CPF/CNPJ: 217.435.333-49 Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA, N°5150 - BAIRRO ALTO ALEGRE - CEP:64002-620 Município: TERESINA UF: PI E-mail: marciapeitier@outlook.com											
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS											
<p>Descrição: Atendimento e Consulta Médica de DIA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Tributável SIM</th> <th style="text-align: left;">Item</th> <th style="text-align: right;">Qtd</th> <th style="text-align: right;">Unidade R\$</th> <th style="text-align: right;">Total R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Serviços Médicos Prestados</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">200,00</td> <td style="text-align: right;">200,00</td> </tr> </tbody> </table>		Tributável SIM	Item	Qtd	Unidade R\$	Total R\$		Serviços Médicos Prestados	1	200,00	200,00
Tributável SIM	Item	Qtd	Unidade R\$	Total R\$							
	Serviços Médicos Prestados	1	200,00	200,00							
ICMS (0,6500%): R\$ 0,00	COFINS (0,0000%): R\$ 0,00	INSS (11,0000%): R\$ 0,00	IR (1,5000%): R\$ 0,00	CSLL (1,0000%): R\$ 0,00							
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 200,00											
Total das Deduções: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 200,00	Aliquota 3,00%	Valor do ISS: R\$ 6,00								
OUTRAS INFORMAÇÕES											
Mês de Caducidade da Nota Fiscal: 07/2018 Local da Prestação do Serviço: TERESINA/PI Data de Vencimento do ISSQN referente à esta NFSe: 10/08/2018 CNAE: 85509991 - ACTIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE Serviço: C01 - Medicina e Diagnóstico.		Tributação: TRIB. ITÁPI , Instituição: TERESINA/PI Recolhimento: CSA - RECOLHIMENTO PELO PRESTADOR									
O CREDENCIAMENTO PARA EFETUAÇÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA											





Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I.E. Isento

www.saomarcos.org.br

Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Emissante

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180 PI

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

UF do CRM: PI

Nº: 4180

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE * TERESINA - PI * 64.000-000

Prescrição:

oral Paroxetina 20 mg 2 caixas

tomar 1 cp 1x / dia pela manhã

oral Donaren 50 mg 1 caixa

tomar 1 comprimido à noite

Data: ____/____/____

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 SET. 2010

GENTE SEGURADORA S.A.

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

Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



CNPJ: 06.626.253/0626-96
EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
Av Duque de Caxias, 4308 - Águia Mineral
TERESINA-PI, CEP: 64006-245

DNFNE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota
Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código Descrição	Qtda UN	Vl. Itens	Vl. Total
364991 FILTRUM ULTRA SECO FPS30 CR GEL 60G	1 UN	73,48	73,48
Desconto sobre item 118850 DOMAREN 50MG CP/60 P/C1	1 CX	86,48	86,48
De: 86,48 Por: 70,83			
Desconto sobre item 316040 CL PAROXETINA 20MGCP/30 G-ME P/C1	1 UN	64,84	64,84
Desconto sobre item		-6,48	
Qtde. total de itens		3	
Valor a Pagar R\$		188,68	
FORMA PAGAMENTO		VALOR PAGO R\$	
Cartão Crédito		188,68	

Consulte pela Chave de Acesso em:
www.sefaz.pi.gov.br/nfce/consulta

2218 0906 6262 5306 2696 6500 7000 0797 4910 0015 6797

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



NFC-e nº: 79749 Série: 7
25/09/2018 17:58:14

Protocolo de autorização:
322180116624374

Data de autorização:
25/09/2018 17:58:12

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OlaFilipe, seja bem-vindo(a) ao novo programa de fidelidade! Sempre Pague Menos. Agora você tem benefícios personalizados pra você. Parabéns! Você é um cliente sempre. Nessa compra você economizou R\$ 36,12. Seu saldo de julho a dezembro/2018 é de R\$ 38,94. AtinjaR\$ 500,00 ate31/12/2018 e seja um cliente ouro. Esse valor é uma estimativa do seu saldo de compras, excluindo medicamentos e serviços. Suas compras são contabilizadas em até 15 dias. Confira o regulamento e saiba mais em paguemenos.com.br/sempre

CPF CLIENTE SEMPRE: 012.***.***-61
Operador: 80878 Vendedor: 74187
Trib aprox R\$ 36,11 Fed e R\$ 14,87 Est e R\$ 0,00 Muni
Fonte: IBPT ca7g13
Obrigado e Volte Sempre.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 SET. 2018

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



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * L.E. Isento

www.saomarcos.org.br

Receituário Controle Especial 1ª VIA - FARMÁCIA

Identificação do Emissante

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180 PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI * 64.000-000

Prescrição:

oral

Paroxetina 20 mg 2 caixas
tomar 1 cp 1x / dia pela manhã

oral

Donaren 50 mg 1 caixa
tomar 1 comprimido à noite

Data: 23/08/18

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico



Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____ / ____ / ____

EMPREENDIMENTOS FARMACEUTICOS GLOBO
AV DOW INVERNO 4650
BOMBA DO SOL - NERÉZINA - PI
CEP : 66.055-306
TELEFONE : (66) 31.896-7550

CNPJ: 68.583.997/0008-05 ISS: 198119970
AII: 1000000
27/09/2010 19:34:32 ISS: 100013718

Documento Ausster der Nigla Fiscal de Consumidor Eletronica

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

ENTIDA DE CONFIERCA
Pendente de autorizacao

Código	Descrição	Qtds	UN	VlUnit	VlTotal
003236	DONBROS 500G C/ 1,00 CM	66,48		54,48	
00112	FRAGOLA TARTA JAMB X 100 GR	66,94		53,94	

Qtda. total de itens 3 01
 Valor total R\$ 216,16
 Descontos 103,69
 Valor a Pagar 112,46

FOSSIL FABRICAÇÃO **VALOR R\$00,00**

Cortado	112,42
Trocó X#	0,00

L'informació sobre els drets de l'acceder es troba en <http://www.etsiba.upc.es/biblioteca/comunitat-acad%C3%A8mica/>.

0963 5030 0700 8805 8500 2000 0237 1890 0023

Sumario:23716 Serie:2 27/09/2018 19:34:08

Via Consumer
Protocolo de Autorizacão:
REMITIDA PELA CONCESSIONÁRIA



FD0000029103
FBI ECONOMIC DIVISION
Attendee per: LUCAS WASHINGTON DC, a LIMA
Vendor: 2173

Cabot: 002 Lote: 150 27/09/2014 5

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I.E. Isento

www.saomarcos.org.br

Receituário Controle Especial

2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Emissante

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180 PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE * TERESINA - PI * 64.000-000

Prescrição:

oral

Paroxetina 20 mg 2 caixas
tomar 1 cp 1x / dia pela manhã

oral

Donaren 50 mg 1 caixa
tomar 1 comprimido à noite

Data: 24/1/19

*Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM: PI 4180*

Assinatura do Médico

Drogasil

Rua Drogasil S/A
AVENIDA FREL SERAFIM, 3078 - CABRAL - TERESINA - PI
Telefone: (86) 3221-4652
CNPJ: 61.585.065/1796-15 - I.E.: 196093732

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

R#	COD.	DESC.	QTD	UM	VL UNIT	R\$	ALTO	IVL	ITER	R\$
01	34104	*PAROXET 20MG EN630-C1	1,00	Unx	113,22	F	113,22			
		De 113,22 por 62,27 desconto de			50,95					
		Valor Líquido			62,27					
02	34104	*PAROXET 20MG EN630-C1	1,00	Unx	113,22	F	113,22			
		Da 113,22 por 62,27 desconto de			50,95					
		Valor Líquido			62,27					
03	12021	*DONAREN 50MG 60'S-C1	1,00	Unx	86,40	F	86,40			
		De 86,40 por 77,83 desconto de			-8,65					
		Valor Líquido			77,83					
		QTD. TOTAL DE ITENS			8					
		VALOR TOTAL DESCONTO R\$			110,55					
		VALOR TOTAL R\$			202,37					
		FORMA DE PAGAMENTO			VALOR PAGO					
		DINHEIRO			4,00					
		PIX			199,99					
		VALOR TOTAL PAGO R\$			203,99					
		TROCO R\$			1,00					



Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____ / ____ / ____

Receituário de Controle Especial

1ª via - Farmácia - 2ª via - Paciente



105.522.917/0036-08

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE 'LÍMEU ARAÚJO'

Rua Magalhães Filho, nº 152/Centro

CEP: 6401-350 - Teresina-PI

Identificação do Emitente

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF do CRM: _____ Nº _____

End. Completo: _____

Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: *Adriano Pimentel Neto.*

Endereço:

Prescrição:

1. Paroxetina 20 mg _____ 24
ta 1x dia mês

2. Jardine 50 mg _____ 24
ta 1x dia mês

Data: *19/3/19*

Assinatura do Médico

Gervan Borges da S. Freire

NEUROLOGISTA

CRM-PI/4180

Identificação do Comprador

Nome Completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. Completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico:

Data: */ /*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

Drogasil

Rua Drogasil S/A
AVENIDA FRELSEIO 1619 - CENTRO - TEIXEIRA - PI
Telefone: (86) 3025-1210
CNPJ: 01.585.065/0000-03 - IE: 136174/16

**NFC-e - Documento Auxiliar
de Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS**

41 QTD. I DESCT I QTD. I UN I VL. UNIT R\$ I ALINH VAL. TOTAL R\$
01 27502 - GELATINA 100G 30'S LT 1,00 UNX 79,09 F 79,09 De 79,09 por 65,78 desconto de 7,31 Valor Líquido 65,78
02 12021 - BOMBEIR 500G 60 S-CL 1,00 UNX 86,48 F 86,48 De 86,48 por 77,83 desconto de 9,35 Valor Líquido 77,83
QTD. TOTAL DE ITENS 2 VALOR TOTAL DESCONTO R\$ 15,96 VALOR TOTAL R\$ 143,61 FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO PBOB 143,61

Irrib Retax P\$0,00 Federal e 0,00 Estadual
Fonte: IBPT

NFC-e N. 000013780 Série 002
Emissão: 19/03/2019 13:42:30

Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso na
<http://metas.sefaz.pi.gov.br/nfcepub/index.jsp>

CHAVE DE ACESSO
2219 0361 5058 6518 5003
6500 2000 0137 0014 0275 2306

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

Consulte via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização: 322190035930271
19/03/2019 13:42:38

POR: 062 Ld: 2534 Cof: 0000033677





Prefeitura do Município de Teresina
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Número da Nota:

00005139

Data e Hora de Emissão:

07/03/2019 11:10:24

Código de Verificação:

ef45c3a8**PRESTADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **BIOANALISE LTDA**CPF/CNPJ: **01.038.328/0018-08**Inscrição Municipal: **453014-4**Endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, Nº4316 - BAIRRO ÁGUA MINERAL - CEP:64006-221**Município: **TERESINA**UF: **PI****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **ADJUTO FERNANDES NETO**CPF/CNPJ: **217.435.333-49**Endereço: **R R SOTERO VAZ DA SILVEIRA, Nº5150 - BAIRRO PRIMAVERA - CEP:64002-620**Município: **TERESINA**UF: **PI**E-mail: **AGUAMINERAL@BIOANLISE.COM.BR**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição:
EXAMES LABORATORIAIS

Tributável SIM	Item EXAMES LABORATORIAIS	Qtde 1	Unitário R\$ 250,00	Total R\$ 250,00

PIS (0,0000%):
R\$ 0,00COFINS (0,0000%):
R\$ 0,00INSS (0,0000%):
R\$ 0,00IR (0,0000%):
R\$ 0,00CSLL (0,0000%):
R\$ 0,00**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 250,00**

Valor Total das Deduções:	Base de Cálculo:	Aliquota:	Valor do ISS:	
R\$ 0,00	R\$ 250,00	3,00%	R\$ 7,50	

OUTRAS INFORMAÇÕESTributação: **TRIBUTÁVEL**Incidência: **TERESINA/PI**Data de vencimento do ISSQN referente à esta NFSe: **10/04/2019**Mês de Competência da Nota Fiscal: **03/2019**Local da Prestação do Serviço: **TERESINA/PI**RPS/SÉRIE: **5139/99 (07/03/2019)**Recolhimento: **ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR**CNAE: **864020200 - LABORATÓRIOS CLÍNICOS**Serviço: **0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.**

O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**22 MAR. 2019**

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 MAI 2019

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

Drogasil

Rua Drogasil S/n
AVENIDA FREI SERAFIM, 1719 - CENTRO - TERESINA - PI
Telefone: (86) 3025-1218
CNPJ: 61.585.665/1850-03 - I.E: 196174716

BANFE MFL-e - Documento Auxiliar
de Nota Fiscal do Consumidor Eletrônico
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

#	COD I	DESC I	DTB I	UN I	VL UNIT RE I	SLIG UNL I	ITEM RS
01	06436	MIMESUL380	100	CTG 125	1,60	Unx	17,15 F
		De 17,15 por 15,44 desconto de			-1,71		
		Valor Líquido			15,44		
02	26795	PROPHAM 40 TES 30'S	1,00	Unx	3,50	F	3,50
		De 3,50 por 3,51 desconto de			-0,39		
		Valor Líquido			3,51		
03	12021	*DOWRAN 50G 50'S CL	1,00	Unx	90,23	F	90,23
		De 90,23 por 81,21 desconto de			-9,02		
		Valor Líquido			81,21		
04	57242	LOSARTAN 50 PRG 30'S	1,00	Unx	9,65	F	9,65
		De 9,65 por 8,69 desconto de			-0,96		
		Valor Líquido			8,69		
05	27502	*CBRILIN JORG 30'S CL	1,00	Unx	76,24	F	76,24
		De 76,24 por 68,67 desconto de			-7,67		
		Valor Líquido			68,62		
06	05954	KIDROL 25mg PRG 30'S	1,00	Unx	3,23	F	3,23
		De 3,23 por 2,91 desconto de			-0,32		
		Valor Líquido			2,91		
ITD. TOTAL DE ITENS					6		
ITDOR TOTAL DESCONTO RS					20,02		
VALOR TOTAL RS					160,36		
FORMA DE PAGAMENTO					VALOR PAGO		
PMS					160,36		

ITD Aprox R\$ 0,00 Federal e 0,00 Estadual
Fonte: IBPT

NFC-e No. 000016777 Série 002
Emissão 06/05/2019 15:23:06

Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso no
<http://webas.safaz.pi.gov.br/infoavali/index.jsp>
CHAVE DE ACESSO
2219 0561 5858 6518 5003
6500 2000 0167 7712 3099 7515

CONSUNI008
CPF: 217.435.333-49

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização: 322190058503646
06/05/2019 15:23:06

PDV: 602 LU: 2534 Coo: 0000039475

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 MAI 2019

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

Drogasil

Rua Drogasil S/n
AVENIDA FREI SERAFIM, 1719 - CENTRO - TERESINA - PI
Telefone: (86) 3025-1218
CNPJ: 61.585.665/1850-03 - I.E: 196174716

06/05/2019 15:23:10

COO: 0000039475

Comprovante de Operação
Funcional Card

DROGASIL

AV. FREI SERAFIM 1719

6158585185003

Cartão: 6010*****04771215

Data: 06/05/2019 Hora: 15:22:56

Seq: 00308891 NSU: 00829260

Autoriza n: 00821986

Credenciado: 00975414

PreiPDV - COMPRA MEDIC. INF. FARMAC.

TOTAL COMPR.

200,40

DESCONTO:

20,02

10%

TOTAL A PAGAR:

180,38

TOTAL A PAGAR A VISTA:

0,00

TOTAL A PAGAR NO CARTAO:

180,38

RECOMENDO A DEVIDA E AUTORIZAÇÃO DO
DESCONTO DO VALOR NA FORMA PREVISTA

DANIEL PENHA FERNANDES

Projeto Fármacos NBK

Assinatura

RG

O VALOR DE R\$ 180,38 SERÁ PAGO A
DROGASIL PÓR FUNCIONAL CARD

(S1787)

PDV: 002 Loja: 2534

CPF: 217.435.333-49



Receituário de Controle Especial
05.522.919-036-08
1ª via - Farmácia - 2ª via - Paciente

Identificação do Emitente

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF do CRM: _____ N° _____

End. Completo: _____

Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: Ademir Ferreira de M.

Endereço:

Prescrição:

1. Paracetamol 10g _____ Ref.
para 1p dia 10x

2. Dexamol 50 _____ Ref. 1p dia 10x

Geraldo Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Data: 15/10

Assinatura do Médico

Identificação do Comprador

Nome Completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. Completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: 15/10

Drogasil

Rua Drogasil S/R
AVENIDA FREE SERAFIM, 1719 - CENTRO - TERESINA - PI
Telefone: (86) 3025-1218
CNPJ: 61.585.665/0050-03 - I.E: 196174716

**DNFCE NFC-e - Documento Auxiliar
de Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS**

Nº CÓD DESC QTD UN UNID R\$ ALTO VAL ITEN R\$		
01 49469 HINESOLIDA 100 HEG 1,00 UNX 17,64 F	17,64	
De 17,64 por 10,19 desconto de	-7,45	
Valor Líquido	10,19	
02 39831 *TROK-H PENNAR 100 1,00 UNX 14,86 F	14,86	
De 14,86 por 10,19 desconto de	-4,67	
Valor Líquido	10,19	
03 64205 CAPTOPASIL 25 MEG 30S 1,00 UNX 8,35 F	8,35	
De 8,35 por 3,39 desconto de	-4,96	
Valor Líquido	3,39	
04 43633 HIDROCL ZONA EWA 30'S 1,00 UNX 6,93 F	6,93	
De 6,93 por 2,08 desconto de	-4,85	
Valor Líquido	2,08	
05 05956 PROPRANOLOL 40 PRG 30S 1,00 UNX 3,19 F	3,19	
De 3,19 por 1,69 desconto de	-1,50	
Valor Líquido	1,69	
06 10756 MASSAGEOL POM 150 1,00 UNX 11,00 F	11,00	
De 11,00 por 7,19 desconto de	-3,81	
Valor Líquido	7,19	
07 05956 PROPRANOLOL 40 PRG 30S 1,00 UNX 3,19 F	3,19	
De 3,19 por 1,69 desconto de	-1,50	
Valor Líquido	1,69	
08 57142 LOSARTANA 50 PRG 30S 1,00 UNX 9,65 F	9,65	
De 9,65 por 5,39 desconto de	-4,26	
Valor Líquido	5,39	
09 12021 *DOPAMIN 50MG 60'S-CI 1,00 UNX 90,23 F	90,23	
De 90,23 por 48,45 desconto de	-41,78	
Valor Líquido	48,45	
10 05956 PROPRANOLOL 40 PRG 30S 1,00 UNX 3,19 F	3,19	
De 3,19 por 1,69 desconto de	-1,50	
Valor Líquido	1,69	
11 50669 *PAROXET 20MG NEB30-CI 1,00 UNX 67,66 F	67,66	
De 67,66 por 36,79 desconto de	-30,87	
Valor Líquido	36,79	
12 50669 *PAROXET 20MG NEB30-CI 1,00 UNX 67,66 F	67,66	
De 67,66 por 36,79 desconto de	-30,87	
Valor Líquido	36,79	
QTD. TOTAL DE ITENS	12	
VALOR TOTAL DESCONTO R\$	138,02	
VALOR TOTAL R\$	165,53	
FORMA DE PAGAMENTO	VALOR PAGO	
CARTÃO DE CRÉDITO	165,53	

Trib Aprox R\$:0,00 Federal e 0,00 Estadual

Fonte: IRPT

MASTERCARD

CIELO

MASTERCARD

544731*****8790

1a VJA-CLIENTE AUT=280483

DOC=030141 03/07/19 14:28 OML-C

VENDA A CRÉDITO

165,53

VALOR:

(S100)

NFC-e Nr. 000050709 Serie 004

Emissão 03/07/2019 14:28:09

Via Consumidor

Consulta pela Chave de Acesso na
<http://webes.cefaz.pi.gov.br/nfceweb/index.jsp>

CHAVE DE ACESSO

2219 0761 5058 6518 5003

6500 4000 0507 0910 5256 3966

CONSUNITOR

CPF: 012.545.173-96

Consulta via leitor de QR Code





Prefeitura do Município de Teresina
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Número da Nota 00006265
Data e Hora de Emissão 09/08/2019 10:27:53
Código de Verificação 7157aa77

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **BIOANALISE LTDA**
 CPF/CNPJ: **01.038.328/0018-08**
 Inscrição Municipal : **453014-4**
 Endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, N°4316 - BAIRRO AGUA MINERAL - CEP:64006-221**
 Município: **TERESINA** UF: **PI**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ADJUTO FERNANDES NETO**
 CPF/CNPJ: **217.435.333-49**
 Endereço: **R R SOTERO VAZ DA SILVEIRA, N°5150 - BAIRRO PRIMAVERA - CEP:64002-620**
 Município: **TERESINA** UF: **PI** E-mail: **aguamineral@bioanalise.com.br**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição:
 EXAMES LABORATORIAIS
 +SICU

Tributável	Item	Qtde	Unitário R\$	Total R\$
STM	EXAMES LABORATORIAIS ESPECIE	1	245,00	245,00

PIS (0,0000%): R\$ 0,00	COFINS (0,0000%): R\$ 0,00	INSS (0,0000%): R\$ 0,00	IR (0,0000%): R\$ 0,00	CSLL (0,0000%): R\$ 0,00
-----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 245,00

Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 245,00	Aliquota: 3,00%	Valor do ISS: R\$ 7,35
--	---------------------------------------	---------------------------	----------------------------------

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência da Nota Fiscal: **08/2019**

Local da Prestação do Serviço: **TERESINA/PI**

RPS/SÉRIE: 6265/99 (09/08/2019)

Recolhimento: **ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR**

CNAE: **864020200 - LABORATORIOS CLINICOS**

Serviço: **0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorros, ambulatórios e congêneres.**

A EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DE SINISTROS

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO. 2019

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

Valor: R\$ 245,00

Recebemos do Sr(a): ADJUTO FERNANDES NETO

RG: CPF: 21743533349

A importância de: DUZENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS

Referente a adiantamento de pagamento de exames Laboratoriais da O.S. do paciente acima.

Cheque	Nº Banco/Ag	Conta	Vencimento
--------	-------------	-------	------------

Espécie: 245,00

Externo: 0,00 Obs:

Depósito: 0,00

Obs: _____

Bioanalise Ltda. - AGUA MINERAL RECEPCAO - THAIS - 09/08/2019



Paciente:

Sexo: M

Idade: 0 ano(s)

Convênio: PARTICULAR

Período: 21/08/2019

Dt. Registro: 21/08/2019

Código	Descrição	Qtde	Valor Unitário	Valor Total
				36,00
	HEMATOLOGIA			
	HEMOGRAMA C/ PLAQUETAS	1,	36,00	36,00
				230,00
	IMUNOQUÍMICA			
	CALCIO (SORO)	1,	26,00	26,00
	COLESTEROL - HDL	1,	0,00	0,00
	COLESTEROL - LDL	1,	0,00	0,00
	COLESTEROL - VLDL	1,	0,00	0,00
	COLESTEROL TOTAL	1,	0,00	0,00
	CREATININA (SORO)	1,	26,00	26,00
	GLICOSE (SORO)	1,	26,00	26,00
	LIPIDOGRAMA	1,	60,00	60,00
	TGO (ASPARTATO AMINOTRANSFERASE)	1,	26,00	26,00
	TGP (ALANINA AMINOTRANSFERASE)	1,	26,00	26,00
	TRIGLICERÍDEOS	1,	0,00	0,00
	TSH HORMONIO TIROESTIMULANTE	1,	40,00	40,00
				30,00
	URINALISE			
	SUMARIO DE URINA		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	30,00
			CONTEUDO NÃO VERIFICADO	296,00
SubTotal:				296,00
Total Geral:		21 AGO. 2019		296,00
			GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	

OBS: HOUVE UM DESCONTO
DE 51,00 POR ISSO FOI
PAGO SÓ 245,00



Prefeitura do Município de Teresina
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Número da Nota	00006265
Data e Hora de Emissão	09/08/2019 10:27:53
Código de Verificação	7157aa77

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **BIOANALISE LTDA**CPF/CNPJ: **01.038.328/0018-08**Inscrição Municipal : **453014-4**Endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, Nº4316 - BAIRRO ÁGUA MINERAL - CEP:64006-221**Município: **TERESINA**UF: **PI****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **ADJUTO FERNANDES NETO**CPF/CNPJ: **217.435.333-49**Endereço: **R R SOTERO VAZ DA SILVEIRA, Nº5150 - BAIRRO PRIMAVERA - CEP:64002-620**Município: **TERESINA**UF: **PI**E-mail: **aguamineral@bioanalise.com.br****Descrição:**

EXAMES LABORATORIAIS:

ESPECIE:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Tributável SIM	Item EXAMES LABORATORIAIS SPECIE	Qtd	Unitário R\$	Total R\$
		1	245,00	245,00

PIS (0,0000%):
R\$ 0,00COFINS (0,0000%):
R\$ 0,00INSS (0,0000%):
R\$ 0,00IR (0,0000%):
R\$ 0,00CSLL (0,0000%):
R\$ 0,00**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 245,00**

Valor Total das Deduções:

Base de Cálculo:

Aliquota:

Valor do ISS:

R\$ 0,00**R\$ 245,00****3,00%****R\$ 7,35****OUTRAS INFORMAÇÕES**Mês de Competência da Nota Fiscal: **08/2019**Tributação: **TRIBUTÁVEL**Local da Prestação do Serviço: **TERESINA/PI**Incidência: **TERESINA/PI**

RPS/SÉRIE: 6265/99 (09/08/2019)

Data de vencimento do ISSQN referente à esta NFSe: **10/09/2019**Recolhimento: **ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR**CNAE: **864020200 - LABORATORIOS CLINICOS**Serviço: **0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanitários, manicômios, casas de saúde, pronto-socorros, ambulatórios e congêneres.**

A EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA ATESTA O PAGAMENTO DE SINISTROS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

21 AGO. 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

15 AGO. 2019

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

**Secretaria Municipal de Saúde de Teresina-PI
Requisição de Exames**

SUS
589965

CHS I. CENTRO NORTE
Rua Gestão da Cidade, 203 | Parque Alvorada
Cartório 22 | Tributário do Sistente
CNPJ: 05.579.201/0001-19 - Puglisi

Preencher Todos os Campos

Nome do Paciente (preencher sem abreviar)

Aclimante

Fernando Almeida

Nascimento

06/12/12

Idade

Mas

Fem

RG / CPF

545792-214333469

E-Mail

Endereço

AV. VEN. DR.

MARCELO

UF

PI

Fones

(88) 257881

CID 10

</div

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Daniel da Costa Fernandes

RG nº 04.529.352-7 data de expedição 19/03/13

Órgão Setran-PB, portador do CPF nº 012.546.123-96, com
domicílio na cidade de Teixeira no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Soledade Vizinha, Alto Alegre, nº 3100

complemento _____ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) da minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Adriano Fernandes Neto, cujo(s) condutor(s) era
Adriano Fernandes Neto

Veículo moto/cicleta

Modelo: Honda Biz

Ano: 2010

Pisca: PIRA-8248

Chassi: 9E23JC70066R128018

Data do Acidente: 06/08/17

Local e Data: Teixeira, 16/07/17



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Certidão de S^º Ofício de Notas

Jaria Rita Barros de Alencar

Estravento Comunicação

Treze de Julho de 2017

TERCEIRO OFÍCIO DE NOTAS -
NOTARIA - AGRAVANTE MARINA RODRIGO DE SOUZA
DATA DE SETEMBRO 2017 - CENTRAL NORTE - CERIMÔNIA DE TERCEIRO
OFÍCIO DE NOTAS - MARINA RODRIGO DE SOUZA

PEQUENO FOR AUTENTICIDADE A FAVORE DE MARINA RODRIGO DE SOUZA
FERNADEZ 13/07/2017 EXP 03/08/2017 TUR 23/07/2017 Total 300000,00
TESTIMONY 13/07/2017 EXP 03/08/2017 TUR 23/07/2017 Total 300000,00
SANTOS 13/07/2017 EXP 03/08/2017 TUR 23/07/2017 Total 300000,00
MARINA RODRIGO DE SOUZA 13/07/2017 EXP 03/08/2017 TUR 23/07/2017 Total 300000,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21/08/2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-070

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-070



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
[Redacted]
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64002-270

NOME DO PACIENTE: Assis Reymond Lemos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 443531

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64002-270

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

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

FICHA DE PARECER PROFESIONAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADJUNTO FERNANDES NEVES		Pontuário: 142537
Mae: MARIA LEPER DO NASCIMENTO CARVALHO		Pai: RICARDO CARLOS
End. Resid.: RUA 220 BLOCO 01 - SALA 006 - CEP: 64000-010		
Nascimento: 08/07/1982	Estado: SC - IM: 03	Sexo: Masculino
Residencial: O LARNO	CNAE: 450002126214244	
Profissão: ALFERESS	Nascimento: RG: 345752 - SSPPI	
E. Instrução: NAO INSTRUÍDO	E.Civil: Ignorado	
End. Ofício:		

DADOS DE ATENDIMENTO

Código: 605918 | Data: 05/05/2017 11:57:19 | Class. Corr: Amarelo
Motivo da Detenção: SUSPEITA DE TRAMPA, FRAUDE, E/EXORTO/INT. THOTOC | Convenção U.S.

MARCOS DA SOLICITAÇÃO (1):

DATA/HORA SOLICITACAO: 06/05/2012 - 12:52 - DESEJO/ESTADO: NEUROGIGRASIN

MOTIVO DA SOLUÇÃO: TCS (comunicação de resultado) - Glaxosmithkline

Bruno Mazzoni
Romano
CMB-PIST
Carabinieri/avvocatura difensiva

DADOS DO PARENTES / Data/Hora

~~W. H. C. - 1900~~ ~~W. H. C. - 1900~~

DODGES DA SOLICITAÇÃO

– Data from [Santos et al. \(2012\)](#)

ESPECTACULOS

第二步：设置全局颜色

Digitized by srujanika@gmail.com

MOTIVO DA BOA-FIAZ

10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

DEPARTAMENTO DE INSTRUCCIONES

www.orientalmedicine.com

ESTATE PLANNING

[View all posts by **John**](#) [View all posts in **Uncategorized**](#)

2 1866.4517

GENESECTURADOBIS S/A

GENIE SEGURODURA S.A.

Fonte: MCTIC/CERI/SEAD/IBGE

Czajko/Businayev prof. Pareckie



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAGÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOOME DO PACIENTE

Adjunto Fernandes Neto

ADM: 06/05/2017

PROTÓRIO
442537

DATA DE NASCIMENTO
06/02/1962 55a Neurologia

ENFERMAG.
211

LEVO
02/05/2017

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

TCE - politraumatizado

ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA/HORA DA
PRESCRIÇÃO
10/05/2017

HORÁRIO

MÉDICO ASSISTENTE

Ricardo

OBSERVAÇÕES

1. Dieta branda
2. SFG 5% 1500ml EV/dia
3. Ranitidina lamp + AD EV lento 8/8h
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h (SOS)
5. Planet lamp + AD EV 8/8h (SOS)
6. Fenitoína 100mg VO 8/8h
7. Tramal 50mg VO 6/6h (se dor intensa)
8. Diazepam 10mg VO (SOS)
9. SSW 6/6h

GENESE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 45 Loja C
Centro - Marília - SP - CEP: 14300-070

DEPARTAMENTO DE SENSIBILIZAÇÃO
CONTENDOR DE VERIFICAÇÃO
DR. VIVIANA

Plano de tratamento antecipado
Major, pro da ferida do
cavalo - Equado
a. Bala atingiu o
músculo braciano

b. Tensão muscular
de 70 a 600cc

c. Pct de dfa
desidratada + Rosto
Aflo Octapedia

MÉDICO/CRM:
21 ADO. 2017

DEPARTAMENTO DE SENSIBILIZAÇÃO
CONTENDOR DE VERIFICAÇÃO
DR. VIVIANA



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

RESCRIÇÃO MÉDICA



POSTO 01

NOME DO PACIENTE	PRONTO-ARQUIVO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENQ. DE APT.	LEITO
				211	metra
				MÉDICO ASSISTENTE	
				NEURO	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
ALÉRGIAS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
06/05/2010			HORARIO	OBSERVAÇÕES	
1. Dieta Brótoeal				15h Pós-almoço, sente-se mal, náuseas, vômitos, febre 38°C.	
2. SF 0,9% 2000ml EV dia				15:30 Tomada consciente, orientada	
3. KCl 10% 10ml/soro				expeira em repouso no leito. Vomita MSS, sem alergia medicamentosa	
4. Ranitidina 1amp + 18ml AD EV 8/8h				Intolerância. Fazia melhora de	
5. Bromoprida 1amp p+ AD EV (SOS)				aperto estômico prescrita. Sintese espontânea. Encaminhado para o	
6. Fenitoína 2ml + 18ml AD EV 8/8h (mio 1a, 1c)				COREN-PI 177.824	
7. Haladol 1amp IM (SOS)				15:50 Sôf. Pct. admittido	
8. Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SOS)				nos P-Os. Consciente, orientado,语气, risos. Suspiciose	
9. Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM				suspeito de psicótico E.	
10. SSVV 6/6h				Sintese espontânea	
11. Fenofamina 100mg					
MÉDICO/CRM:					
GER. SEGURO-RÁTIO	2.1	ADM. 2010			
Rua Capitão de Resende, 455 Cj. C Centro - Norto CEP: 54002440					

- 495

20

1848/6

AUDIO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSI

ANM : 221710033626-4
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

ADJUNTO FERNANDEZ VELASCO

→ NASCIMENTO
→ 06/02/1962

D.LIBERA-10/03/2011

LAURE : 04/05/2013 00:00:00 04/05/2013 00:00:00
CONSERVATION DE LA FAUNE SAUVAGE CRAN L'EN
ASS. MEDAILL RESPONSABLE

Código da
Internação:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

E-Nome: ADJUNTO FERNANDES NETO			E - Frontaria: 408937
7-CNPJ:	890002326214244	8-Nascimento: 06/02/1962	9-Sexo: Masculino
11-NMj:	MARIA EDUARDO FERNANDES CARLOS	12-Fone:	845792 - 88881
13-Resp:	(O MESMO)	14-Cort:	Sem. Informação
15-Endr:	RUA SAO PEDRO PRA 5150 - ALTO ALGCRE - CEP: 64000-010		
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.TABR: 222100	18-UF: PI
			19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

- #### - Principais sinais e sintomas clínicos:

se sinalis e sintomas clinicos:
Paciente caiu da moto
com feridas e vermelhas.

21 - Condições que justificam a internação:

✓

22 - PRIMÓGENOS: resultados de provas dialetais (Resultado de exames realizados) :

TC: Centaur

23. Diagnóstico inicial:

Outros exantemas intracranianos

PROCEDEMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0303440092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOCERÁLICO (TRAJ) (SUSP)

-Clinicas: 30-Captores; Ident.: 31-Docxpx; 32-Rec. Med. Solicita-

02 . 0

БІЛБОВА КОДОВКА ІСТЬ ВІД ПІДПІД

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXPRESAS - (EXTRAMARITAL OU VIOLENCIAS)

ACIDENTE DE TRÂNSITO		DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	CONTEÚDO DA NOTA VERIFICADA	DATA
26-1	1 Acidente de Trânsito	09-Envio Seguradora	40-Do. Sistemas	01-05-2016
37-1	1 Acidente Trabalho Típico	47-CKRPF Empreend.	41-21-100.400	43-CKRPF Empreend.
38-1	1 Acidente Trabalho Trabalho	47-CKRPF Empreend.	44-CHOMC	
43 - Vínculo com a Previdência:			GENTE SEGURADORA S.A.	
1 - Empregado	1 - Empregador	DEPARTAMENTO DE SINISTRO	Rua Goiás, 400 - Resende, RJ - Loja Cipócentro	01-05-2016



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA / HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Zona: 86 3229-0672
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-52

Página de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADJUNTO FERNANDES NETO** (Prontuário: 442637)

Endereço: RUA SÃO PEDRO PAZ 5180 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 06/02/1962 Idade: 55a:3m:2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Anuidade: 606916

Requisição: 740351 Solicitação: 08/05/2017 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA

Contato: 82731 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206010079

Data Exame: 08/05/2017

T.G. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBCALEAL PARTEO-TEMPORAL À ESQUERDA, COM ENFISEMA ASSOCIANO.
- HEMORragia SUBARACNOIDEA SUPRATEMPORAL À DIREITA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CONTUSÕES PARASCLEROTICAS HEMORRÁGICAS TEMPORAIS À DIREITA.
- ENCEfalite ALVEOLAR SUPRATEMPORAL À DIREITA.
- FRATURA PARTEO-TEMPORAL À ESQUERDA, COM ENVOLVIMENTO DA MASTOIDE.
- FRATURA NO ARCO ZEgomáTICO ESQUERDO.
- MATERIAL HEMORRÁGICO EM MASTOIDE E OUVIDO EXTERNO À ESQUERDA.

(Luis Cezar)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO. 2017	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 485 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 485 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

TERESINA - PI 08/05/2017

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 CRM
Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 26 3223 4212
 TERESINA-PI CEP: 64017-730 CNPJ: 02.822.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ABRAJUNTO FERNANDES NETO** (Prontuário 442637)
 Endereço: RUA SÃO PEDRO PAZ 5190 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 05/02/1962 Idade: 55a:5m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Alimentação: 608918
 Requisição: 740353 Soltoragão: 06/05/2017 Solicitante: FÁBIO MARÇOS DE SOUSA
 Controle: 921732 Convênio: S/N S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 06/05/2017

TORAX PA

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

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉMICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDICULOS VASCULARES DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATOMÍCAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATOMÍCO.
- FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

REMAN

TERESINA - PI 18/07/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]
[REDAÇÃO]
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64 002470

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
 CPF: 335.829.608-31 CRM 8353
 Profissão: Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]
21 Agosto 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64 002470

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
 Av. Dr. Otto Lito 1820 Cidade Alta - Teresina, PI 64220-4032
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: ABRAHAM FERNANDES NETO (Prontuário 442537)
 Endereço: RUA SÃO PEDRO DA PAZ 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/02/1982 Idade: 35 anos 7d Sexo: Masculino Origem: URGENCIA/EMERG Alendamento: 605918
 Regulatório: 740383 Socorrência: 06/05/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 921733 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204640035

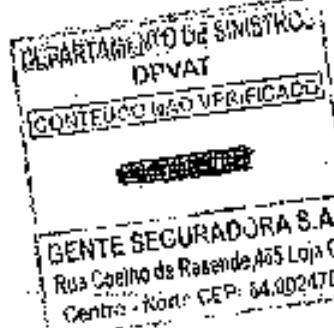
Data Exame: 06/05/2017

OMBRO ESQUERDO

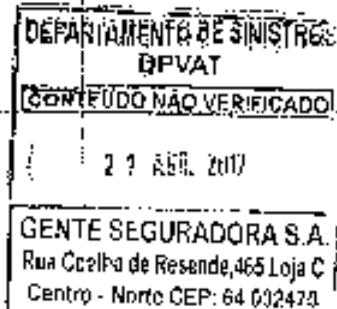
O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa no terço médio da clavícula.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

RENUA



TERESINA - PI 13/07/2017
JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
CPP: 335.029.603-30 CRM: 2263
Assinatura: [Signature]



Recebido em:

Recebimento de Controle Especial

1ª via - Farmácia - 2ª via - Fone:

55 322.917/0050-081

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE TUNEU ARAUJO

Rua Magalhães Filho, nº 152 Centro

Teresina-PI



Nº do Controle:

Identificação do Emissante

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF do CRM: _____ Nº _____

End. Completo: _____

Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data: 3 / 6 / 19

Gervan Borges da S. Freire

NEUROLOGISTA

CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

Identificação do Comprador

Nome Completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. Completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: 1 / 1 /





Secretaria Municipal de Saúde de Teresina-PI
SUS
589965

Rua Graciliano Góes, 2031 Parque Alvorada
 Cartório do Município de Teresina - PI
 CNPJ: 65.520.017/0001-09

CJFS II - CENTRO NORTE

Preencher Todos os Campos

- Nome do Paciente (Preencher sem abreviar)

Adyante

Feminino
Nascimento
02/12/21
Idade
Sexo
 Mas Fem
RG / CPF
545-792-2124333269

Nº Cadastro SUS

Nome da Mãe
MIRY ESPINDA

Município

Bairro

CEP

fone

CID 10

Endereço: RUA JAVIER

Numero

Complemento

CEP

Município

Bairro

CEP

fone

CID 10

Dados Clínicos

Abordagem:

Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde

- Exames Solicitados (No máximo 06):
PSA Total

Hemocromo completo

ES

Eletrocardiograma

Exame de sangue

Exame de urina

Exame de sangue



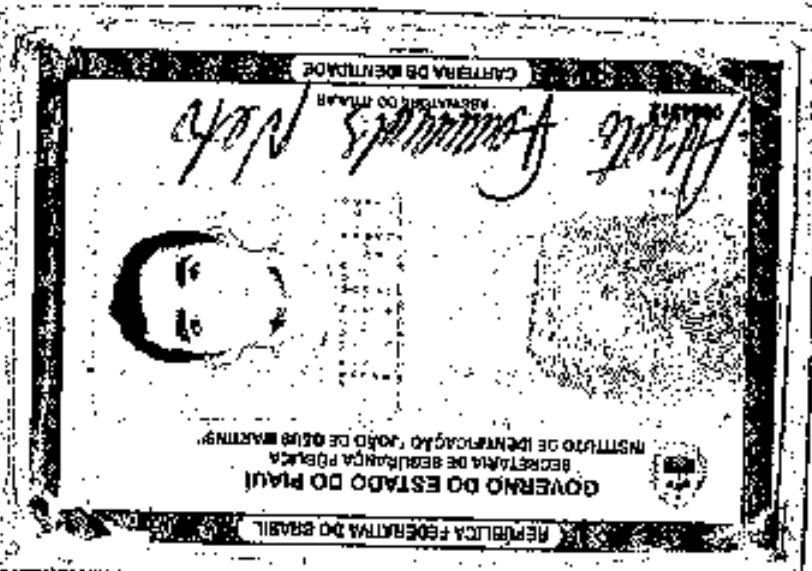
REGISTRO
GERAL

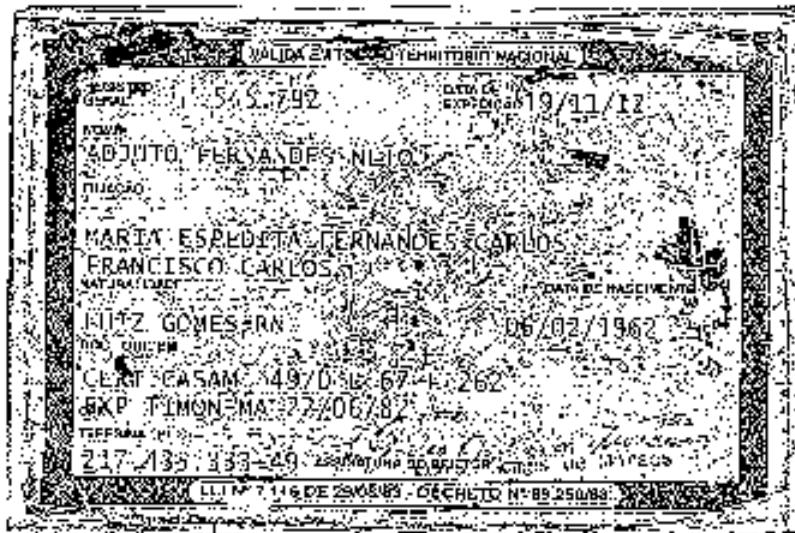
DATA DE
EXPEDIÇÃO

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

11 ABR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelha de Resende, 465 Loja C
Centro - Número CEP: 66.002-470







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº REGISTRO: 45.4792
DATA DE EMISSÃO: 19/11/12

NOME: ADRIANO FERNANDES NETO
PESO: 70

MARCA: MARIA ESGREDITA FERNANDES CARLOS
PAPEL: FRANCISCO CARLOS
NATURALIDADE: LUTZ GOMES/PR
DATA DE NASCIMENTO: 06/02/1962

DOC. ORIGEM: CERT. CASAM. #470166 F-262
EXP. TIMON - MA 22/06/82

TÉLEFONE: 031-3235-3303 / 031-3235-3304

DECRETO N° 5550/83





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 545.792 DATA DE EXPEDIÇÃO: 19/11/12

NOME: ADJUTO FERNANDES NETO

PAI/AÇÃO:

MARIA ESPEDITA FERNANDES CARLOS
FRANCISCO CARLOS DATA DE NASCIMENTO:
NATURALIZADA: 06/02/1962

LUIZ GOMES-RN
DOC. ORIGEM:

CERT. CASAM. 4970 L 67 F 262
EXP. TIMON-MA 22/06/82

TEREINA - PI
217.435.333-49 ASSINATURA DO DIRETOR

LIS NF T.116 DEL 29/06/83 - DECRETO N° 88.250/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO. 2013

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



SINISTRO DAMS

NOME DA

VÍTIMA: Augusto Fernandes Neto

PORTADOR / RESPONSÁVEL:

TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

NOVO PENDÊNCIA REANÁLISE

DOCUMENTAÇÕES:

- CÓPIA AUTENTICADA OU ORIGINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA
- COMPROVAÇÃO DO ATO DECLARATÓRIO
- DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO (CASO ACIDENTE ENVOLVA APENAS UMA MOTOCICLETA E A VITIMA NÃO SEJA O PROPRIETÁRIO)
- COMPROVANTE DE DESPESAS MÉDICAS (RECEITAS E RECIBOS/NOTAS FISCAIS ORIGINAIS)
- DOCUMENTAÇÃO MÉDICO- HOSPITALAR
- CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF
- DUT - (CASO A VITIMA SEJA PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
- CÓPIA DO CARTÃO DO BANCO OU EXTRATO BANCÁRIO
- DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
- CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Recebido por: Augusto Fernandes Neto

Data do recebimento: 13/08/2017

Augusto Fernandes Neto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21. AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002-470

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Rui Barbosa, Nº 715, Ibiá 5 - Graciosa - CEP 52011-040 - PERNAMBUCO/PE
Fone: (81) 3049-0788 - Ouvidoria: 0800.6079888 - E-mail: dpvatpe@genteseguradora.com.br
www.genteseguradora.com.br

THE 07/03/18

EU, ADJUTO FERNANDES NETO,
ESTOU ENVIANDO NOTA DE DESPEZA DE
CONSULTA MÉDICA - REALIZADA DIA 06/03/18
CONSULTA ESTA QUE TIVE QUE TOMAR
EMPRESTADO PARA PAGAR AO HOSPITAL.
GOSTARIA DE CONTA COM UCS O
RECHASSIMENTO DO REFERIDO VALOR,
POIS ESTOU EM TRATAMENTO SEM
TRABALHAR. DE JÁ CONTO COM
A EFICIÊNCIA DE TODOS AI.



Adjuto Fernandes Neto

RG . 345 - 792

(CPF 217 435 333 49.

CONTATO : 86 9 88257584 (01)

86 3214 2331 (FIXO)

TERESINA 21/03/18



ESTOU ENVIANDO EM ANEXO A
ESTA CORRESPONDENCIA DESPEZA DE
MEDICAMENTOS CONTROLADO QUE FAÇO
USO DO MESMO EM DECORRÊNCIA DO
ACIDENTE QUE SOFRI QUE JÁ É
DO CONHECIMENTO DE VOCÊS. NÃO
ENTENDO POR QUE NÃO ME É DEVOLVIDO
O VALOR REAL QUE FOI GASTO.

PORQUE VOCÊS DEMORA TANTO TEMPO
PARA DEVOLVER UM VALOR TÃO PEQUENO?
PORQUE TANTA BURECRACIA?

UM ABRAÇO A TODOS - SEGUE ABAIXO
O N° DA POUPANÇA BANCO DO BRASIL

A6 5605-7 CONTA N° 105314-0

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2008

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 400
Centro - Norte CEP: 64.002-470

ADJUTO FERNANDES NETO

Adjuto Fernandes Neto

(86) 9.88257584 (86) 3214 2331

TERESINA 13/08/19

Ao DPVAT

ESTOU ENVIANDO NOTA FISCAL EM ANEXO
AO COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO DE
EXAMES RELACIONADO A HEMOGRAMA.
FORAM VÁRIOS EXAMES. VEJA O COMPROVANTE
DO LAUDO DO ACIDENTE. FOI TRAUM. CRANIANO
C/ PERDA DE SANGUE. POR ISSO HOUVE
NECESSIDADE DE FAZER OUTROS EXAMES.
FOI GASTO R\$ 245,00.

FORAM FEITOS EM LABORATÓRIO
PARTICULAR, APENAS À REQUISIÇÃO
NÃO FOI NECESSÁRIO PAGAR SO
OS EXAMES. ESPERO QUE
HAJA BOM SENSO DA PARTE DE UCS.

Adalto Faustino Neto

217438332-4P

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

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170471235

Data do acidente: 06/05/2017

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Teresina

UF: PI

Análise: Complemento

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 10/07/2019 08:19:25

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO FEMUR FRAT DO COLO DO FEMUR -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			165,53	165,53
Total da Análise Atual			165,53	165,53

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ADJUTO FERNANDES NETO Relacionamento: Vítima	3155,37	2316,27	2316,27	165,53	165,53	165,53
Total da Análise Atual	3155,37	2316,27	2316,27	165,53	165,53	165,53

TOTAL PLEITEADO: 3320,90 **TOTAL AVALIADO:** 2481,80 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 2481,80

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323671/17

Número do Sinistro: 3170471235

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

CPF: 217.435.333-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2017

Titular do CPF: ADJUTO FERNANDES NETO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovantes de despesas médicas

ATENÇÃO

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

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: ADJUTO FERNANDES NETO
CPF: 217.435.333-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

ADJUTO FERNANDES NETO

Paula Vargens Mendes da Costa

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 339,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação 666511FC7B1C97EC

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 183,78

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação 5FA172F79598013B

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 27,71

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação A65791F8E8320853

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 246,27

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação 4B2A120AEB9F674A

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 100,76

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação 8FFF1D5A2E4C8782

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 98,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação 7532E7A0E18FA29C

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 191,86

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação 852F09C7CD040C8D

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 301,37

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação EE3DD3D03A0D0A28

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 188,68

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação DE9F59B1F6215EDA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 112,48

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação E639AD9D3D1CEC20

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 202,37

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação E464F8AA4773CFB2

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 143,61

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação F9A4460B9280F93B

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 180,38

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação E6AC32F48FF46C0E

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 165,53

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação 02E0517E768F7A63

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 218,20

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação ACB286A38ABAC4B1

**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): **ADJUTO FERNANDES NETO** Sinistro: **3170390744** Data: **06/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002-620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **545792**

Data local do exame: [**20/11/2017**] **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)
TCE LEVE E CONTUSÕES TEMPORAIS À DIREITA + HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE + FRATURA DE CLAVÍCULA EM 06/05/2017.
PACIENTE EM BEG E COM DÉFICIT MOTOR RESIDUAL SECUNDÁRIO À LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDA DEVIDO À FRATURA DE TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA PACIENTE COMPARECE PELA TERCEIRA VEZ (REFERE QUE NÃO CONSEGUE MAIS TRABALHAR POIS TRABALHA COM MOTO E TODA VEZ QUE SOBE EM CIMA DA MOTO, O MESMO CAI DEVIDO TONTURAS "sic") AO EXAME: ROMBERG NEGATIVO, AUSÊNCIA DE NISTAGMO, TESTES DE PROPRIOCEPÇÃO APENDICULAR PRESERVADOS. APRESENTA NO ENTANTO LESÃO DE MASTOIDE À ESQUERDA QUE PODE CAUSAR TONTURAS SEQUELARES. APRESENTA TAMBÉM DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL SECUNDÁRIA LESÕES ENCEFÁLICAS DO TRAUMA

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 SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR APÓS TCE LEVE E EVOLUINDO SATISFACTORIAMENTE. NO MOMENTO COM APARENTE DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL E DÉFICIT MOTOR EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO RESIDUAL. REFERE TONTURAS E ESQUECIMENTOS

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.

BRACO ESQUERDO: LESÃO DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA E DE PLEXO BRAQUIAL CRÂNIO-FACIAL: TONTURAS (FRATURA MASTOIDE) + DÉFICIT COGNITIVO (LESÕES ENCEFÁLICAS - LAD)

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):

BRAÇO ESQUERDO

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

CRANIO-FACIAL

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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.

Elton P. S. Bezerra

Elton Portela Santos Bezerra - CRM: 5518 - PI

**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): **ADJUTO FERNANDES NETO** Sinistro: 3170390744 Data: 06/05/2017

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002-620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] 545792

Data local do exame: [**19/01/2018**] 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) **traumatismo cranio encefálico com hemorragia subaracnoidea fratura de clavícula esq. paciente com bom estado geral, consciente, orientado auto e alopseicamente; sem déficit de marcha normal, sem déficit da fala; sem déficits cognitivos; bom trofismo muscular em ombro esquerdo, arco de movimento do ombro esquerdo completo.**

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 relata ter sofrido acidente de trânsito em 06/05/17; foi submetido a tratamento conservador de traumatismo cranio encefálico e tratamento conservador de fratura de clavícula esquerda, evoluindo com bom estado geral, força muscular preservada; sem déficit da marcha e fala; sem déficit cognitivo. arco de movimento do ombro esq completo; bom trofismo muscular do membro superior esq.**

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

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

(**X**) "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):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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.

refere cefaleia e tontura ocasionais.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO .

Sequelas permanentes: DANO NEUROLÓGICO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA AUDIÇÃO ORELHA ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DANO NEUROLÓGICO (25%), LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO (22%), LIMITAÇÃO DA AUDIÇÃO ORELHA ESQUERDA (12,5%), LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO (10%)

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DAS PERÍCIAS MÉDICAS PRESENCIAIS REALIZADAS NAS SEGUINTE DATAS:

28/07/2017;
04/09/2017;
23/10/2017;
20/11/2017;
19/01/2018;
28/03/2018;
07/05/2018;
26/07/2018;

EVIDENCIAMOS QUE AS SEQUELAS JÁ FORAM INDENIZADAS CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE com HSA, contusão hemorragica temporal a D, Fratura parieto temporal a E até mastoide, fratura do arco zigomatico E
Fratura da clavícula E

Descrição do exame médico pericial: Ombro esq: flexão, elevação e abdução de 100°. Sem limitação na rotação. Sem alteração na marcha e fala. Abertura bucal normal. Sem déficit cognitivo. Sem alterações nos demais membros.

Resultados terapêuticos: Observação clínica em ambiente hospitalar por 5 dias. Uso de tipoia em membros superior esquerdo por 60 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/10/2017

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima já indenizada em 10% de 70% do MSE, 10% de 100% SNC e 25% de 25% da audição a E, portanto, será acrescentado na tabela de danos apenas o valor a indenizar restante.
Indenização em grau médio do ombro devido a limitação da flexão, elevação e abdução de 100 graus.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho

CRM do médico: 4369

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 22 %	5,5%	R\$ 742,50
Total			5,5 %	R\$ 742,50

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:

**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): **ADJUTO FERNANDES NETO** Sinistro: 3170390744 Data: 06/05/2017

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] 545792

Data local do exame: [**04/09/2017**] **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) **TCE LEVE E CONTUSÕES TEMPORAIS À DIREITA + HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE + FRATURA DE CLAVÍCULA EM 06/05/2017. PACIENTE EM BEG E COM DÉFICIT MOTOR RESIDUAL SECUNDÁRIO À LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDA DEVIDO À FRATURA TERÇO MÉDIO CLAVÍCULA ESQUERDA REFERE ESQUECIMENTOS E TONTURAS APRESENTA DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL**

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 SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR APÓS TCE LEVE E EVOLUINDO SATISFACTORIAMENTE APARENTE DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL E DÉFICIT MOTOR EM MSE RESIDUAL REFERE TONTURAS E ESQUECIMENTOS**

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.

DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL HIPOACUSIA À ESQUERDA MONOPARESIA RESIDUAL EM MSE

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):
COGNIÇÃO

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

Região Corporal (Sequela):
OUVIDO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):
BRAÇO ESQUERDO

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

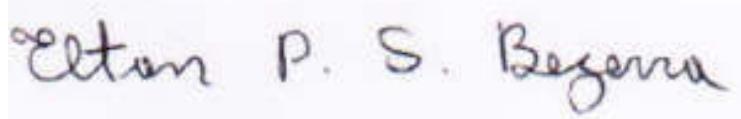
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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.

EM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO PRÉVIA: PACIENTE COM NOVO RELATO DE ESQUECIMENTOS, ISSO EM ASSOCIAÇÃO COM LESÕES ENCEFÁLICAS DEMONSTRAM DÉFICIT EM MEMÓRIA (COGNIÇÃO) RESIDUAL DÉFICIT MOTOR EM MSE MANTIDO RESIDUAL HOUVE APARENTE MELHORA DE HIPOACUSIA AO EXAME FÍSICO, AGORA RESIDUAL (FATO NORMAL A HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3170390744**

Nome do(a) Examinado(a): **ADJUTO FERNANDES NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002-620

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **545792**

Data e local do acidente: [**06/05/2017**] AV: **CASTELO DO PIAUÍ- TERESINA-PI**

Data e local do exame: [**07/05/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

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

VÍTIMA APRESENTA CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE. NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

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

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] Sim [] Não

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

SEQUELA NEUROLÓGICA E SEQUELA FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

LESÃO NEUROLÓGICA

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

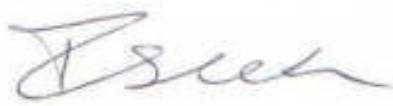
OMBRO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

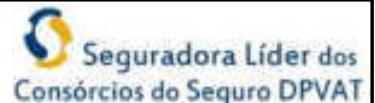
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELA.

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: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE E CONTUSÕES TEMPORAIS À DIREITA + HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE + FRATURA DE CLAVÍCULA EM 06/05/2017

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EM BEG E COM DÉFICIT MOTOR RESIDUAL SECUNDÁRIO À LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDA DEVIDO À FRATURA TERÇO MÉDIO CLAVÍCULA ESQUERDA. HIPOACUSIA RESIDUAL A ESQUERDA. REFERE ESQUECIMENTOS E TONTURAS. APRESENTA DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL .

Resultados terapêuticos: PACIENTE SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR APÓS TCE LEVE E EVOLUINDO SATISFACTORIAMENTE. APARENTE DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL E DÉFICIT MOTOR EM MSE RESIDUAL REFERE TONTURAS E ESQUECIMENTOS.

Sequelas permanentes: Perda parcial da acuidade auditiva à esquerda, Dano cognitivo residual, Limitação funcional residual do membro superior esquerdo.

Sequela: Com sequela

Data da perícia: 04/09/2017

Conduta mantida: Não

Observações: EM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO PRÉVIA: PACIENTE COM NOVO RELATO DE ESQUECIMENTOS, ISSO EM ASSOCIAÇÃO COM LESÕES ENCEFÁLICAS DEMONSTRAM DÉFICIT EM MEMÓRIA (COGNIÇÃO) RESIDUAL DÉFICIT MOTOR EM MSE MANTIDO RESIDUAL. HOUVE APARENTE MELHORA DE HIPOACUSIA AO EXAME FÍSICO, AGORA RESIDUAL (FATO NORMAL À HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA).

Indenização em grau residual da função neurológica devido ao déficit residual da cognição.

Vitima já indenizada em 10% de 70% do MSE e 25% de 25% da audição a esquerda, portanto, será acrescentado na tabela de danos apenas o valor a indenizar restante.

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Elton Portela Santos Bezerra

CRM do médico: 5518

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Julio O. Mozes".

**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): **ADJUTO FERNANDES NETO** Sinistro: 3170390744 Data: 06/05/2017

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002-620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] 545792

Data local do exame: [**28/07/2017**] **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)
**POLITRAUMA CURSANDO COM TCE LEVE E FX CLAVÍCULA E E PLEXO BRAQUIAL E. GLASGOW 15 E EM BEG LESÃO DE
PLEXO BRAQUIAL E SECUNDÁRIA FX CLAVÍCULA COM DÉFICITS NEUROLÓGICOS RESIDUAIS HIPOACUSIA EM OUVIDO
ESQUERDO SECUNDÁRIA FRATURA MASTOIDE DESSE MESMO LADO**

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.
**ADMITIDO EM GLASGOW 14 EM 06/07/2017 COM HSA TRAUMÁTICA E FRATURAS ACIMA CITADAS. SUBMETIDO À CONDUTA
CONSERVADORA SEM DÉFICIT COGNITIVO APARENTE NO MOMENTO**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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.

**LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL E SECUNDÁRIA FX CLAVÍCULA COM DÉFICITS NEUROLÓGICOS RESIDUAIS HIPOACUSIA EM
OUVIDO ESQUERDO SECUNDÁRIA FRATURA MASTOIDE DESSE MESMO LADO**

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):
BRAÇO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):
OUVIDO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (**X**) 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.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE, COM DIMINUIÇÃO DISCRETA DA AMPLITUDE DE ABDUÇÃO (ADM EM 100°), ELEVAÇÃO(120°) E ADUÇÃO(20°) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico em grau leve, Limitação funcional do ombro esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/07/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Indenização em grau leve da função neurológica devido a presença de cefaléia e tontura persistente, discreta limitação da abertura da boca. Indenização em grau médio do ombro E devido a limitação da abdução de 100 graus e elevação de 120 graus. Quadros estabelecidos. Vitima já indenizada em 25% de 100% SNC, 25% de 25% audição, 50% de 25% do ombro, portanto, nada a acrescentar ao indenizado.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame VÍTIMA APRESENTA CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE. NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO LEVE
médico pericial: DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico residual, Limitação funcional do ombro esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/05/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Vitima já indenizada em 25% de 100% da SNC, 25% de 25% da audição, 50% de 25% do ombro, portanto, nada a acrescentar ao indenizado.

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE. FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE. NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO (ADM EM 100°), ELEVAÇÃO (120°) E ADUÇÃO (20°) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico em grau residual, Limitação funcional do ombro esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/03/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Vitima já indenizada em 25% de 100% SNC, 25% de 25% da audição, 50% de 25% do ombro, portanto, nada a acrescentar ao indenizado. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico com hemorragia subaracnoideia
Fratura da clavícula esquerda

Descrição do exame médico pericial: Paciente com bom estado geral, consciente, orientado auto e alopseicamente; sem deficit de marcha normal, sem deficit da fala; sem déficits cognitivos; bom trofismo muscular em ombro esquerdo, arco de movimento do ombro esquerdo completo.

Resultados terapêuticos: Paciente relata ter sofrido acidente de trânsito em 06/05/17; foi submetido a tratamento conservador de traumatismo crânio encefálico e tratamento conservador de fratura de clavícula esquerda.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 19/01/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Refere cefaleia e tontura ocasionais.

Vítima já indenizada em 25% de 100% SNC, 25% de 25% da audição e 50% de 25% do ombro, portanto nada a acrescentar ao indenizado. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Raphael Neves Bona

CRM do médico: 2485

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE E CONTUSÕES TEMPORAIS À DIREITA + HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE + FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EM BEG E COM DÉFICIT MOTOR RESIDUAL SECUNDÁRIO À LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDA DEVIDO À FRATURA DE TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. PACIENTE COMPARCE PELA TERCEIRA VEZ (REFERE QUE NÃO CONSEGUE MAIS TRABALHAR POIS TRABALHA COM MOTO E TODA VEZ QUE SOBE EM CIMA DA MOTO, O MESMO CAI DEVIDO TONTURAS "sic") AO EXAME: ROMBERG NEGATIVO, AUSÊNCIA DE NISTAGMO, TESTES DE PROPRIOCEPÇÃO APENDICULAR PRESERVADOS. APRESENTA NO ENTANTO LESÃO DE MASTOIDE À ESQUERDA QUE PODE CAUSAR TONTURAS SEQUELARES. APRESENTA TAMBÉM DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL SECUNDÁRIA LESÕES ENCEFÁLICAS DO TRAUMA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR APÓS TCE LEVE E EVOLUINDO SATISFACTORIAMENTE. NO MOMENTO COM APARENTE DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL E DÉFICIT MOTOR EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO RESIDUAL. REFERE TONTURAS E ESQUECIMENTOS.

Sequelas permanentes: Dano neurológico em grau leve, Limitação funcional do membro superior esquerdo em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/11/2017

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau leve da função neurológica devido ao déficit cognitivo e presença de tonturas. Vítima já indenizada em 50% de 25% do ombro, 10% de 100% SNC e 25% de 25% da audição E, portanto, será acrescentado na tabela de danos apenas o valor a indenizar restante. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Elton Portela Santos Bezerra

CRM do médico: 5518

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 15 %	15%	R\$ 2.025,00
		Total	15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Julio O. Mozes".

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2017

Carta nº: 11348043

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170390744 ASL-0271108/17

Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data Acidente: 06/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2017

Carta nº: 11370044

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.seguradoralider.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 Agosto de 2017

Carta n°: 11451083

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 1.788,75

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.788,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau residual 12,5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (12,5% de 50%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta n°: 11544413

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.

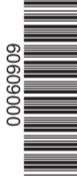
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

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, 23 de Setembro de 2017

Carta n°: 11699640

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2017

Carta nº: 11823942

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.seguradoralider.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, 31 de Outubro de 2017

Carta n°: 11888286

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: ADJUTO FERNANDES NETO

Valor: R\$ 742,50

Banco: 001

Agência: 000004249-8

Conta: 000010005314-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	742,50

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

Graduação: Em grau residual 22%

% Invalidez Permanente DPVAT: (22% de 25%) 5,50%

Valor a indenizar: 5,50% x 13.500,00 =	R\$	742,50
--	-----	--------

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta nº: 11964070

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.seguradoralider.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, 01 de Dezembro de 2017

Carta n°: 12043976

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Nº Sinistro: 3170390744
Vitima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data do Acidente: 06/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Valor: **R\$ 2.025,00**

Banco: **001**

Agência: **000004249-8**

Conta: **000010005314-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.025,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau residual 15%

% Invalidez Permanente DPVAT: (15% de 100%) 15,00%

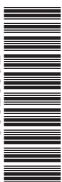
Valor a indenizar: $15,00\% \times 13.500,00 =$ R\$ **2.025,00**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Sinistro: **3170390744**

Vítima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170390744** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Nº Sinistro: **3170390744**

Vitima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170390744**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Nº Sinistro: **3170390744**

Vitima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170390744**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar infor.
incorrectas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Sinistro: **3170390744**

Vítima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170390744** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Nº Sinistro: **3170390744**

Vitima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170390744**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Sinistro: **3170390744**

Vítima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170390744** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Nº Sinistro: **3170390744**

Vitima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170390744**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Sinistro: **3170390744**

Vítima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170390744** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Nº Sinistro: **3170390744**

Vitima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170390744**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Nº Sinistro: **3170390744**

Vítima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170390744**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3170390744**

Nome do(a) Examinado(a): **ADJUTO FERNANDES NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002620

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **545792**

Data e local do acidente: [**06/05/2017**]

AV CASTELO DO PIAUI, BAIRRO ALTO ALEGRE, TERESINA-PI

Data e local do exame: [**28/03/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE. FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE. REALIZOU FISIOTERAPIA.

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

VÍTIMA APRESENTA CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE. NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO(ADM EM 100°), ELEVAÇÃO(120°) E ADUÇÃO(20°) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

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

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] Sim [] Não

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

SEQUELA NEUROLÓGICA E SEQUELA FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

LESÃO NEUROLÓGICA

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

OMBRO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

**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): **ADJUTO FERNANDES NETO** Sinistro: **3170390744** Data: **06/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **545792**

Data local do exame: [**23/10/2017**] **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) **TCE com HSA, contusão hemorragica temporal a D, Fx parieto temporal a E até mastoide, fx do arco zigomatico E Fx da clavícula E. Ombro esq: flexão, elevação e abdução de 100°. Sem limitação na rotação. Sem alteração na marcha e fala. Abertura bucal normal. Sem déficit cognitivo. Sem alterações nos demais membros.**

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. **Observação clínica em ambiente hospitalar por 5 dias. Uso de tipoia em membros superior esquerdo por 60 dias.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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 ADM ombro esq

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe 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):

Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% 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.



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3170390744**

Nome do(a) Examinado(a): **ADJUTO FERNANDES NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002620

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **545792**

Data e local do acidente: [**06/05/2017**] **AVENIDA CASTELO DO PIAUI, PROXIMO AO COLEGIO EDGAR**

Data e local do exame: [**26/07/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

VÍTIMA APRESENTA CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE, COM DIMINUIÇÃO DISCRETA DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(3CM). NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO(ADM EM 100°), ELEVAÇÃO(120°) E ADUÇÃO(20°) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE. REALIZOU FISIOTERAPIA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

SEQUELA NEUROLÓGICA E SEQUELA FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

SEQUELA NEUROLÓGICA

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

OMBRO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



ANEXO 10 DE PRESENTE DE INCONVENIENTES

ଅଧ୍ୟାତ୍ମିକ

Digitized by srujanika@gmail.com

Este documento é o resultado da reunião de trabalho do Conselho DIFAS, realizada dia 06 de setembro, com o objetivo de apresentar os resultados da fiscalização das empresas que atuam no setor.

Clejunto Fernandes Neto

PROTÓTIPO DE KIT MP 545-392. Entrega P.R. SP - P. PR 13/11/16. E. RENDA MÍNIMA DE R\$ 1.100,00 NA QUANTIDADE DE 100 UNIDADES DA UNIÃO, REFERENTE A MENSAGEM / SEGURO DE VIDA DA VITIMA. José Antônio Fernandes Neto, informe a situação social utilizada nas alegações da ré no processo de que trata o artigo com as informações acima descritas.

(*) A Comisión de la Corte de Cuentas se le pidió que elaborara un informe sobre el manejo de los fondos destinados a la ejecución de las obras de construcción del edificio de la Escuela Normal Superior de Tlaxco.

Digitized by srujanika@gmail.com

14 JUN 2013

CONTEUDO DE VERIFICAÇÃO

לפניהם נתקיימו תדריכים ותפקידים משל עצמם, ולבסוף מתקיים הרכבתם של צוותים משל עצמם.

କୋର୍ଟରେ ପାଇଁ ଆମେ ଏହାରେ ନିର୍ଦ୍ଦେଶ ଦିଲୁଣ୍ଡିଲୁଣ୍ଡି କରିଛି

Digitized by srujanika@gmail.com

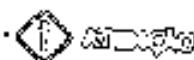
ପ୍ରକାଶ କରିବାର ଦେଖିଲୁଗା ଏହାରେ କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା କିମ୍ବା

RESOLUÇÃO que a CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, com o voto de unanimidade de todos os vereadores presentes, aprova o projeto de lei nº 10.000, de 10 de junho de 2008, de autoria do Poder Executivo.

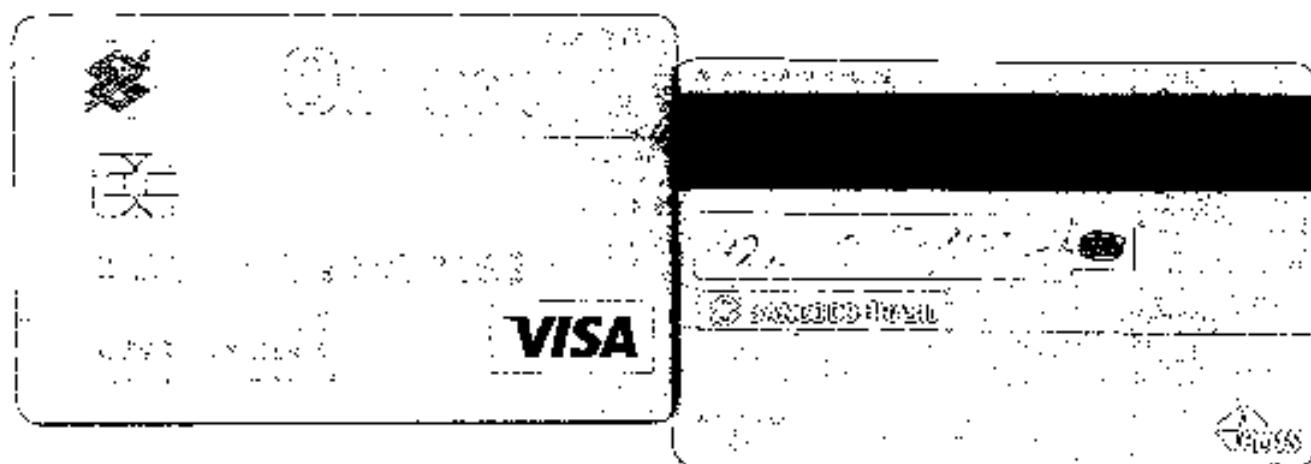
Reservierung 12 o. Jahre
verschrieben

1648

~~John Gammie Wok~~



କାହାର ପାଦରେ ତଥା ପାଦରେ ପାଦରେ ପାଦରେ ପାଦରେ ପାଦରେ ପାଦରେ ପାଦରେ



DEPARTAMENTO DE SINISTRO

BRAZ

COMTE DE LACRADO CERTIFICADO

14 JUL 2011

CENTRE SEGURADORA S.A.

Rua Goiânia de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói - RJ - 24.092-479

... - - - - - ADMINISTRATIVO DE OPERAÇÃO - - - - -

0045864 SUP CARVALHO AGUA 12/07/2011

OURUGAND

19:03:55 (Horário do Brasil)

*****2163

Saído N 70010001 6400

40004610101 SALDO DE POUPANCA

AGENCIA: 4249-6 CONTA: 5.014.7

CLIENTE: ADJUNTO FERNANDES NETO

VAR SALDO ATUAL VLR BLOQUEADO

051

APLICUE NA POUPANCA JURO E POUPEX
RENDE, TRANQUILIDADE E COMODIDADE

Informações importantes no verso.

www.bancod24horas.com.br

Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.



... Delegacia de Repressão ao Crime de Trânsito



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003081/2017-14

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 13/07/2017 - 16:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora:

06/05/2017 - 09:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

... Delegacia de Repressão ao Crime de Trânsito

Município

TERESINA

Bairro:

ALTO ALEGRE

Endereço

RUA CASTELO DO PIAUÍ/JUA ALTO LONGA, N°:

Complemento

Ponto de Referência:

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ADJUTO FERNANDES NETO 55 ANOS

Elo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 545792

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Mae: MARIA ESPECIATI FERNANDES CARLOS

DPVAT

Endereço: RUA SOTERO VAZ, N° 6150

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Bairro: ALTO ALEGRE

14 JUL 2017

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-3214-2331 86-8825-7584

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

GENTE-SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 455 Loja C

Centro - Norte CEP: 64002470

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ, ANO 2016, PLACA PIR-8248, PROPRIETÁRIO DANIEL DA PENHA FERNANDES, CPF 01254617396, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA AV. CASTELO DO PIAUÍ, QUANDO ESTAVA DORMINDO A RUA , VINHA UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA EM ALTA VELOCIDADE COLIDIU NA TRASEIRA DA MOTO DA VITIMA. LESIONADO A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA HU, CONFORME PRONTUÁRIO 442537. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce R. Lebre Carlos
Escrivão Especial
Mat.: 009761-6

ADJUTO FERNANDES NETO 55 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DECLARAÇÃO DE Ausência de LAURO DO Vale

Eu, Aldyrto Fernandes Neto, portador da carteira de identidade nº 545.792 e inscrito no CPF/MF sob o nº 207.435.333-49, residente e domiciliado na Rua: Sófres Vaz do Nascimento nº 5180, Cidade Teresópolis Estado RJ, 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 6.154/74), uma vez que:

-) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

) 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 invalidade permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação de 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 de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 5.194/74.

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.

~~✓ Polyt. Finance Net~~

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

VERIFICAÇÃO

14-08-2012

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende 455 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.002-170

Local edge

Dados do Chameado	01 N° do chamado 964	02 Data do chamado 06/06/17	03 PRO (oldigo) 9905	04 Saída do PA 10:02	05 Chegada ao local
Dados da Ocorrência	06 Saída do hospital 11:09	07 Chegada ao 1º hospital 11:09	08 Saída do 1º hospital 11:09	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Professor do Piauí com Alto Lajão	11 Bairro Alto Lajão	12 Município Tereshina	13 Ponto de referência	
Dados do Paciente	14 Nome Adriano Fernando Nóbrega	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Igualdade	16 Idade 50	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporo 02 - Agressão física-espacial-móvel 03 - Agressão física-FAP 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	26 Tentativa de suicídio 07 Envenenamento 08 Afogamento 09 Queimadura 10 Choque elétrico	11 Queda 12 Urgência clínica 13 Urgência obstétrica 14 Transiente 15 Exames complementares	16 Outros	
Acidente / Transporto	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - Pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 5 - Onibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outro 9 - Ignorado	
Exame Físico	23 Glasgow = 8	24 Resposta verbal 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	25 Resposta motora 6 - Obstacos e comando 5 - Realiza dor 4 - Movimento de relaxada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhuma	26 Sinais vitais P脉搏 8 Respiração 16 PA 120/80 TAX 97 SPO2 98	27 Local de batida 8
Assistência	27 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desigualares	28 Dor 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa Sint Dor	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10		
Hospital de Destino	30 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	31 Fratura 1 - Sim 2 - Não	32 Fosforo 1 - Exposta 2 - Fechada	33 Suspeita 1 - Sim 2 - Não	
Vias de acesso / identificação	34 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical KED	35 Inibição de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	36 Cicatriz Acesso Venoso Medicamentos a)	37 Óxido 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	
	38 Hospital de Destino HOT				
	39 Corridões de entrada 1 - Melhorada 2 - Piorada 3 - Inalterado	40 Óxido 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte			
	41 Sintomas / queixas Sintomas / queixas de cedre de moto estufado no rosto e suspeita de fratura nasal e maxilar com sangramento de lágrimas e dor no olho	42 Data 14 JUL 2017	43 Gente Seguradora S.A. Rua Coelho do Rosário, 463 Centro-Norte CEP: 64.000-240		
	44 Coodinadoras Médico AE-TE	45 Enfermeiros Condutor			
	46 Responsável pela recepção Adriano Nóbrega				



0015-1
Declaração de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Odilinto Fernandes Neto,

RG nº 345.792, data de expedição 19/11/12, Órgão SSP-PI,

CPF nº 217.435.333-49, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguidamente, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Sotero Voz da Silveira</u>
Número	<u>5150</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Altos Olegre</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64002620</u>
Telefone de Contato	<u>36-98111-8596 - 98808-5128</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Teresina, 13.07.17

Assinatura do Declarante:

Odilinto Fernandes Neto

AGESPISA
Águas e Esgotos do Piauí S/A

Rua Almirante Góes nº 101 - Centro - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.801.886.7 / CNPJ: 05.801.027/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

Nome/Rua/Endereço	Endereço	Residência																																					
ALTA DOS ANJOS PEREIRA RUA SOTERO VAS DA SILVEIRA, 5150 ALTO ALEGRE TERESINA 64002620	Y11LS29501	07/2017																																					
AG- 31																																							
Estado Cidade/ZipCode	Nº. Log.	CEP. Nº.	Período																																				
3/1	3		110 4 04 0249 2370-000																																				
Data da Faturação																																							
26/05/2017	24/06/2017	29																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Histórico de Conta</th> </tr> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Ident.</th> <th>Valor R\$</th> <th>Qtd.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12/16</td> <td>2215</td> <td>16</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>01/17</td> <td>2229</td> <td>14</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>02/17</td> <td>2242</td> <td>13</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>03/17</td> <td>2254</td> <td>12</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>04/17</td> <td>2267</td> <td>13</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>05/17</td> <td>2283</td> <td>16</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>06/17</td> <td>2589</td> <td>226</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>				Histórico de Conta				Mês/Ano	Ident.	Valor R\$	Qtd.	12/16	2215	16	10	01/17	2229	14	10	02/17	2242	13	10	03/17	2254	12	10	04/17	2267	13	10	05/17	2283	16	10	06/17	2589	226	0
Histórico de Conta																																							
Mês/Ano	Ident.	Valor R\$	Qtd.																																				
12/16	2215	16	10																																				
01/17	2229	14	10																																				
02/17	2242	13	10																																				
03/17	2254	12	10																																				
04/17	2267	13	10																																				
05/17	2283	16	10																																				
06/17	2589	226	0																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Fornecedores</th> </tr> <tr> <th>Cod. Fornecedor</th> <th>Nome do Fornecedor</th> <th>Endereço</th> <th>CEP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>911824662</td> <td>EDGAR DE MELLO</td> <td>01</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>CEM-TECH</td> <td>01</td> <td></td> </tr> <tr> <td>226</td> <td>CONCEPCAO</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Fornecedores				Cod. Fornecedor	Nome do Fornecedor	Endereço	CEP	911824662	EDGAR DE MELLO	01		14	CEM-TECH	01		226	CONCEPCAO																		
Fornecedores																																							
Cod. Fornecedor	Nome do Fornecedor	Endereço	CEP																																				
911824662	EDGAR DE MELLO	01																																					
14	CEM-TECH	01																																					
226	CONCEPCAO																																						
INFORMAÇÕES FISCAIS																																							
Cód. Nome do Serviço																																							

SAC(A) CLIENTE,

NÃO FOI POSSIVEL EMITIR A FATURA DESTE MÊS NO ATO DA
REALIZAÇÃO DA LEITURA. A MESMA FICOU REVISADA PARA ANÁLISE
E SERÁ ENVIADA POSTERIORMENTE COM VENCIMENTO DENTRO DO
PERÍODO REGULAMENTAR. AGUARDE.

EM CASO DE DÚVIDAS FAVOR LIGAR PARA 0800.886.8888

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

VALOR INTENSO
VALOR LIGERATO
PAQUE ATÉ O VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTAS/JUROS, NORTE
CONFORME LEI FEDERAL 11.845/2008 C. SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

14 JUL 2017

GENIE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho do Resende 486 Loja C
Centro - N.Rio GRB: 30.000/70

CONTROLE DE VÁRIOS TÍPOS DE ÁGUAS SOBRE O SERVIÇO DE ÁGUA 2016/2017						
Periodo	1º	2º	3º	4º	5º	6º
01/16 Mês de Periodo	10	10	10	10	10	10
IPN Água de Acessos Básicos	388	38	308		308	348
IPN Água de Residuais	327	135	227		327	327
IPN Água de/4 COTAS Legítima	254	193	317		314	327
Total Mês						

RESERVE A QUÍTANIA DE AGUA, LIGUE OS RELEVADORES CORRETAMENTE.

EVITE JUGAR LIXO NA REDE COLETORA, ESGOTO COLETADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL

Nome	Endereço	Residência
1	1210767-0	JUN/2017
Estado Cidade/ZipCode	CEP. Nº.	Período

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Daniel da Penha Fernandes

RG nº 04.529.352-7 data de expedição 19 / 03 / 13

Órgão Setran-PI, portador do CPF nº 012.546.173-96, com
domicílio na cidade de Teresina no Estado de Piáuí, onde reside.

Endereço: onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Av. Sete de Setembro, 1000 - Centro, nº 5150.

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Adriano Fernandes Neto, cujo : condutor era Adriano Fernandes Neto.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda Fit

Ano: 2016

Place: PTR-8248

Chassi: 9E23470066R128018

Data do Acidente: 06.05.17

Local & Data: 7216.00000 - 105.07.17

Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

'adôo do 6º Ofício de Notas

Anna Rita Barranca Alencar

www.123RF.com

Digitized by srujanika@gmail.com

TRIRESINA CARTÓCIO 60 GOFRE C/100 FOLHAS
TRIRESINA CARTÓCIO 60 GOFRE C/100 FOLHAS
TRIRESINA CARTÓCIO 60 GOFRE C/100 FOLHAS
TRIRESINA CARTÓCIO 60 GOFRE C/100 FOLHAS

de Fierro
Automóvil
Isaac Martínez
Estado de Puebla
Puebla de los Nobles.
Puebla
Luis Gómez
D. L. Ayala

Chemical Reactions

2341

CONTROLE DE VERIFICAÇÃO

[View Details](#)

14 JUL 2011

GENTE SEGURODORAS

Revista Brasileira de Psiquiatria - R.B.Psiquiatr.

Centro • Nossa CEF • Guia Interativo

LENYAH

ERICANG



DEPARTAMENTO DE BIMESTRE:	OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
14 JUL 2012	
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho de Rezende 465 Loja C	
Centro - Nôo CEP: 64002470	

NOME DO PACIENTE: Adriano Fernandes de Melo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 442537

SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA/HUT

Av. Dr. Otávio Lobo - Rodovia PI-062 - KM 2229 - 5572
CEP: 64000-000 - Fone: (86) 3229-5572
FAX: (86) 3229-5572 - E-mail: (86) 3229-5572-02

Data: 05/05/2017 11:13:25
MOTIVO: PARECER PROFISSIONAL

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALJUNTO FERNANDES NETO		Pronotário: 442537
Mae: MARIA ESPARTILO FERNANDES WILHELM	Fait: FRANCISCO CARLOS	
End. Resid.: RUA SÃO PEDRO PAR 630 - ALTO ATPORE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 06/02/1962	Idade: 55 Anos	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO	CNPJ: 095002386214246	Espec.: -
Profissão: MÉDICO	Documento: RG: 545792 - SSP/PI	
G.T. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End. Local:		

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 605918	Data: 06/05/2017 11:13:13	Clas.: Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRANSITO - VITIMA EM CONTA CLARA (HOJE)		Convenção: S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 06/05/18 12:10 - ESPECIALISTA: NEUROLOGIA;

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: PEGAR PACIENTE NO HOSPITAL GLEYSON 14.

Brinil Neves
Neurologista
CRM-PI 5811
Corr/Ass/Antecipação: Solicitante

DADOS DO PARECER / Data/Hora:

Data/Hora Solicitação:

ESPECIALISTAS:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

DEPARTAMENTO:

VERIFICAÇÃO:

14/05/18

CENTE SEGURADORA S.A.

Corr/Ass/Antecipação: Solicitante

DADOS DO PARECER / Data/Hora:

Corr/Ass/Antecipação: Prof. Parecer



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE:

Adjunto Fernandes Neto

ADM: 06/05/2017

PRONTUÁRIO:

442537

DATA DE NASCIMENTO:

06/02/1962 55a

CLÍNICA:

Neurologia

EXP. ou APT.:

211

LEITO:

202 QY-7EA

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES:

TCE - politraumatizado

ALÉRGIAS:

F (6c)

1000mg

DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:

10/05/2017

MÉDICO / ASSISTENTE:

Ricardo

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

1. Dieta branda
2. SF 0,9% 1500ml EV dia
3. Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h (SOS)
5. Plamet 1amp + AD EV 8/8h (SOS)
6. Fenitoína 100mg VO 8/8h
7. Tramal 50mg VO 6/6h (se dor intensa)
8. Diazepam 10mg VO (SOS)
9. SSVV 6/6h

DATA DA RECABTA	DATA DE REGISTRO	DATA DE CONF.	DATA DE VERIF.	DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO
06/05/2017	06/05/2017	06/05/2017	06/05/2017	NEUROLOGIA	NEUROLOGIA	NEUROLOGIA

Adm. Mário Almeida
202 QY-7EA

MÉDICO/CRM:

12h: pt de alta
respirador
C. Beira
intensas + perda
de consciência
Alto Octopole



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



TGSTO 91

MÉDICO/CRM:



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Av. Dr. Otávio Teles 1820 - Redenção - Fone: 86 3229-4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0029-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADJUNTO FERNANDES NETO** (Prontuário: 442537)

Endereço: RUA SÃO PEDRO PA/ 5150 - ALTO ALTIGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 06/02/1962 Idade: 35a.3m:2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 60598

Requisição: 746351 Solicitador: 06/05/2017 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUZA

Controle: 921751 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 08/05/2017

T.C. DE CRÂNIO

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

RELATÓRIO:

- EDEMA/HERMATOMA SUBCÂLICO PARTETO-TEMPORAL À ESQUERDA, COM ENFISEMA ASSOCIADO.
- HEMORRAGIA SUBARACNÓIDEA SUPRATEMPORAL À DIREITA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁCTICAS TEMPORAIS À DIREITA.
- PNEUMOENCEFATO SUPRATEMPOURAL À DIREITA.
- FRATURA PARTETO-TEMPORAL À ESQUERDA, COM ENVOLVIMENTO DA MASTICADORA.
- FRATURA NO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- MATERIAIS HEMORRÁGICOS NO MASTÔIDE E OVIDO EXTERNO À ESQUERDA.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 08/05/2017

LIVRE AVISO DE REGISTRO
OPVAT
CRISTALIZADO NÃO VERIFICADO
14 JUL 2017

MARCELO COELHO AVELINO
CPF: 552.218.633-5 CRM: 2443
Profissional Responsável

CRVTE SEGURADORA S.A.
Rua Benício de Rezende 675 Loja C
Centro - Bento CEP: 64000-070



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otávio Tito 1820 - Edificação - Fone: 66 3179 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **AJUNTO FERNANDES NETO** (Frontuário: 442537)

Endereço: **RUA SAO PEDRO P42 S150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**

Nascimento: **06/02/1962** Idade: **55 Anos** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG.** Atendimento: **606916**

Requisição: **740363** Solicitação: **06/05/2017** Solicitante: **FÁBIO MARCOS DE SOUSA**

Controle: **921732** Convênio: **S-2-S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Date Exame: 06/05/2017

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 ANATOMÍCAS.
- HÍLOS DE ASPECTO ANATOMÍCO.
- FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

DEMANI

TERESINA - PI 13/07/2017

DEPARTAMENTO DE REGISTRO D.R.P.A.T CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 14 JUL 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Celso de Resende, 435 Loja C Centro - Nef - CEP: 64.002-470

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
 CPF: 336.029.693-31 CRM 2353
 Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1920 - Edançao - Fone: 86 3229 4012
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOELSON FERNANDES NETO** (Frontário 442537)

Endereço: RUA SÃO PEDRO DA PAZ 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-050

Nascimento: 06/02/1962 Idade: 55a.5m:7d Sexo: Masculino Origem: URGENCIA/EMERG Atendimento: 605918

Requisição: 740853 Data dação: 06/06/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 921733 Gênero: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

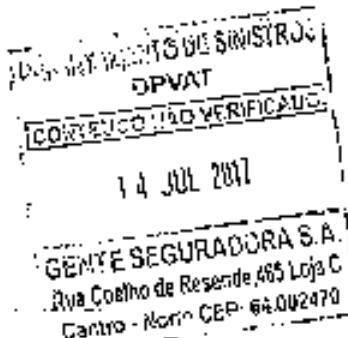
Data Exame: 06/06/2017

OMBRO ESQUERDO

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

- Fratura completa no terço médio da clavícula.
- Superfícies e espaços articulares inteiros.
- Aumento de volume de partes moles.

REAGENDA



TERESINA - PI 13/07/2017

JOELSON OMENRA MOREIRA
 CPF: 336.029.603-30 CRM 2383
 Profissional Responsável

GENE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Maringá CEP: 64002470



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone: 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I. E. Isento

www.sao Marcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA PROJETADA 6029 - MEMORARE / TERESINA - PI * 64.000-000

R

LAUDO MÉDICO

Paciente com relato de trauma craniano por acropelamento há três meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigil, orientado, nomeia, repte, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente com alta médica.

CID: S06.3

Gelson Borges da J. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI #180

Teresina (PI), 18/08/2017 13:47:57

Gelson Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAF
<u>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</u>
18 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone: (86) 2106-8000 * 64091-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * E. E. Isento

www.hospitaisaomarco.com.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - 64.000-000

Rx

RAUDO MEDICO

Paciente com relato de trauma craniano por acropelamento há cinco meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigia, orientado, nomeia, reponde, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente com alta médica.

CID: 506.3

*Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180*

Teresina (PI), 10/10/2017 14:04:20

Geivan Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180

[REPARTIÇÃO DE ENFERMAGEM]
[DPVA]
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]
[10/01/2017]

[SENTE SEGURADORA S.A.]
[Av. Cachorro Preto, 55 Centro]
[Centro - Norte CEP: 64.002-271]

CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

NEUROLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SEG: 13:00 - 15:00 * TER: 13:00 - 15:00 * QUA: 13:00 - 15:00 * QUI: 13:00 - 15:00 * SEX: 13:00 - 15:00

TELÉFONE(S): 9921-8885

e-mail: mrcldm@uolmg.com.br



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.878.026/0001-77 * L. R. Isento

www.sao-marcos.org.br

Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Emissário

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180 PI

End. Completo: Rue Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

UF do CRM: PI

Nº: 4180

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE * TERESINA - PI * 64.000-000

Prescrição:

oral
Pamelor 25 mg 2 caixas
tomar 1 cp 1x / dia à noite

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Data: 10/10/2017

Assinatura do Médico

ENTREGAMENTO DE MEDICAMENTOS	DR/MAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
10/10/2017	
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coimbra Resende, 65 Loja C	
Teresina - Piauí CEP: 64.002-970	

Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____ / _____ / _____



São Marcos
Para todos veda

Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone: 086 3146 8800 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.I.N.P.J. 06.470.026-0001-77 * E.E. 1600

www.sao-marcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA SOTPRO VAZ DA SILVEIRA 5150 ALTO ALEGRE TERESINA - PI 64.000-000

Rx

DETALHO MÉDICO

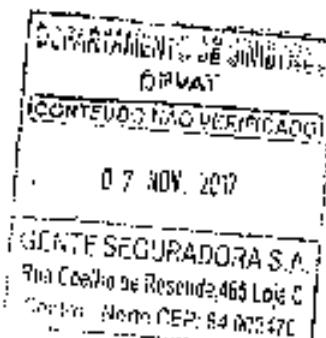
Paciente com relato de trauma craniiano por atropelamento há seis meses, com queixas de cefaléia e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigília, orientado, nomeia, repete, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente com alta médica.

CID: 506.3

Geivan Borges da Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Teresina (Pi). 07/11/2017 13:39:30

Geivan Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180



CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROcirurgia
NEUROLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SEG: 13:00 - 14:00 * TER: 13:00 - 14:00 * QUA: 13:00 - 14:00 * QUI: 13:00 - 14:00 * SEX: 13:00 - 14:00

TELEFONE(S): 9821-9886

e-mail: mrltamoura@hotmail.com



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone (86) 2106-8000 * 04031-2000 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I.E. Isento

www.seccancer.org.br

Receituário Controle Especial

1ª VIA - FARMÁCIA

Identificação do Emissário

Nome completo: Galvan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180/PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - 64.000-000

Prescrição:

oral

Donarém 50 mg 1 caixa

Tomar 1 cp 1x / dia à noite

Galvan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Data: 07/11/2017

Assinatura do Médico

DEPARTAMENTO DE DISTRIBUIÇÃO
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 NOV 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 385 Lote C
Centro - Centro-CEP. 54.002-470

Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Financeiro: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac 2330 * Fone: 086 3116-9000 * 60021-280 Teresina - PI

C.A.P.J. 06.870.026/000-1277 * 1. B. Isento

www.saoMarcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI 64000-000

Rx

LAUDO MÉDICO

Paciente com relato de trauma craniano por caiçalamento há oito meses, com queixas de tonturas e cefaleia ocasional. Ao exame: viçil, orientado, nomeia, repetiu, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC do crânio com fratura elástica de osso parietal esquerdo. Paciente com alta médica.

C.D.: 006.4

Geiven Borges Da Silva Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Geiven Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180

Teresina (PI), 03/01/2018 13:16:28

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA
DR VAS
CONFUSO NÃO HEPATICO
13 JAN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Capitão de Oliveira 455 Loja C
Centro - 64000-000 CEP: 64.002-410

CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROcirurgia
NEUROLOGIA

HORARIO(S) DE ATENDIMENTO: SÁB: 13:00 - 14:00 * TER: 13:00 - 14:00 * QUINT: 14:00 - 14:00 * QUINT: 13:00 - 14:00 * SEXT: 13:00 - 14:00

TELEFONE(S): 9931-2262

E-mail: niceuzneurog@nclmail.com



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - PI

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * E. I. Isento

www.sanmarcos.org.br



Receituário Controle Especial

2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Emissante

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180-PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - 64 000-000

Prescrição:

oral

Paroxetina 20 mg 2 caixas
tomar 1 cp 1x / dia pela manhã

oral

Noriptilina 25 mg 2 caixas
tomar 1 cp 1x / dia à noite

Data: 04/01/2018

Geivan Borges da Silva Freire
NEUROLOGISTA
CRM: 4180

Assinatura do Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTRO

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JAN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cesário do Rego, 493 Loja 6
Centro - Niterói CEP: 24.002-470

Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Braga, 2800 • Niqui - 64001-280 Teresina - PI/Brasil

C.N.P.J. 06.670.026/0001-77 • I.E. 0366

www.sanmarcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA SOFÍERO VASCONCELOS DA SILVEIRA 5160 - ALTO AI FGTS • TERESINA - PI - 64.000-000

R

TRATAMENTO MÉDICO

Pac. entrou com relato de trauma craniano por atropelamento há dez meses, tem queixas de cefalgia e nafalgie ocasionais. Ao exame: vigil, orientado, nomeia, responde, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura / luxação de osso parietal esquerdo. Facilite em exame neurológico.

CICOS: SCA.2, R42

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Teresina (PI), 06/03/2018 14:23:02

Geivan Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	DPEVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	
08 MAR. 2018	
GENTE SEGURADORA S.A.	Rua Coelho de Resende, 435 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	DPEVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	
11 MAR. 2018	
GENTE SEGURADORA S.A.	Rua Coelho de Resende, 435 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470	

CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROcirurgia
NEUROLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SEXTA: 13:00 - 14:00 • TER: 13:00 - 14:00 • QUINTA: 13:00 - 14:00 • SEXTA: 13:00 - 14:00 • SEXTA: 13:00 - 14:00

TELEFONE(S): 992-18526

e-mail: carolamurug@gmail.com



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olávio Bilac, 2300 * Fone CRM 2136, 8006 * 64001-280 Teresina - PI

C.N.P.J. 09.879.026/0001-77 * I.E. 19093

www.saoMarcos.org.br

Receituário Controle Especial

2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Emissário

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olávio Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8003

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - 64.000-000

Prescrição:

oral

Noriptilina 25 mg 2 caixas

tomar 1 cp 1x / dia à noite

oral

Doxepin 100 mg 1 caixa

tomar 1 comprimido à noite

Data: 6/3/18

Assinatura do Médico

Geivan Borges da Silva Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180



Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Chado: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____ / ____ / ____



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2900 • Fone: 086 2106-8000 • 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.871.024/0001-77 • I.E. Isanor

www.sao-marcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA BOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALGCRE - TERESINA - PI - 64000-000

Rx

LACUNA MÉDICO

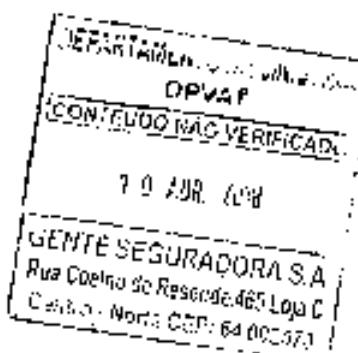
Paciente com relato de trauma craniaco por acoplamento há onze meses, com queixas de tonturas e céfaleia ocasionais, e piora recente com relato de episódio de desmaio (SIC). No exame: vigil, orientado, norma, repetiu, força e coordenação sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada da ossificação esquerda. Paciente em tratamento clínico.

CTO: 006.8, 842

*Geivan Borges da Silva Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180*

Teresina (PI), 06/04/2018 13:21:12

*Geivan Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180*



CÓNICA DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA
NEUROLOGIA

HORÁRIOS DE ATENDIMENTO: SEG: 13:00 - 14:00 • TER: 13:00 - 14:00 • QUA: 13:00 - 14:00 • QUI: 13:00 - 14:00 • SEX: 13:00 - 14:00

TELEFÔNOS: (86) 3821-4885

e-mail: nec@amourag.hcm.esm.br



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2350 - Fone: (086) 2290-8000 - 64000-1280 Teresina - PI

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * 1.5.1000

www.saoMarcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA SOTERO VAZ DA SILVA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI 64.000-000

R

CLAUDIO MÉDICO

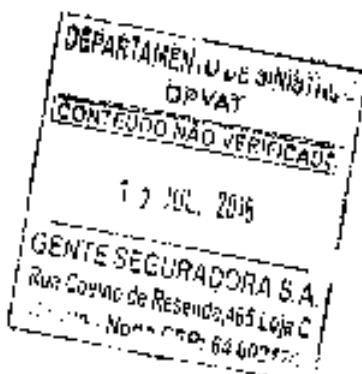
Jacidente com resultado de trauma craniano por atropelamento há um ano, com queixas de tonturas e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigil, orientado, nomeia, repete, corça e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada da ossa parietal esquerda. Paciente em tratamento clínico.

CRM: 80613, 342

Geivan Borges da Silva Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Teresina (PI), 28/06/2018 14:29:59

Geivan Borges Da Silva Freire
CRM- PI 4180





Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 1300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I.E. Isenio

www.saomarcos.org.br

Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI * 64.000-000

Rx

LAUDO MÉDICO

Paciente com relato de trauma craniano por atropelamento há dez meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasional. Ao exame: vigil, orientado, nomeia, repete, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente em tratamento clínico.

CID: S06.3, R42

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Teresina (PI), 06/03/2018 14:23:02

Geivan Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180



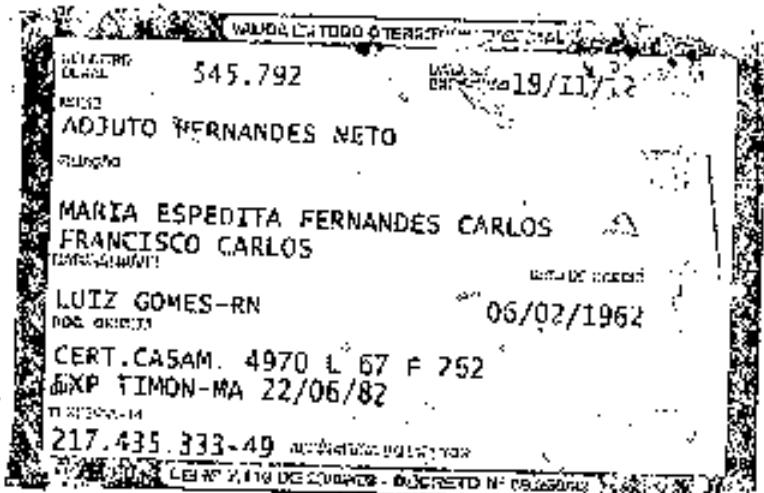
OBS
JA ESTAO COM
VOCE'S MAIS 2
LAUDOS RECEBEME.

CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

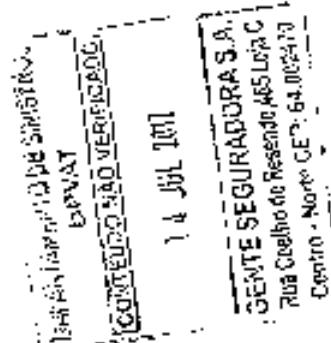
NEUROLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SEG: 13:00 - 14:00 * TER: 13:00 - 14:00 * QUA: 13:00 - 14:00 * QUI: 13:00 - 14:00 * SEX: 13:00 - 14:00

TELEFONE(S): 9821-3685



Companhia de Seguros





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 545-792 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/72

ADUJO FERNANDES NETO
RUA 445

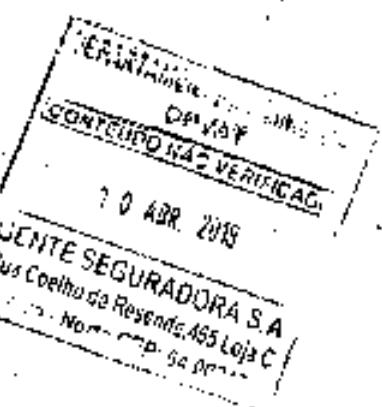
MÁRIA ESPIRITA FERNANDES CARLOS
FRANCISCO CARLOS

DATA DE NASCIMENTO 06/02/1962

LATIZ GOMES - RM 4970 L-67 F/262
EXP. 22/06/82

TELEFONE 217-435-333-49 ASSURDURA DO BRASIL

LEI N° 2.511 DE 25/08/62 - DECRETO N° 82.250/62





DEPARTAMENTO DE SINGO
DIRETÓRIO
CONFUSÃO AFRICAS
12 DEZ. 2012
GENE RECUPRADORA S.A.
RUA JOSÉ LUIZ RESENDE, 085 LOJAS
1º ANDAR - EDIFÍCIO



001202

00000000000000000000000000000000

SINISTRO INVALIDEZ**NOME DA**VÍTIMA: Adsoito Fernandes Neto**PORTADOR / RESPONSÁVEL:**TELEFONE: 86 - 98144-3596

E-MAIL: _____

 NOVO PENDÊNCIA REANÁLISE**DOCUMENTAÇÕES:**

- CÓPIA AUTENTICADA OU ORIGINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA
 COMPROVAÇÃO DO ATO DECLARATÓRIO
 CÓPIA AUTENTICADA DO LAUDO DO IML
 DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (PADRÃO DA SEGURADORA LÍDER)
 DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO (CASO ACIDENTE ENVOLVA APENAS UMA MOTOCICLETA E A VITIMA NÃO SEJA O PROPRIETÁRIO)
 DOCUMENTAÇÃO MÉDICO- HOSPITALAR
 CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF
 DUT - (CASO A VITIMA SEJA PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
 CÓPIA DO CARTÃO DO BANCO OU EXTRATO BANCÁRIO
 DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
 CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

INFORMAÇÃO DO SINISTRO:
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JUL 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho do Resende, 465 Loja C
Centro - Negrão CEP: 64.002-770

Recebido por: Adsoito Fernandes NetoData do recebimento: 13/07/2017Adsoito Fernandes Neto

GENTE SEGURADORA S/A

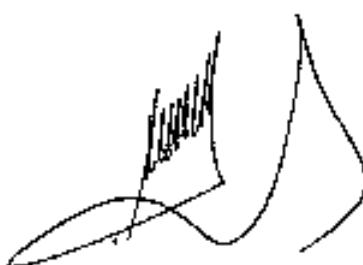
Av. Rui Barbosa, Nº 715, loja 5 – Graças - CEP: 52011-010 - PERNAMBUCO/PE
Fone: (81) 3049-0788 - Ouvidoria: 0800.6078888 - E-mail: dpvatpe@genteseguradora.com.br
www.genteseguradora.com.br


EU, ADIUTO FERNANDES NETO

DECLARO A ESTA EMPRESA DE SEGURO (LIDER)
QUE ESTOU RECORRENDO A ANÁLISE DE
DIREITOS DE IDENIZAÇÃO REFERENTE A
PROCESSO JÁ CONSTANTE NA CEDIDA
SEGURADORA.

MOTIVO DE RECORRER:

TRABALHAVA AUTÔNOMO EM UMA MOTO
E ESTOU INCAPACITADO PARA O TRABALHO,
DEVIDO A SEQUELA DE TRAUMAISMO CRÂNICO
POIS SINTO TONTURA FORTE E DOR NA
CLAVÍCULA POR ISSO CONTO COM A VOSSEN
SENSATEZ EM REVER MEU PROCESSO POIS FOI
UMA QUANTIA MUITO PEQUENA.

Adiuto Fernandes Neto


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 AGO. 2011
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 435 Loja C
Centro - Novo CEP: 64.002-470

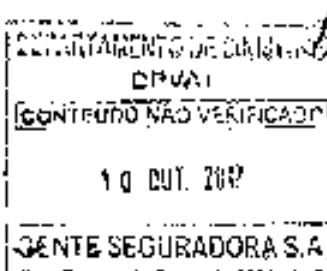
TERESINA 10/10/17



VENHO ATRAVÉZ DESTA PEQUENA CARTA FAZER
UM PEDIDO A ESTA TÃO CONFIADA EMPRESA
SEGURADORA LIDER, DÍGO UMA ANÁLISE
MAIS PROFUNDA E CONSIDERÁVEL DO
MEU CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.
PROCUREI VOLTAR AO TRABALHO MAS OS
SINTOMAS DE TENTURA E DOR NA CABEÇA
AINDA CONTINUAM, O MEU TRABALHO ERA
AUTÔNOMO PILOTANDO UMA MOTO. ISTO ATUAL-
MENTE P/ MIM ÉSTA IMPOSSÍVEL. CONTO
COM O AUTO ~~QUE~~ ENTENDIMENTO E COMPRE-
ENÇÃO DE VOCES PARA ME IDENTIFICAR COM
UMA QUANTIA MAIS SIGNIFICATIVA.
ESTOU ENVIANDO CÓPIA DA RECETA DO RENÉDICO
ATUAL. CONTE COM A EFICIÊNCIA DE VOCES
ABRAÇO - AGUARDO RESPOSTA
CINPENSADORA.

ADJUTA FERNANDES NETO

TERESINA - PI - 10/10/17



GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-471

TERESINA, 07/11/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFIDENCIAL NÃO VERIFICADO

A SEGURADORA DPVAT LIDER
07 NOV 2017

AGÊNCIA SEGURADORA S.A.
Rua Coelhos de Resende, 665 Edif C
P: 54.002470

Barcode

VENHO ATRAVÉZ DESTA CARTA SOLICITAR A VOCÊS
QUE CONDUZEM ESTA EMPRESA O SEGUINTE.

REFIRO-ME A UMA REAVALIAÇÃO COM MAIS
INTENSIDADE OU SEJA UMA QUANTIA MAIS
ELEVADA REFERENTE AO MEU PROCESSO QUE
JÁ È DO VOSSO CONHECIMENTO. FOI UM ACIDENTE
GRAVE O QUAL ME DEIXA IMPOSSIBILITADO DE
TRABALHAR NO RAMO DE ATIVIDADE QUE EXERCIA,
PILOTANDO MOTO EM UM TRÂNSITO CAÓTICO.
ISSO NÃO È POSSÍVEL ATUALMENTE. POIS AINDA
SINTO TONTURAS E DÓR NA CABEÇA, POR
ISSO ESTOU TAMBÉM ENVIANDO UMA CÓPIA DE
MAIS UM REMÉDIO QUE PASSO A FAZER USO.
(USO) PEÇO QUE SEJA ANALIZADO COM MAIS
PROFOUNDIDADE. ESPERO QUE SEJA ANALIZADO
DENTRO DO PADRÃO DE JUSTIÇA QUE ME
È DIREITO. AGUARDO COM URGÊNCIA UMA
RESPOSTA DE VOSSA PARTE. LEMBRE-SE SOFRI
TRAUMATISMO CRANIANO. UM ABRAÇO. ADJUTO FERNANDE
07/11/17 Adjuto Fernande



CERTIFICADO

03 JAN 2018

GENTE SEGURADURA S.A.
Rua Goiânia 86 Resende 425 Lop C
Centro - Niterói CEP: 240-00-070

TERESINA, 03/01/18

AMIGOS QUE FAZEM PARTE DESTA HONRADA
EMPRESA DE SEGUROS.

ESTOU ENVIANDO ESTA CARTA P/ VOCÊS
DEVIDO O MEU CASO ESTÁ EM PERMANENTE
ESTADO DE COMPLICAÇÕES DE SAÚDE.

NESTE MOMENTO QUE ESTOU ESCRIVENDO, ESTIVE
NO CONSULTÓRIO DO MÉDICO AS 13:10 MNH.
FOI PRECISO O MESMO TOMAR UM COMPRIMIDO
DEVIDO A DORES NA IAREÇA DO LADO ESQUERDO.
ISSO VEM SE AGRAVANDO, POR ISSO NÃO
ESTOU AINDA TRABALHANDO POR DIFICULDADE
DE PILOTAR MOTO. EU CONTO COM O TRABALHO
DE VOCÊS E QUE ME É DIREITO SOLICITAR
O COMPLEMENTO DESTA IDENTIFICAÇÃO, POIS
EU ESPERO O QUANTO ANTES UMA RESPOSTA
DE VOCÊS. UM BOM TRABALHO P/ TODOS

CIF 217435333-49 OBS.: INCLUSIVE FOI AUMENTADO
OS REMÉDIOS

R.G. 545-792

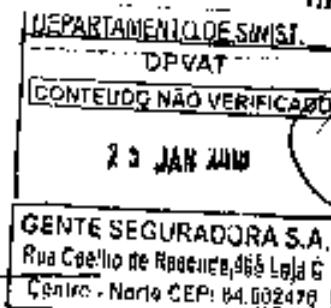
CONTATO P/ CASO
PRESCRE

86(9-88257584) 86 32142331

Adauto Fernandes Neto

Adauto Fernandes Neto

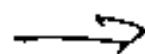
TERESINA - PI 25/01/18



À

SEGURADORA LÍDER

VENHO RELATAR P/ VOCÊS O MEU CASO
QUE ESTÁ NO CONHECIMENTO DE VOCÊS.
EU ESTOU SEM TRABALHAR, POIS MEU ESTADO
SE AGRAVOU. ENVIEI P/ VOCÊS LAUDO E
COMPROVANTE DE NOVOS MEDICAMENTOS QUE ESTOU
USANDO. HOUVE UM MAL ENTENDIDO DE VOSSA
PARTE. VOCÊS ME MANDARAM PARA UMA PERÍCIA
QUE FOGE A REGRA DO MEU ESTADO DE SAÚDE.
ESTOU ME TRATANDO COM O NEUROLOGISTA - MEU
CASO É TONTURA - TONTURA - TENTEI VOLTAR AO
TRABALHO (PILOTANDO MOTO) MAS DE REPENTE DÁ
UM BRANCO E VEM A TONTURA. PARO E
PROCURO VOLTAR P/ CASA. VOCÊS ME MANDARAM
PARA UM MÉDICO DE OSSO (ORTOPEDISTA) ME
RECEBEU FRIAMENTE - QUANDO EU QUERIA FALAR
ALGO ELE MANDAVA EU CALAR - INSISTIA PARA
EU REPETIR A MESMA COISA.



CONTINUAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2000

(2)

GENTE SEGURADURA S.A.
Rua Coelho de Rosendo, 483 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002-470

QUANDO O MESMO MANDOU FICAR
EM PÉ ABRIR E FECHAR OS OLHOS
SENTEI TONTURA, MAS ÉLE NÃO FÊZ
CASO, NEM OLHAVA P/ MIM. SÓ
DIGITAVA NO COMPUTADOR.

EU EXIGO QUE VOCÊS TENHA MAIS
EMPENHOS NO MEU CASO.

DEU A ENTENDER QUE O MÉDICO QUERIA QUE
EU ESTIVESSE TODO DEBRADO OU FALANDO
BOBAGEM.

A TONTURA NÃO TEM HORA P/ CHEGAR.

ESTOU FALANDO A VERDADE. SE OUDER
ME MANDE P/ OUTRA PERÍCIA QUE SEJA REFERENTE
AO CASO AGRAVANTE.

EU AINDA CREIO QUE O TRABALHO DE VOCÊS É SÉRIO.
POR ISSO ESTOU FALANDO TUDO ISSO.

VÍTIMA DA GINA.

(3)

EU ESPERO QUE FAÇA VALER MEU DIREITO.

ADJUTO FERNANDES NETO

Adjuto Fernandes Neto

CPF 217 435 333-49

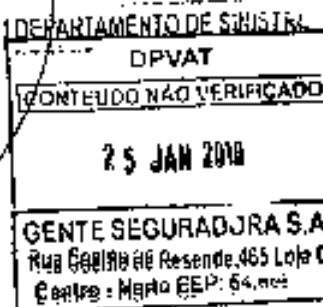
R.G. 545.792

CONTATO : 9.88257584

OBS.: A TONTURA ELA PRODUZ TIPO UM APAGÃO

VC TEM IDEIA O QUE É ISSO ?

OBS: ESPERO QUE HAJA UM BOM SENSO DA PARTE DE VOCÊS. NÃO ESTOU ISENTANDO NADA. É MELHOR DIREITO.



OBS: SEGUO ANEXO A COPIA DE MAIS UM REM. QUE ESTOU USANDO PAROXETINA 20 M.G.

TERESINA 06/MARCO/2018



DIREÇÃO DE SEGUROS DPVAT

EU, ADJUTO FERNANDES NETO VENHO SOLICITAR

O REANALISE DO MEU CASO DE ACIDENTE.

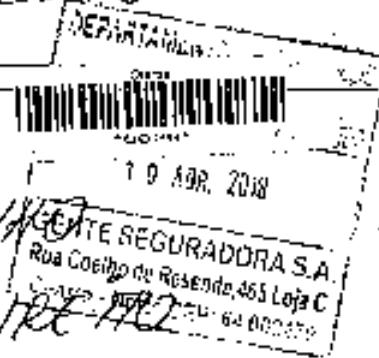
A ULTIMA VÉZ VOCÉS ME MANDARAM PARA
UM MÉDICO O QUAL FAZ PARTE DE OUTRO
QUADRO CLÍNICO. O MEU CASO SE AGRAVOU E

DEPOIS DE MUITOS DIAS FUI ENCAMINHADO
PARA UMA PERÍCIA A QUAL FOI COM O MÉDICO
DE OSSO. O MESMO ME TRATOU COM DESPREZO
E NEM DEIXAVA EU FALAR. EU SOU HUMANO.
NÃO SOU UM ANIMAL IRACIONAL. VOLTEI A FAZER
COM VOCÊS. ME PEDIRAM UM NOVO LAUDO, O
QUAL ESTOU ENVIANDO JUNTAMENTE COM RECEITA
DE REMÉDIO MAIS POTENTE. ESPERO QUE COMPREENDA
DA MEU CASO. VOCÊS SABEM COMO AGIR. PORTANTO
AGUARDO RESPOSTA URGENTE. NÃO MANDEI ANTES POIS
O MÉDICO ESTAVA DE RECESSO.

(86) 9.88257584

CPF 217 435 333-49 RG 545 792 (86) 3214 2331.

TERESINA, 06/ABRIL/2018



EU, ADILTO FERNANDES NETO, VENHO
RECORRER AO SEGURO DIVAT, O DIREITO
DE IDENTIFICAÇÃO POR INVALIDEZ. O ÚLTIMO
DOCUMENTÁRIO QUE MANDEI P/ VOCÊS
FOI NO MÊS DE MARÇO, OU SEJA
A ÚLTIMA ANÁLISE DE INVALIDEZ ME
FOI NEGADO O MOTIVO: VOCÊS SABEM AGENTE
RELATA O CASO P/ O MÉDICO PERITO ELE
POUCO OLHA P/ O PACIENTE. NÃO SEI
O QUE ELE ESCREVE. É MUITA HUMILIAÇÃO
P/ RECEBER O QUE É NOSSO DIREITO.
ESTOU ENVIANDO O LAUDO ATUAL, POIS
SENTEI TONTURAS NOVAMENTE E FUI VARIAS
VEZES A URGÊNCIA. ESPERO DA PARTE DE VOCÊS
UM BOM SENSO, POR FAVOR! VESA O QUE É
POSSÍVEL FAZER POR MIM.

Adilto Fernandes Neto CPF 217 435 333 49

Adilto Fernandes Neto RG 545 792

(86) 9.88287584

(86) 3214 2331



930 Nefrologia
Para Lutar Vida

Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone: 086 2106-8000 * 64001-240 Teresina - PI

CNPJ: 04.002.040/0001-07 * IEPE: 0000000000000000

www.sanmarcos.org.br

Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Emissário

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180 PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - 64 000-000

Prescrição:

oral

Paroxetina 20 mg 2 caixas

tomar 1 cp 1x / dia pela manhã

Data: 06/04/2018

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180
Assinatura do Médico

DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA
CONTENDO NÃO VERIFICADO
10 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho do Príncipe, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64 000-000

Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Encensor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____



SAO MARCOS
Para toda vida

Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - PI

C.N.P.J. 36.870.326/0001-77 * I.E. Semei

www.sao-marcos.org.br

Receituário Controle Especial

2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Emissante

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4186PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI * 64.000-000

Prescrição:

oral

Nortriptilina 25 mg 2 caixas

tomar 1 cp 1x / dia à noite

oral

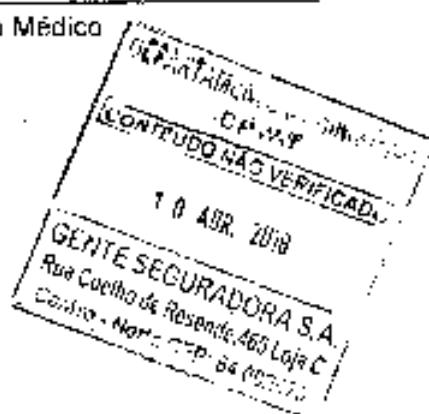
Donaren 100 mg 1 caixa

tomar 1 comprimido à noite

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Médico

Geivan Borges da S. Freire
MÉDICO
CRM-PI 4186



Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____ / ____ / ____

TERESINA, PI 12/06/18



DEPARTAMENTO DE ONGENS
DPVAT
CONFLITO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Coelho de Resende, 463 Loja C
Cidade - Mariz CEP: 64.000-000

A DIREÇÃO DO SEGURO DPVAT.

ESTOU ME DIRIGINDO A ESSE ORGÃO COMPETENTE PARA RELATAR MINHA DECEPÇÃO QUE VENHO SOFRENDO POR MEIO DE UM SEGURO QUE ME É DIREITO POR MOTIVO DE UM GRAVE ACIDENTE QUE SOFRÍ EM MAIO DE 2017. JÁ SOLICITEI POR DIUERAS VZS E ME FOI CONCEDIDO APENAS UM VALOR QUE NÃO CONDIZ COM O QUE É PROMETIDO. ESTOU AINDA SEM TRABALHAR E TOMANDO REMÉDIOS TENTEI VOLTAR AO TRABALHO COMO ANTES E POR CAUSA DA TONTURA QUE SINTO CERTA VEZ SO PASSAR EM UMA AVENIDA SEM QUERER DEU UM BRANCO NA MENTE E PASSEI COM SINAL FECHADO SÓ ESTOU ESCREVENDO ISTO AQUI POR QUE DEUS É VIVO POR QUESTÃO DE ALGUNS CENTÍMETROS EU NÃO FUI ARREBENTADO TOTAL. PARA RESUMIR VOLTEI AO MÉDICO E AUMENTOU MAIS UM TIPO DE REMÉDIO, ESTOU AINDA COM SEQUELA. VOLÊ SABE O QUE É TONTURA? O QUE É INVALIDEZ PRA VOCÊS? POR FAVOR! SEJAM MAIS HUMANOS, ESTOU PRÉCISANDO

VOCÊS MARCAR UMA ILUSÓRIA PERÍCIA JÁ
SABENDO QUE O RESULTADO É : FOI NEGADO

ONDE ESTÁ O LADO HUMANO DE UCS?

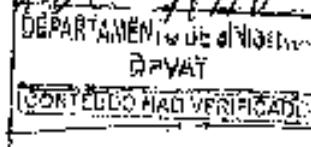
AÍ ESTÁ O LAUDO ATUAL COM
RECEITAS DIVERSAS. SE FOR PARA MÉ
MANDAR PARA SER NEGADO CHEGA DE
SER ENGANADO. CONSIDERE PELO MENOS O
FATO DE EU VOLTAR A FALAR COM VOCÊS

O SEGURO DIZ QUE É ATÉ 13.500,00

ZOR INVALIDEZ. O QUE É INVALIDEZ PARA
VOCÊS? EU NÃO RECEBI O VALOR ESTIMADO
QUE É DIREITO. MANDE ENTÃO 5.000,00
PRONTO! ISSO É QUE DIANTE DE UMA SITUAÇÃO
AGRUVANTE, PROMETO A UCS. NÃO VOU
MAIS INSISTIR COM O QUE NÃO DA
EM NADA.

...-202..... Adelito Faria Neto

VOCÊS MARCAR UMA ILUSÓRIA PERÍCIA JÁ
SABENDO QUE O RESULTADO É: FOI NEGADO
ONDE ESTÁ O LADO HUMANO DE UCS?
AI ESTÁ O LAUDO ATUAL COM
RECEITAS VARIADAS. SE FOR PARA ME
MANDAR PARA SER NEGADO CHEGA DE
SER ENGANADO. CONSIDERE PELO MENOS O
FATO DE EU VOLTAR A FALAR COM VOCÊS
O SEGURO DIZ QUE É ATÉ 13.500,00
POR INVALIDEZ... O QUE É INVALIDEZ PARA
VOCÊS? EU NÃO RECEBI O VALOR ESTIMADO
QUE É DIREITO. MANDE ENTÃO 5.000,00
PRONTO! ISSO É QUE DIANTE DE UMA SITUAÇÃO
AGRUVANTE, PROMETO A U.C.S. NÃO VOU
MAIS INSISTIR COM O QUE NÃO DA
EM NADA.



12.02.2013

GENTE SECURADOR'S SA.
SANTOS - SP

trazodona em um paciente idoso, portanto sugere-se especial cuidado nestes casos.

Se você utiliza algum dos medicamentos citados acima, fale com seu médico para que ele ajuste a dose do DONAREN® se necessário.

Os inibidores da MAO podem aumentar os eventos adversos dos antidepressivos inibidores de recaptação da serotonina, como a trazodona.

Interações medicamentos-substâncias químicas

Abstenha-se de bebidas alcoólicas durante o tratamento. A trazodona pode intensificar o efeito do álcool, de barbitúricos e de outros depressores do sistema nervoso central.

Interações medicamentos-exame laboratorial

Ocasionalmente foram observadas diminuições nas contagens de glóbulos brancos e neutrófilos no sangue em pacientes que receberam cloridrato de trazodona que, em geral, não exigiram a suspensão do medicamento; contudo, o tratamento deve ser suspenso se os números dessas células ficarem abaixo dos valores normais. Contagens de glóbulos brancos totais são recomendadas para pacientes que apresentem febre e dor de garganta (ou outros sinais de infecção) durante a terapia.

tontura, fadiga.

Distúrbios gastrointestinais: boca seca, náusea.

Comuns (ocorre entre 1% e 10% dos pacientes que utilizam este medicamento):

Distúrbios cardíacos: inchaço.

Distúrbios do sistema nervoso central: agitação, alteração da marcha, confusão, desorientação, diminuição de memória, enxaqueca.

Distúrbio dermatológico: sudorese noturna.

Distúrbios endócrinos e metabólicos: diminuição da libido.

Distúrbios gastrointestinais: obstipação intestinal, dor abdominal, alterações do paladar, vômito.

Distúrbios geniturários: distúrbios da ejaculação, urgência para urinar.

Distúrbios neuromuscular e esquelético: dor nas costas, dor muscular, tremores.

Distúrbios oftalmológicos: embacamento visual, distúrbios visuais.

Distúrbio respiratório: falta de ar.

Incomuns (ocorre entre 0,1% e 1% dos pacientes que utilizam este medicamento):

LEIA ✓

com seu médico imediatamente. Cê e os riscos para o bebê do uso lez.

mento no risco de deficiências ncia cardíacas, em bebês cujas roxetina nos primeiros meses de que cerca de 1 em 50 bebês (2%) paroxetina no inicio da gravidez comparação com a taxa normal de la na população em geral.

iamada de hipertensão pulmonar o observada em bebês cujas mães luindo cloridrato de paroxetina sâo sanguínea nos vasos sanguíneos é muito alta. O risco de les usaram antidepressivos como gravidez foi relatado como sendo PPHN observado na população sos por 1.000 gestações.

is para as mães usando cloridrato ão se sabe se estes são devido ao

o parto, os seguintes sintomas ente após o nascimento ou dentro is uma vez, não se sabe se estes drato de paroxetina. Os sintomas ele azulada ou muito quente ou ação, sensação de muito cansaço, constante, músculos rígidos ou convulsões.

sses sintomas no nascimento ou c dele, procure o seu médico. podem passar pelo leite materno. com seu médico antes de tomar

tilizado por mulheres grávidas imediatamente seu médico em

cloridrato de paroxetina podem

afetar o seu esperma. A fertilidade em alguns homens pode ser reduzida durante a utilização deste medicamento.

Alteração na capacidade de dirigir veículos ou operar máquinas: antes de dirigir veículos ou de operar máquinas, observe se este medicamento lhe causa cansaço ou sono. Caso isso ocorra, evite tais atividades.

Durante o tratamento, você não deve dirigir veículos ou operar máquinas, pois sua habilidade e atenção podem estar prejudicadas.

Uso em crianças e adolescentes menores de 18 anos: este medicamento não é recomendado para crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade. A eficácia de cloridrato de paroxetina não foi demonstrada neste grupo.

Os pacientes dessa faixa etária tratados com antidepressivos apresentam um aumento do risco de ocorrência de pensamento e/ou comportamento suicida. Existem poucos dados sobre segurança de longo prazo do uso do medicamento em crianças e adolescentes relacionados a crescimento, maturidade e desenvolvimento comportamental e cognitivo.

Interações Medicamentosas: informe seu médico se você usa ou usou recentemente outros medicamentos. Assim como o cloridrato de paroxetina pode modificar a ação de outros medicamentos, estes também podem afetar a ação do cloridrato de paroxetina. Estes incluem medicamentos naturais e os sem prescrição médica. É possível que os seguintes medicamentos interfiram nos efeitos do cloridrato de paroxetina:

- outros antidepressivos, como amitriptilina, nortriptilina, imipramina e desipramina;
- outras drogas que afetam a serotonina, como triptanos (usados para o tratamento da enxaqueca), litio (usado no tratamento de algumas desordens mentais), tramadol (usado para o tratamento da dor), triptofano e Erva de São João (usados para o tratamento da depressão), fentanila (utilizada em anestesia ou para tratar dor crônica);
- carbamazepina, fenobarbital e fenitoína, normalmente usadas para o tratamento de convulsões ou epilepsia;
- perfenazina e risperidona, utilizadas para o tratamento de alguns problemas de saúde mental;
- certos medicamentos usados no tratamento de irregularidades dos batimentos cardíacos (arritmias), como propafenona e flecainida;
- prociclidina, usada no tratamento da doença de Parkinson ou de outros transtornos do movimento;



Ao DPVAT



EU, ADJUTO FERNANDES NETO, D160
PORTADOR DO CPF 217 435 333-49 - E R 6.
545-792 SSP. VENHO RELATAR UM ACORDO
QUE FAÇO JUNTO A SEGURADORA LIDER,

TENDO EM VISTA O CASO DO ACIDENTE QUE SOFRI
TER FICADO SEQUELA PROCUREI ENTÃO PROTEGER
MEUS DIREITOS. ATÉ AGORA ME FOI PAGO A
QUANTIA APROX. DE 5.000,00 - QUANDO NA VERDADE
O VALOR AINDA NÃO FOI PAGO. POR VARIAS VEZES
ENVIEI P/ VOCÊS LAUDOS MÉDICOS E RECEITAS DE
REMÉDIOS CONTROLADOS, ENTÃO A RESPOSTA QUE TIVE DA
PARTE DE UCS É: FOI MANTIDO A CONDUITA. EU
PROCUREI UM ADVOGADO, O QUAL ME PEDIU TODA DOCUMENTA
ÇÃO P/ ENTRAR NA JUSTIÇA. ENTÃO ACHEI MELHOR FAZER
UM ACORDO JUNTO A SEGURADORA LIDER É MAIS
PRÁTICO. DEPENDE AGORA DE UCS AI. PEÇO A
QUANTIA DE 4.000,00 E FICA ENCERRADO O CA
SI. UMA DENUNCIA NA MÍDIA, QUE UCS NEGA O QUE
É DIREITO NOSSO. ESTOU ENVIANDO UMA BULA
DO REMÉDIO QUE ESTOU USANDO VEJA O CADSA

QUE TOMA TAL REMÉDIO.
SE A LÍDER ACEITAR EU FAÇO UM
PROPOSITO DE ENCERRAR COM ESTE ACORDO
SÓ NÃO ESTOU ENVIANDO UM LAUDO - MAIS
ATUAL POR MOTIVO FINANCEIRO, POIS É
PRECISO PAGAR UMA CONSULTA PARA O
HOSPITAL E FAZER c/ o MÉDICO.
ESPERO CONTRAR CONTRAR COM O BOM
ENTENDIMENTO DE VOCÊS.

A GUARDO RESPOSTA.



OBS.: ESTOU ME EXPONDÔ P/ VOCÊS DIRETAMENTE
POIS AINDA SINTO TONTURA E NÃO ESTOU TRABALHANDO
POR ESSE MOTIVO, POIS É PERIGOSO O TRANSITO
E QUEM TOMA ESSES REMÉDIOS É MAIS COMPLICADO
FALEI c/ OS DOIS MÉDIOS AQUI DA REGIÃO ELES
NÃO ENTENDEM POR QUE VOCÊS NEGAM. ESTOU SABENDO
QUE É NEGADO AI MESMO, POR FAVOR! VAMOS
COLOCAR UM PONTO FINAL. RASTA 4.000,00
ESPERO NÃO PRECISAR RECORRER AO ADVOGADO

(PF 217 435 333-49 RS 545-732

TEL. (86) 9.88257584

Clinica Batista

Rua Gabriel Ferreira, 630/640
 MENTOR - Sistema de Gestão Hospitalar

Solicitação de Exames

Data/Hora 08/08/2017 13:00:53

Página1



170503.01

Nome	ADJUTO FERNANDES NETO			Código	170503.01	Unidade:	00
Sexo	M	CPF	21743533049	RG	545792	Prof.	
Nascimento	06/02/1962	55	anos	Tel.		Cel.	86988257584
Médico	LIVIO CARVALHO BARRETO			Plano	GERAL		
Médico Solic.	SEM SOLICITACAO			Guia/Senha	/		
Endereço	SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 ALTO ALEGRE TERESINA PI			Atendimento	08/08/2017 12:57:33	Recepção	DIONIZIO
Local	CENTROIMAGEM- MEDICINA						

Código	Descrição	Qtd.	Loc/I	Guia	Solicitante	Cod.Mov	Valor
41001052	T.C Cráneo	1	CENTROIMAGEM-		SEM	170503.01	0,00
CENTROIMAGEM-MEDICINA DIAGNOSTICA Rua Honório de Paiva, 383 Picarra Teresina - PI - 3301-3000 (Por trás da Pax União da Miguel Rosa)							

Previsão de Entrega: 10/08/2017 13:00

Obs:

APRESENTAÇÃO DESTE COMPROVANTE É OBRIGATÓRIO PARA O RECEBIMENTO DOS SEUS RESULTADOS.

Clinica Batista Peggy Pembe
PAGO
 EM 08/08/17
Visto



31 OUT. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO .

Sequelas permanentes: DANO NEUROLÓGICO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DANO NEUROLÓGICO EM GRAU LEVE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA REALIZADA EM 26/07/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE, FRATURA DA CLAVÍCULA E E LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL E

Descrição do exame GLASGOW 15 E EM BEG.

médico pericial: LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL E SECUNDÁRIA FRATURA DA CLAVÍCULA COM DÉFICITS NEUROLÓGICOS RESIDUAIS. HIPOACUSIA EM OUVIDO ESQUERDO SECUNDÁRIA FRATURA MASTOIDE DESSE MESMO LADO.

Resultados terapêuticos: ADMITIDO EM GLASGOW 14 EM 06/05/2017 COM HSA TRAUMÁTICA E FRATURAS ACIMA CITADAS. SUBMETIDO À CONDUTA CONSERVADORA. SEM DÉFICIT COGNITIVO APARENTE NO MOMENTO.

Sequelas permanentes: Redução leve da acuidade auditiva à esquerda, Limitação funcional do membro superior esquerdo em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/07/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual do membro superior direito devido ao deficit de força muscular residual.

Indenização em grau leve da audição à esquerda secundaria a fratura de mastoide.

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Elton Portela Santos Bezerra

CRM do médico: 5518

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 12,5 %	6,25%	R\$ 843,75
Total		13,25 %	R\$ 1.788,75	

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

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:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271108/17

Número do Sinistro: 3170390744

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

CPF: 217.435.333-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2017

Titular do CPF: ADJUTO FERNANDES NETO

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/10/2018
Nome: ADJUTO FERNANDES NETO
CPF: 217.435.333-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

ADJUTO FERNANDES NETO

Paula Vargens Mendes da Costa

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.788,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação 6240C9CFD4FEA1A8

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação 1B919784AB5CA769

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 742,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação B9DBC48E9C90AAE3

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação E801B602EE4C8fef