

Browser tabs: Email - Reinaldo Fi... | Zimbra: Entrada (8) | Controle de docum... | Audiências | Consulta processo: | 0830106-38.2019.8 | Combine arquivos | +

Address bar: [tjpi.pje.jus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=3460058&ca=7fd3f10a4e007ec1e955575f411577eab...](https://tjpi.pje.jus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=3460058&ca=7fd3f10a4e007ec1e955575f411577eab...)

Navigation: Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

Page Header: ProOrd 0830106-38.2019.8.18.0140 | ADJUTO FERNANDES NETO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU... | 8851463 - CONTESTAÇÃO (2701812 CONTESTACAO 01) | Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 16/03/2020 11:20:20

Left Panel (16 Mar 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 8851460 - CONTESTAÇÃO
- 8851463 - CONTESTAÇÃO (2701812 CONTESTACAO 01)
- 8851470 - Documentos (2701812 CONTESTACAO Anexo 02)
- 8851477 - Documentos (2701812 CONTESTACAO Anexo 03)
- 8851490 - Documentos (Anexo 03 subit atos procuracao compressed)
- 8851482 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS )
- 8851483 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Left Panel (11 Feb 2020):

- REDISTRIBUÍDO POR COMPETÊNCIA EXCLUSIVA EM RAZÃO DE CRIAÇÃO DE UNIDADE JUDICIÁRIA

Main Content (downloadBinario.seam 1 / 13):

2701812- CJ/ 2020-00958/ INVALIDEZ/DAMS

JOÃO BARBOSA  
— ADVOGADO ASSOCIADO —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª 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."

Bottom Bar: PT | 15:02 | 16/03/2020



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª 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 SÍNTESE 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 descaracteriza 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/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

### **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 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:

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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**

Cumpra 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 ressarcidos.

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, CPC<sup>3</sup>.

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 incontroverso 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.

---

<sup>3</sup>“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 desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo 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 ressaltar 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 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
<b>TOTAL:</b>	<b>R\$ 2.700,00</b>

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 parciais<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> 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 HOUE 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 STJ<sup>5</sup>.

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 citação<sup>6</sup>.

---

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.

<sup>5</sup> **Súmula 474 | 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.”

<sup>6</sup> “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 ação<sup>7</sup>

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 a 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 honorários 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 Excelência 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.

---

<sup>7</sup> art. 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 gradação (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 GRADAÇÃO

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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
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	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 superiores e/ou de uma das mãos					
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; **JOSELAINE 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

JOSELAINE 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	LIPÍDIOS TOTAIS - PESQUISA E/OU DOSAGEM	26,00	26,00
Exames	4.03.02.54-7	TRIGLICERÍDEOS - 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			<b>249,00</b>	<b>245,42</b>

**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

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

SUPERVISOR

CRM: 52.49515-5/RJ

# 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

**CPF de:** Próprio

**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](http://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

SUPERVISOR

CRM: 52.49515-5/RJ



# 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

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

SUPERVISOR

CRM: 52.49515-5/RJ

# 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

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

\_\_\_\_\_  
ADJUTO FERNANDES NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018  
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: 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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Titular do CPF:** ADJUTO FERNANDES NETO

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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			<b>400,61</b>	<b>301,37</b>

**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	<b>1677,24</b>	<b>1187,38</b>	<b>1187,38</b>	<b>400,61</b>	<b>301,37</b>	<b>301,37</b>

**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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADJUTO FERNANDES NETO

## 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](http://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: 15/08/2019  
Nome: ADJUTO FERNANDES NETO  
CPF: 217.435.333-49

ADJUTO FERNANDES NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019  
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: 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

SUPERVISOR

CRM: 52.49515-5/RJ



# 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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADJUTO FERNANDES NETO

## 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](http://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

ADJUTO FERNANDES NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019  
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: 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

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: 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			<b>283,02</b>	<b>183,78</b>

**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	<b>438,24</b>	<b>339,00</b>	<b>339,00</b>	<b>283,02</b>	<b>183,78</b>	<b>183,78</b>

**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****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: 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
Farmácias			68,24	68,24
Total da Análise Atual			<b>438,24</b>	<b>339,00</b>

**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	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>438,24</b>	<b>339,00</b>	<b>339,00</b>

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

**INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA**

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

**GERENTE**

**CRM:** 52.49515-5/RJ

JOSE VITAL SOARES

**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: 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			<b>393,61</b>	<b>143,61</b>

**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	<b>2581,38</b>	<b>1992,28</b>	<b>1992,28</b>	<b>393,61</b>	<b>143,61</b>	<b>143,61</b>

**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			<b>112,48</b>	<b>112,48</b>

**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	<b>2266,53</b>	<b>1677,43</b>	<b>1677,43</b>	<b>112,48</b>	<b>112,48</b>	<b>112,48</b>

**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](http://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](http://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 início 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, 15 de Setembro de 2017

Carta nº: 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br)

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELO \_\_\_\_\_



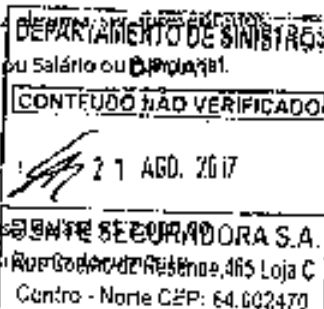
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ADZUFR FERNANDES NETO  
PORTADOR(A) DO RG Nº 545 792 EXPEDIDO POR SSP - PI EM 19/11/2017  
CPF 211.711.431.513.33-49 CNPJ \_\_\_\_\_ PROFISSÃO AUTÔNOMO  
RECEITA MENSAL DE R\$ 1.200,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA, ADZUFR FERNANDES NETO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da taxa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Benefício;
- Conta empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECFINTEFEDRAL: [www.recfintefederal.gov.br](http://www.recfintefederal.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.



**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos 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 POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRASECO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4249-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5.314-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

TERESINA 18 de AGOSTO de 2017  
LOCAL E DATA

Adauto Francisco NETO  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização 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 11.943/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização acesse [www.dpvatseguradoraconsorcio.com.br](http://www.dpvatseguradoraconsorcio.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0223.134.

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----  
0010069 PAD IDEAL I 14/08/2017  
OURDCARD  
19:20:34 (Horário de Brasília)  
\*\*\*\*\*2153

Saldo N. 73010001-0030

46004510101 SALDO DE POUPANCA

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

VAR SALDO ATUAL VLX BLOQUEADO

051

APLIQUE NA POUPANCA DURO E POUPEX  
RENDE TRANQUILIDADE E CONFIANÇA

Informações importantes no verso

[www.banco24horas.com.br](http://www.banco24horas.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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTINUED NÃO VERIFICADO

21 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende 455 Loja C  
Castro - Norte CEP: 64.002470



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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003081/2017-14

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribelro Lebre Carlos

Data/Hora: 13/07/2017 - 18:33

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA CASTELO DO PIAUÍ/RUA ALTO LONGÁ, Nº:

Complemento

Data/Hora

08/05/2017 - 09:30

383655

Bairro

ALTO ALEGRE

Ponto de Referência



### DADOS DAS PESSOAS ENVOLVIDAS

Nome: ADJUTO FERNANDES NETO 55 ANOS

RG: 545792

Mãe: MARIA ESPEDITA FERNANDES CARLOS

Endereço: RUA SOTERO VAZ, Nº 5150

Bairro: ALTO ALEGRE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-3214-2331 86-8826-7684

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Natureza(s) da Ocorrência

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

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Rosende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

### RELAÇÃO 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 DOBRANDO 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 HUT, CONFORME PRONTUÁRIO 442637. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribelro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce R. Lebre Carlos

Escrivã Especial

Mat.: 009761-8

ADJUTO FERNANDES NETO, 55 ANOS - Noticiante

Responsável pela Informação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Rosende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Delegado de Polícia

OS ORIGINAIS ESTÃO NO ASL - 0273108/17



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Ponto de referência	13 Município-UF			
	14 Nome	15 Sexo			
Local da Ocorrência	16 Idade				
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica				
Dados do Paciente	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vilma				
Tipo de Ocorrência	20 Meio de locomoção				
	21 Outras partes envolvidas				
Acidente de Trânsito	22 Simulação de acidente				
	23 Glasgow =				
Exame Físico	24 Simulação de acidente				
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupila				
	27 Pulso				
Hospital de Destino	28 Sangramento				
	29 Fratura				
Procedimentos realizados	30 Procedimentos realizados				
	31 Hospital de Destino				
Condições de entrada	32 Condições de entrada				
	33 Obito				
Procedimentos realizados	34 Procedimentos realizados				
	35 Hospital de Destino				
Condições de entrada	36 Condições de entrada				
	37 Obito				
Procedimentos realizados	38 Procedimentos realizados				
	39 Hospital de Destino				
Condições de entrada	40 Condições de entrada				
	41 Obito				

*Resumo da ocorrência:* Paciente vítima de acidente de moto no ponto de encontro de duas ruas, apresentando ferimentos graves. Foi encaminhado ao Hospital de Destino para atendimento.

*Assinatura do Médico:* [Assinatura] *Assinatura do Conduto:* [Assinatura]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

21 ABR 2017

GENE SEGURO S.A.

Rua Coelho de Resende, 455 - Loja C

CEP: 54.002-45

Cartão de segurança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

Assento para criança

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ADRIATO FERNANDES NETORG nº 545 792, data de expedição 19/11/2012, Órgão SSP-PICPF nº 21743533349, 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 GETÉRIO VAZ, Nº 5150</u>
Número	<u>5150</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ALTO ALEGRE</u>
Cidade	<u>TERESINA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64002-620</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 9.88257584 - (86) 32142331</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA - 18/08/17

Assinatura do Declarante:

Adriato Fernandes Neto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 ABO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP. 64.02470

**Fatura Mensal**

Matrícula: Y111528501

Nome do Segurado: MARIA DOS ANJOS PEREIRA  
 End. SOTERO VAZ DA SILVEIRA, 5150  
 BOTO ALÉGRE  
 TERESINA 64002620 AG= 31

Ratificação Assinatura 3/1	Assinatura 1	Coligação de Uso Com. Ind. P. M.	Município 110 4 04 0249 2370-000
Data de Emissão 26/05/2017		Data de Vencimento 24/06/2017	Valor do Seguro 20

Período	Valor do Seguro	Valor do Desconto	Valor do Seguro Líquido
12/16	2215	15	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	2509	226	0

Valor do Seguro: 228

SR(A) CLIENTE,

AMO FOI POSSÍVEL EMITIR A FATURA DESTE MES NO ATO DA REALIZAÇÃO DA LEITURA. A MESMA FICOU RETIDA PARA ANÁLISE E SERÁ ENVIADA POSTERIORMENTE COM VENCIMENTO DENTRO DO PRAZO REGULAMENTAR. AGUARDE.

EM CASO DE DUVIDAS FAVOR LIGAR PARA 0800.056.8888

PARA O ATO DE VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS SOBRE CONTINUA LEI FEDERAL 11.448/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Valor do Seguro	308	83	308	308	308
Valor do Seguro Líquido	327	195	327	327	327
Valor do Seguro Líquido	254	183	317	314	327

PRESSAR A QUALIDADE DA VIDA. LIGUE 0800.056.8888.

EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETADE. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

**AGESPISA** Agência Seguros do Piauí S/A

Matrícula: 110 4 04 0249 2370-000 AG= 31

Assinatura: 1210767-0 Data: 20/06/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002-70

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2017  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002-70



INFARMÁ PRODUTOS FARMACÊUTICOS E  
COSMÉTICOS S/A  
CNPJ: 04.899.318/0250-21  
Inscrição Estadual: 195407687  
Inscrição Municipal: 4501497  
AVENIDA FREI SERAFIM, 2402 - CENTRO  
0, TERESINA  
PI, BRASIL - 64001540

DAFTE HT-e Documento Auxiliar da Nota Fiscal

de  
Consumidor Eletrônico.  
Não permite aproveitamento de créditos ICMS

Código	Descrição	Qtd	Unid	V. Unitário	V. Total	V. Tributado	V. Total
1.00	FR	14,85		1,59	14,85		
3200	BEN DIOLEFENACO DICETILAMONIO GEL 60						
1.00	SS	15,40		1,19	15,40		
3202	PARALOR TONS 30 CAPS-CL						
2.00	CX	26,79		6,45	53,58		

QTD. TOTAL DE ITENS

3

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS R\$

83,83

VALOR TOTAL R\$

83,83

FORMA DE PAGAMENTO

VALOR PAGO

Outros

83,83

VALOR PAGO R\$

83,83

DESCONTO R\$

15,59

Informação dos Tributos Totais

9,18

Incidentes R\$ (Lei Federal 12.741/2012).

VOCE ECONOMIZOU: 15,59  
DRC: 232890 ATEND: 65604 CX: 3887  
LJ: 282  
PARCERIA: 77737

Número: 17715 Série: 1  
Emissão: 2017-08-10 13:53:00-03:00  
Via do Consumidor  
Consulte pela Chave de Acesso em <http://www.sisfz.m.gov.br/infocidv>  
CHAVE DE ACESSO  
2267 0804 8999 1602 5021 0500 1000 0177 1510  
0017 0051

CONSUMIDOR  
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulte via leitor de QR Code



1A. VIA

VOCE ECONOMIZOU: 15,59  
DRC: 232890 ATEND: 65604 CX: 3887  
LJ: 282  
PARCERIA: 77737

COMPROVANTE DE OPERAÇÃO  
FUNÇÃOAL CARD

EXTRAFARMA

AV FREI SERAFIM, 2402

04899316025021

CARTÃO: 6010\*\*\*\*\*04771215

DATA: 10/08/2017 HORA: 13:53:19

SEQ: 00005198 DOC: 00172672

CREDENCIADO: 00989455

PRE-PDV - COMPRA MEDIC. INF. FARMAC

0

TOTAL COMPRA: 83,83

DESCONTO: 15,59 19

TOTAL A PAGAR: 68,24

TOTAL A PAGAR A VISTA: 0,00

TOTAL A PAGAR NO CARTÃO: 68,24

RECONHEÇO A DÍVIDA E AUTORIZO O

DESCONTO DO VALOR NA FORMA PREVIST

A

ASSINATURA

R\$

O VALOR DE R\$ 68,24 SERÁ PAGO A

EXTRAFARMA POR FUNÇÃOAL CARD

(SITEF)

ACQUA: 68 SALDO: 26

USAD: 0 PR: 01/09/2017

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0



Estado do Piauí  
Prefeitura de Teresina  
Fundação Municipal de Saúde



FMS  
Fundação Municipal de Saúde

SUS



# RECEITUÁRIO

USO EXCLUSIVO NA  
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série

Série A - 661387

05.522.917/0031-95  
FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL GERAL DO BOMFIM  
Rua Castelo do Piauí, S/N  
CEP: 64.008-540  
TERESINA - PI

Nome do paciente

Adriano F. Mendes

Número do Prontuário

1111111111

Endereço

Bairro

uso oral


① Linazina 25 mg  
Tomar 1 cp 12/12h  
e continuar

DEPARTAMENTO DE DINHEIRO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
7 1 ASO. 2017  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP. 64.002470


Data  
14/07/19

Carimbo e assinatura do(a) profissional

Dr. Lázaro Ribeiro  
Médico  
CRM 3503-PI

	<b>Prefeitura do Município de Teresina</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b> <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b>		Número da Nota <b>00031452</b>													
			Data e Hora de Emissão <b>15/08/2017 10:53:37</b>													
			Código de Verificação <b>c4ee2e58</b>													
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b> Nome/Razão Social: <b>CLINICA BATISTA PEGGY PEMBLE</b> CPF/CNPJ: <b>06.847.024/0001-67</b> Inscrição Municipal: <b>009216-0</b> Endereço: <b>RUA GABRIEL FERREIRA, Nº640 - BAIRRO CENTRO - CEP:64001-250</b> Município: <b>TERESINA</b> UF: <b>PI</b>																
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b> Nome/Razão Social: <b>ADJUTO FERNANDES NETO</b> CPF/CNPJ: <b>227.435.333-49</b> Endereço: <b>RUA SOTERO VAZ, Nº3150 - BAIRRO ALTO ALEGRE - CEP:64002-620</b> Município: <b>TERESINA</b> UF: <b>PI</b> E-mail:																
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tributável</th> <th>Item</th> <th>Qtd</th> <th>Unidade</th> <th>Valor R\$</th> <th>Total R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIM</td> <td>FOTOGRAFIA CARIÓTIPO</td> <td>1</td> <td></td> <td>170,00</td> <td>170,00</td> </tr> </tbody> </table>	Tributável	Item	Qtd	Unidade	Valor R\$	Total R\$	SIM	FOTOGRAFIA CARIÓTIPO	1		170,00	170,00				
Tributável	Item	Qtd	Unidade	Valor R\$	Total R\$											
SIM	FOTOGRAFIA CARIÓTIPO	1		170,00	170,00											
PIS (0,0000%): <b>R\$ 0,00</b>		COFINS (0,0000%): <b>R\$ 0,00</b>		BPS (0,0000%): <b>R\$ 0,00</b>												
		IR (0,0000%): <b>R\$ 0,00</b>		CSLL (0,0000%): <b>R\$ 0,00</b>												
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 170,00</b>																
Valor Total das Deduções: <b>R\$ 0,00</b>		Base de Cálculo: <b>R\$ 170,00</b>		Aliquota: <b>0,00%</b>												
				Valor do ISS: <b>R\$ 0,00</b>												
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>																
Pés de Competência da Nota Fiscal: 08/2017 Local de Prestação do Serviço: TERESINA/PI			Tributação: IMUNE Incidência: TERESINA/PI Recolhimento: -----													
CNAB: 873019900 - TADAS EM RESIDATIVIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL PRESTADAS EM RESIDENCIAS COLETIVAS E PARTICULARES NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE Serviço: 2701 - Serviços de assistência social. O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA																

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
21 ABR. 2017  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 54.002470

 <p><b>Prefeitura do Município de Teresina</b>  <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b>  <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b></p>	Número da Nota <b>00001528</b>											
	Data e Hora de Emissão <b>17/08/2017 07:54:52</b>											
	Código de Verificação <b>197d138d</b>											
<p align="center"><b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b></p> <p>Nome/Razão Social: <b>SANTOS E RICARTE SERVICOS INTEGRADOS EM NEUROLOGIA S.S LTDA</b>          CNPJ/CNPJ: <b>19.993.236/0001-02</b> Inscrição Municipal: <b>447909-2</b>          Endereço: <b>RUA BARTOLOMEU VASCONCELOS, Nº2440 - SALA 4 - BAIRRO PICARRA - CEP:64015-030</b>          Município: <b>TERESINA</b> UF: <b>PI</b></p>												
<p align="center"><b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b></p> <p>Nome/Razão Social: <b>ADJUNTO FERNANDES NETO</b>          CNPJ/CNPJ: <b>217.435.333-49</b>          Endereço: <b>RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA, Nº5150 - BAIRRO ALTO ALEGRE - CEP:64002-620</b>          Município: <b>TERESINA</b> UF: <b>PI</b> E-mail: <b>marciapeltier@outlook.com</b></p>												
<p align="center"><b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b></p> <p>Descrição: serviço consultivo</p>												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tributável SIM</th> <th>Item CONSULTA</th> <th>Qtd</th> <th>Unidade R\$ 200,00</th> <th>Total R\$ 200,00</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tributável SIM	Item CONSULTA	Qtd	Unidade R\$ 200,00	Total R\$ 200,00							
Tributável SIM	Item CONSULTA	Qtd	Unidade R\$ 200,00	Total R\$ 200,00								
<table border="1"> <tr> <td>PI (0,6500%): <b>R\$ 0,00</b></td> <td>COFINS (3,0000%): <b>R\$ 0,00</b></td> <td>INSS (11,0000%): <b>R\$ 0,00</b></td> <td>IR (1,5000%): <b>R\$ 0,00</b></td> <td>CSLL (1,0000%): <b>R\$ 0,00</b></td> </tr> </table>					PI (0,6500%): <b>R\$ 0,00</b>	COFINS (3,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	INSS (11,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	IR (1,5000%): <b>R\$ 0,00</b>	CSLL (1,0000%): <b>R\$ 0,00</b>			
PI (0,6500%): <b>R\$ 0,00</b>	COFINS (3,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	INSS (11,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	IR (1,5000%): <b>R\$ 0,00</b>	CSLL (1,0000%): <b>R\$ 0,00</b>								
<p align="center"><b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 200,00</b></p>												
Valor total das Deduções: <b>R\$ 0,00</b>		Base de Cálculo: <b>R\$ 200,00</b>	Alíquotas: <b>3,00%</b>	Valor de ISS: <b>R\$ 6,00</b>								
<p align="center"><b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b></p> <p>Atividade de Competência da Nota Fiscal: 08/2017          Local da Prestação do Serviço: TERESINA/PI          Data de vencimento da ISSQN referente à esta NFS-e: 11/09/2017</p> <p>Contribuintes: I. RESUTÁVEL          Incidência: TERESINA/PI          Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR</p> <p>OTAE: 865009901 F SAUDE NAO E ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA AREA DE SAUDE NAO ESPECIFICADAS          Serviço: 0401 - Medicina e Odontologia          O CRI/IN (COMAMEN/CO) PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA</p>												

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 O FUNCIONÁRIO DA EMPRESA

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002.470



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 DIAGNÓSTICO  
PRVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 ABR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64 032470



# Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 • Fone (86) 2106-8000 • 64001-200 Teresina - Piauí

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

www.sanctusmarcos.org.br

## Receituário Controle Especial

1ª VIA - FARMÁCIA

### Identificação do Eminente

Nome completo: Gelvan 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 PROJETADA 5029 - MEMORARE - TERESINA - PI \* 64.000-000

Prescrição:

oral

Fameltor 10 mg ..... 2 caixas

tomar 1 cp 1x / dia à noite

Data: 10/08/17

Gelvan Borges da S. Freire  
NEUROLOGISTA  
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CHUVAT

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2017

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

### Identificação do Comprador

Nome completo: ADJUNTO FERNANDES NETO

RG: 545 792 Org. Emissor: PI

End. completo: RUA SOLEDO VIA 2, 5130

Telefone: 32147331 - 9 88257584

Cidade: TIE UF: PI

### Identificação do Fornecedor

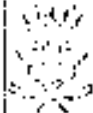
Maria Zelandia Gomes  
Farmácia

CRF-PI 1266

Assinatura do Farmacêutico

Data: 10/08/17



 <p align="center"><b>Prefeitura do Município de Teresina</b>  <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b>  <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b></p>		Número da Nota		<b>00001586</b>											
		Data e Hora de Emissão		<b>11/10/2017 07:41:51</b>											
		Código de Verificação		<b>3565ba70</b>											
<p align="center"><b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b></p> <p>Nome/Razão Social: <b>SANIOS E RICARTE SERVIÇOS INTEGRADOS EM NEUROLOGIA S.S LTDA</b>  CNPJ: <b>19.993.236/0001-02</b> Inscrição Municipal: <b>447909-2</b>  Endereço: <b>RUA DARTOLOMEU VASCONCELOS, Nº2440 - SALA 4 - BAIRRO PICARRA - CEP:64015-030</b>  Município: <b>TERESINA</b> UF: <b>PI</b></p>															
<p align="center"><b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b></p> <p>Nome/Razão Social: <b>ADJUNTO FERNANDES NETO</b>  CNPJ: <b>212.435.333-49</b>  Endereço: <b>RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA, Nº5150 - BAIRRO ALTO ALEGRE - CEP:64002-620</b>  Município: <b>TERESINA</b> UF: <b>PI</b> E-mail: <b>notasfiscais@saomarcos.org.br</b></p>															
<p align="center"><b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b></p> <p>Descrição:  Serviços médicos</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p align="center">DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE  DIPVAT  CONTÉUDO NÃO VERIFICADO</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Quantidade</th> <th style="width: 50%;">Unidade</th> <th style="width: 10%;">Valor Unit.</th> <th style="width: 10%;">Valor Total</th> <th style="width: 10%;">Valor Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">1</td> <td>SERVIÇOS MÉDICOS</td> <td align="right">200,00</td> <td align="right">200,00</td> <td align="right">200,00</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p align="center">13 OUT. 2017</p> <p align="center">GENTE SEGURADORA S.A.  Rua Góes de Azevedo, 455 Loja C  Centro - Norte CEP: 64.067-470</p> </div>						Quantidade	Unidade	Valor Unit.	Valor Total	Valor Total	1	SERVIÇOS MÉDICOS	200,00	200,00	200,00
Quantidade	Unidade	Valor Unit.	Valor Total	Valor Total											
1	SERVIÇOS MÉDICOS	200,00	200,00	200,00											
PIS (0,6500%): R\$ 0,00		COFINS (3,0000%): R\$ 0,00		INSS (11,0000%): R\$ 0,00											
IR (1,5000%): R\$ 0,00		CSL (1,0000%): R\$ 0,00													
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 200,00</b>															
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00		Base de Cálculo: R\$ 200,00		Alíquota: 3,00%											
				Valor da ISS: R\$ 6,00											
<p align="center"><b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b></p> <p>Mês de Competência da Nota Fiscal: 10/2017  Local de Prestação do Serviço: TERESINA/PI  Data de emissão da Nota Fiscal referente à esta NFS-e: 10/11/2017</p> <p align="right">Tributação: TRIBUTAVEL  Inscrição: TERESINAPI  Regulamento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR</p> <p>CEM 85003991 - L SAUDE RAO OBTENHADES DE PROFISSIONAIS DA AREA DE SAUDE RAO ESPECIALIZADAS ATUANDO EM  Serviço: OMC - Medicina e Odontologia.</p> <p align="center">O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA</p>															

CNPJ: 04.999.316/0250-21  
Inscrição Estadual: 19540/688?  
Inscrição Municipal: 4501497  
AVENIDA FRET SERAFIM, 2402 - CENTRO, TERESIMA,  
PI, BRASIL - 64001540

Código	Descripción	C.1010(RR)	V.Pago(RR)	03234
2.00	CM	91.09	10.37	03,7825222
2.00	CM	5.45	0.80	5.45

Informação dos Tributos Totais Incidentes 84 (Lei Federal 12.741/2012).	11,17
---	-------

Modelo: 30255-Serie: 1  
 Criado: 2017-10-13T15:38:00-03:00  
 Via do Consumidor  
 Consulte pela chave de acesso em <http://acesos.sefaz.sp.gov.br/vi-consumidor>  
**CHAVE DE ACESSO**  
 2217 1004 8953 1602 5622 6500 1030 0302 9510 2030 2390

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA  
DPVAT  
CONTROLE DE DOCUMENTOS  
73 OUT. 2017

Consulta sua melhor de sempre



Protocolo de autorización: 322793631055 2017-10-13 15:37:55-03



[The page contains several paragraphs of text that are extremely heavily degraded by noise and artifacts, making the content completely illegible. The text appears to be organized into sections, possibly separated by horizontal lines, but no specific words or phrases can be discerned.]



# 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.smarcos.org.br

## Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

### Identificação do Eminente

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

Paracetol 25 mg

2 caixas

tomar 1 cp 1x / dia à noite

Geivan Borges da S. Freire  
NEUROLOGISTA  
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

Data: 10/10/2017

DE VAI
CONTROLE NÃO VERIFICADO
3 OUT. 2017
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.012-475

### Identificação do Comprador

Nome completo:

RG:

Org. Emissor:

End. completo:

Telefone:

Cidade:

UF:

### Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data:



INFARMA PROBIUS FARMACEUTICOS L. CONSORTIUMS S/A

CNPJ: 04.899.316/0250-21  
Inscricao Estadual: 195407087  
Inscricao Municipal: 4501492  
AVENIDA FRET SERRO Lm, 2402 - CENTRO, TEHLSTMA.  
P., BH9511 - 64003540

DAFE NFC-e Documento Auxiliar de Nota Fiscal de  
Consumidor (Eletronica)  
Nao permite aproveitamento de creditos ICMS

Codigo	Descricao	Qtd	Unid	V. Unit (R\$)	V. Total (R\$)	% Total (R\$)	V. Pag (R\$)	Jornal
2	TRAX PCH 306	1,00	26	27,71	27,71	100,00	27,71	0,00
1,00	CA	29,10	10,41	81,10	31,23	81,10	31,23	0,00
2,00	CA	9,65	2,38	19,30	19,30	19,30	19,30	0,00

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

Informacao dos Tributos Totais 15,23  
Incidentes R\$ Lei Federal 12.741/2012

UNIC. EMISSORA: 10.50  
OR: 254534 ATEND: 8229 (4: 9148 Lm 282  
FABRICATA: 7/13)

Numero: 35552 Emissao: 1  
Emissao: 2017-11-09T17:00:00-03:00  
Via de Consumidor  
Consulta pela Chave de Acesso em <http://www.sefaz.pb.gov.br/nf>  
Chave de Acesso  
2017 1104 8993 1000 0000 0000 0000 0000 0000 0000

CONSUMIDOR

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTENIDO NAO VERIFICADO
10 NOV. 2017
GENE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende 455 Loja C
Centro - Nova CEP: 64.002470

A autenticacao de autenticacao: 322170741783715 2017-11-09T17:00:00-03:00  
30



São Marcos  
Para toda vida

# 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](http://www.saomarcos.org.br)

## Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

### Identificação do Eminente

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

DEPARTAMENTO DE SINCRONIZAÇÃO BRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 NOV. 2017
GENTE SEGURADORA S.A Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-476

### 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 Bilac, 2300 - Fone: 086 2106-8000 - 64001-000 Teresina - Piauí

C.N.E.C. 06.870.026/0001-77 - E. Inscrição

[www.sanomarcos.org.br](http://www.sanomarcos.org.br)

## Recetário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

### Identificação do Eminente

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 SÓTERO 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

Geivani Borges Da Silva Freire  
NEUROLOGISTA  
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

ARMATILHAMENTO DE MEDICAMENTOS
DE VAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JAN - 2018
AGENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 155 Loja L
Centro - Norte CEP: 64.000-000

### 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 Bilac, 2300 \* Fone (86) 2106-8000 \* 64301-200 Teresina - Piauí

CNPJ: 06.876.026/0001-77 \* L. E. Isento

www.sao-marcos.org.br

## Receituário Controle Especial

2ª VIA - PACIENTE

### Identificação do Eminente

Nome completo: Gervân 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

Gervân Borges Da Silva Freire  
NEUROLOGISTA  
CRM-PI 4180

Data: 03, 01, 18

Assinatura do Médico

Controlado em Farmácia
OPVAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO
35 JAN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Teresina - CEP: 64.002-176

### Identificação do Comprador

Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

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 SERVIÇOS INTEGRADOS EM NEUROLOGIA S.S LTDA**  
 CPF/CNPJ: **19.993.236/0001-02** Inscrição Municipal: **447909-2**  
 Endereço: **RUA BARTOLOMEU VASCONCELOS, Nº2440 - 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, Nº5150 - BAIRRO ALTO ALEGRE - CEP:64002-620**  
 Município: **TERESINA** UF: **PI** E-mail:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Descrição:  
 CONSULTA MEDICA  
 DA COTAR  
 OUT. 00001635  
 04/01/2018

Tributável SIM	Descrição SERVIÇO MEDICO	Quantidade	Unidade R\$	Total R\$
		1	200,00	200,00
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>447909-2</p> <p>DPVA1</p> <p>CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>03 JAN. 2018</p> <p>AGENTE SEGURADORA S.A</p> <p>Rua Coelho de Resende 463 Loja C</p> <p>Centro - Norte CEP: 64.002.475</p> </div>				

PIS (0,6500%): <b>R\$ 0,00</b>	COFINS (3,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	INSS (1,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	IR (1,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	CSLL (1,0000%): <b>R\$ 0,00</b>
-----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 200,00**

Valor Total das Deduções: <b>R\$ 0,00</b>	Base do Cálculo: <b>R\$ 200,00</b>	Alíquota: <b>3,00%</b>	Valor da ISS: <b>R\$ 6,00</b>
--	---------------------------------------	---------------------------	----------------------------------



**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Mês de Competência da Nota Fiscal: **01/2018**  
 Local da Prestação do Serviço: **TERESINA/PI**  
 Data de vencimento da ISSQN referente à esta NFSe: **31/01/2018**  
 CNAB: 88500001 - ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ARCA DE SAUDE NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE  
 Serviço: 3401 - Medicina e biomédica.  
 O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AFIKIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA

Tributação: TIRF. TÁVEL  
 Incidência: TERESINA/PI  
 Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR





 <p><b>Prefeitura do Município de Teresina</b>  <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b>  <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe</b></p>	Número da Nota <b>00001686</b>											
	Data e Hora de Emissão <b>07/03/2018 11:51:22</b>											
	Código de Verificação <b>1936dccc1</b>											
<p align="center"><b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b></p> <p>Nome/Razão Social: <b>SANTOS E RICARTE SERVICOS INTEGRADOS EM NEUROLOGIA S.S LTDA</b>          CPF/CNPJ: <b>19.993.236/0001-02</b> Inscrição Municipal: <b>447909-2</b>          Endereço: <b>RUA BARTOLOMEU VASCONCELOS, Nº2440 - SALA 4 - BAIRRO PICARRA - CEP:64015-030</b>          Município: <b>TERESINA</b> UF: <b>PI</b></p>												
<p align="center"><b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b></p> <p>Nome/Razão Social: <b>ADJUNTO FERNANDES NETO</b>          CPF/CNPJ: <b>217.435.333-49</b>          Endereço: <b>RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA, Nº5150 - BAIRRO ALTO ALEGRE - CEP:64002-620</b>          Município: <b>TERESINA</b> UF: <b>PI</b> E-mail: <b>notasfiscais@saomarcos.org.br</b></p>												
<p align="center"><b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b></p> <p>Descrição:          SERVIÇOS MEDICOS          PL. 000001</p>												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tributável</th> <th>Item</th> <th>Qtde</th> <th>Unitário R\$</th> <th>Total R\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIH</td> <td>SERVIÇOS MEDICOS</td> <td>1</td> <td>200,00</td> <td>200,00</td> </tr> </tbody> </table>	Tributável	Item	Qtde	Unitário R\$	Total R\$	SIH	SERVIÇOS MEDICOS	1	200,00	200,00		
Tributável	Item	Qtde	Unitário R\$	Total R\$								
SIH	SERVIÇOS MEDICOS	1	200,00	200,00								
PIS (0,4500%): <b>R\$ 0,00</b>	COFINS (3,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	INSS (11,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	IR (1,5000%): <b>R\$ 0,00</b>	CSLL (1,0000%): <b>R\$ 0,00</b>								
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 200,00</b>												
Valor Total das Deduções:	R\$ 0,00	Base de Cálculo:	R\$ 200,00	Alíquota:								
				3,00%								
			Valor da ISS:	R\$ 6,00								
<p align="center"><b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b></p> <p>Mês de Competência da Nota Fiscal: 03/2018          Local da Prestação do Serviço: TERESINA/PI          Data de vencimento do ISSQN referente à esta NFSe: 10/04/2018</p> <p>Tratamento: TRIBUTÁVEL          Incidência: TERESINA/PI          Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR</p> <p>CAAE: 865039901 - ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE          Serviço: OMS - Medicina e biomedicina.</p> <p align="center">O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA</p>												



Para 002-via

# 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. 05.873.026/0001-77 \* I. E. Isento

www.saucnaoos.org.br

## Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

### Identificação do Eminente

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

22.49 Nortriptilina 25 mg ..... 2 caixas  
tomar 1 cp 1x / dia à noite

Oral

09.96 Doxareni 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Niterói CEP: 24.024-73

### Identificação do Comprador

Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End. completo: \_\_\_\_\_

### Identificação do Fornecedor



EMPRESAMENTOS FARMACEUTICOS GLOBO  
AV. DOGUE DE CARVALHO, 4341  
BUENOS AIRES VERMILHA-02  
CNPJ: 04.610-170  
TELEFONE: (34) 3322-9654

CPF: 02.307.007/0010 CN: 02.307.007/0010  
IM: 100.000  
20.00

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumo Eletrônica

Código Descritivo	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
010001 ACETILSALICILATO 100 MG 100	100	0,34	34,00
010002 DORAVEN 100MG 100	100	0,34	34,00
STOR. Total de Içamento			2,00
Valor Total R\$			130,00
Descontos R\$			40,00
Valor a Pagar			90,00
SOMA PAGAMENTOS			90,00
Valor R\$			90,00
Valor R\$			0,00

Validar pela chave de acesso em  
<http://www.safes.com.br/safes/consultas/validar.asp>  
2218 0063 000 0700 1207 8600 8000 0101 1610 0018 1730

CONTABILIZAR COMPROVANTE NÃO IDENTIFICADO  
Mensagem 10176 54116 0 10/03/2018 20:08:33  
SEM ASSINATURA  
Protocolo de Autenticação: 3221063115594  
Data/Hora: 10/03/2018 20:08:33



Atenção: Este documento não possui validade jurídica  
Atenção: Este documento não possui validade jurídica  
Atenção: Este documento não possui validade jurídica

Calha 1008 Lda: 023 20/03/2018 20:08:33





# Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 - Fone (86) 2106-8000 e (86) 2106-8001 Teresina - PI

C.S.P. 06.879.026/0001-77 e L.E. Isento

www.hospitalaoscm.com.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 5157 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - 64.000-000

#### Prescrição:

opi

Morfina 25 mg ..... 2 caixas

tomar 1 op / x / dia à noite

opi

Codeína 500 mg ..... 1 caixa

tomar 1 comprimido à noite

Data: 06/03/2018

*Geivan Borges Da Silva 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]*

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 • Fone: 086 2106-8000 • 64031-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.878.026/0001-77 • 1. R. Isenço

www.sao-marcos.org.br



## Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

### Identificação do Eminente

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:

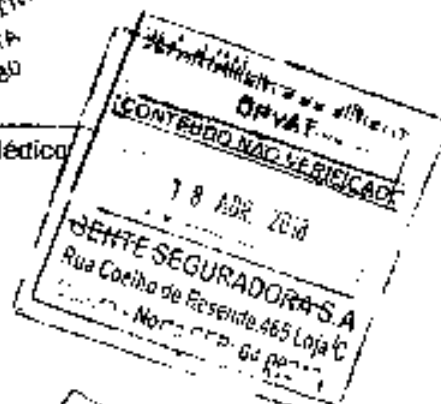
oral

Paroxetina 20 mg ..... 2 caixas

tomar: 1 cp 1x / dia pela manhã

Data: 06/04/2018

*Geivan Borges Da Silva Freire*  
NEUROLOGISTA  
CRM-PI 4180  
Assinatura do Médico



DROGARIAS LUIZATHANIA LTDA LT 002  
AV MOISA - SENHORA DE PATYNA, 251  
JARDIM TERRESTRA-PI  
CNPJ: 06.045.100  
INSCRIÇÃO: 0001302 0000

CMDF: 01 116.972/0001-10 10: 196015029  
DS: 0371092  
19/04/2018 10:58:21 NR: 000016762

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Código Descricao	Qtde UN	Valor UN	Valor Total
016361 PAROXETINA 20MG 2,00 CX	21,31	29,25	
017890 PAROXETINA 20MG 2,00 CX	107,35	107,35	
039210 OXASSEN 10MG 1 00 CX	04,29	56,32	

Valor Total de Venda	5,00
Valor Total 30	293,41
Descontos	101,33
Valor a Pagar	192,08

FORMA DE PAGAMENTO	VALOR A Pagar 53
Credito	131,06
Credito 30	0,00

Consulta pela chave de acesso em  
<http://www.safax.pi.gov.br/infocvsh/consultaxm001.js>

22:50:07 2188 7200 0120 8500 7000 0167 6210 0015 7625

CONSUMIDOR-IDENTIFICADO NÃO IDENTIFICADO  
Número: 16762 Data: 17 06/04/2018 10:58:19  
Via Consumidor  
Protocolo de Autenticação: 33203000000000000000  
Data/Hora: 06/04/2018 10:58:21

### 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 Bilac, 2300 \* Fone 085 2106-8000 \* 64001-280 Teresina - PI

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

www.saoamarcos.org.br

## Recetário 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: (85) 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

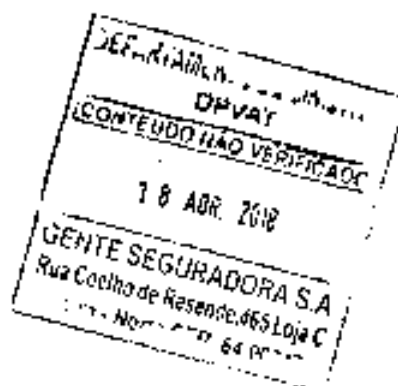
oral

Donepezil 100 mg ..... 1 caixa

tomar 1 comprimido à noite

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Médico



### Identificação do Comprador

Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End. completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_



Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

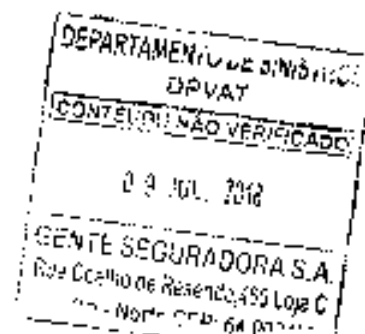
### Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



	<b>Prefeitura do Município de Teresina</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b> <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe</b>		Número da Nota <b>00001759</b>						
			Data e Hora de Emissão <b>05/07/2018 16:18:23</b>						
			Código de Verificação <b>309316ef</b>						
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>									
	Razão Social: <b>SANTOS E RICARTE SERVIÇOS INTEGRADOS EM NEUROLOGIA S.S LTDA</b>								
	CPF/CNPJ: <b>18.983.236/0001-02</b>		Inscrição Municipal: <b>447909-2</b>						
	Endereço: <b>RUA BARTOLOMEU VASCONCELOS, Nº2440 - SALA 4 - BAIRRO PICARRA - CEP:64015-030</b>								
	Município: <b>TERESINA</b>		UF: <b>PI</b>						
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>									
Razão Social: <b>ADJUNTO FERNANDES NETO</b>									
CPF/CNPJ: <b>217.435.333-49</b>									
Endereço: <b>RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA, Nº5150 - BAIRRO ALTO ALEGRE - CEP:64002-620</b>									
Município: <b>TERESINA</b>		UF: <b>PI</b>		E-mail: <b>marciapeitier@outlook.com</b>					
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>									
Descrição: OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE									
Tributável SIM	Item: SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS	Qtd: 1	Unidade R\$: 200,00	Total R\$: 200,00					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>PIS (0,6500%): <b>R\$ 0,00</b></td> <td>COFINS (3,0000%): <b>R\$ 0,00</b></td> <td>INSS (11,0000%): <b>R\$ 0,00</b></td> <td>IR (1,5000%): <b>R\$ 0,00</b></td> <td>CRLV (1,0000%): <b>R\$ 0,00</b></td> </tr> </table>					PIS (0,6500%): <b>R\$ 0,00</b>	COFINS (3,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	INSS (11,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	IR (1,5000%): <b>R\$ 0,00</b>	CRLV (1,0000%): <b>R\$ 0,00</b>
PIS (0,6500%): <b>R\$ 0,00</b>	COFINS (3,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	INSS (11,0000%): <b>R\$ 0,00</b>	IR (1,5000%): <b>R\$ 0,00</b>	CRLV (1,0000%): <b>R\$ 0,00</b>					
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 200,00</b>									
Valor Total das Deduções: <b>R\$ 0,00</b>		Base de Cálculo: <b>R\$ 200,00</b>							
		Alíquota: <b>3,0000%</b>		Valor do ISS: <b>R\$ 6,00</b>					
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>									
Mês de Competência da Nota Fiscal: 07/2018		Tributação: TRIBUTÁVEL							
Local de Prestação do Serviço: TERESINA/PI		Endereço: TERESINA/PI							
Data de vencimento do ISSQN referente à esta NFSe: 10/08/2018		Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR							
CNAB: 855019901 - ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA AREA DE SAUDE NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE									
Serviço: 0401 - Medicina e Diagnóstico									
O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO 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 Eminente

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

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: 64.002470
--

### 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 - Água Mineral  
TERESINA-PI, CEP: 64006-245

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

Código	Descrição	Qtde	UN	VI Item	VI Total
364991	FILTRUM ULTRA SECO FPS30 CR				
	GEL 60G	1	UN	73,48	73,48
	Desconto sobre item				-13,99
118850	DOMAREN 50MG CP/60 P/CI	1	CX	86,48	86,48
De:	86,48 Por: 70,83				
	Desconto sobre item				-15,65
316040	CL PAROXETINA 20MGCP/30 G-ME				
	P/CI	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.cefaz.pi.gov.br/nfce/consulta](http://www.cefaz.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

OLAFILPE, SEJA BEM-VINDO(A) AO NOVO PROGRAMA DE  
FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM  
BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS PRA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 36,12

SEU SALDO DE JULHO A DEZEMBRO/2018 E DERA R\$ 38,94.

ATINJA R\$ 500,00 ATE 31/12/2018 E SEJA UM CLIENTE OURO.

ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS,  
EXCLUINDO MEDICAMENTOS E SERVICOS. SUAS COMPRAS SAO  
CONTABILIZADAS EM ATE 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E  
SAIBA MAIS EM [PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE](http://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 \* I.E. Isento

www.saomarcos.org.br

## Receituário Controle Especial 1ª VIA - FARMÁCIA

### Identificação do Eminente

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

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**EMPREENHIMENTOS FARMACEUTICOS GLOBO**

AV DOM INFERNO 4450  
BOLESA DO SUL TUCURUZA-PI  
CNPJ: 06.055-366  
TELEFONE: (06)3194-7550

CNPJ: 06.055.366/0001-05 IN: 196119970

AN: 100000

27/09/2018 19:34:10

Nº: 250013714

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

ENTRADA EM CONTINGÊNCIA  
Pendente de autorização

Código Descrição	Qtde UN	Valor Unit	Valor Total
003236 DONAREN 50MG C/ 1,00 CM	54,48		54,48
003236 DONAREN 50MG C/ 1,00 CM	54,48		54,48
Qtde. total de itens			3,00
Valor total R\$			216,18
Descontos R\$			103,69
Valor a pagar			112,49
FORMA PAGAMENTO		VALOR PARCO R\$	
Cartão		112,49	
Troco R\$		0,00	

Consulte para obter o acesso em  
<http://webas.sefaz.pi.gov.br/afcomex/comunitaria.htm>

2218 0963 5030 0700 8805 8800 2000 0207 1800 0011 7163

CONTINGÊNCIA-UFF 016.544.173-96  
Nome:

Número: 23716 Série: 2 27/09/2018 19:34:08

Via Consumidor

Protocolo de Autorização:

ENTRADA EM CONTINGÊNCIA  
Pendente de autorização



2709000029103

Você economizou R\$ 103,69

Atendido por: LUCAS WASHINGTON DA S LIMA

Vendedor: 2173

Caixa: 002 Loja: 150 27/09/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
23 OUT. 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 \* I.E. Isento

www.saomarcos.org.br

## Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

### Identificação do Eminente

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

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

oral

Donaren 50 mg ..... 1 caixa  
tomar 1 comprimido à noite

Data: 29.1.19

Geivan Borges da S. Freire  
NEUROLOGISTA  
CRM PI 4180

Assinatura do Médico

### Drogasil

Rua Drogasil S/A  
AVENIDA FARI SERRA, 3078 - CABRAL - TERESINA - PI  
Telefone: (86) 3221-4652  
CNPJ: 61.585.865/1796-15 - I.E.: 196093732

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

#	COD	DESC	QTD	UN	VL UNIT	R\$	ALIQ	VL ITEM	R\$
01	34104	*PAROXET 20MG EM30-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 EM30-C1	1,00	Unx	113,22	F	113,22		
		De 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						-8,57	
		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
PBM									199,99
VALOR TOTAL PAGO R\$									203,99
TROCO R\$									1,62



### 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



105.522.915/0036-08

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LINEU ARAUJO"

Rua Magalhães Filho, nº 152/Centro

01-350 - Teresina-PI

## Identificação do Emitente

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF do CRM: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

End. Completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Paciente: *Adriana Figueiredo N. F.*

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição:

1. *Paroxetina 10mg* \_\_\_\_\_ *24x*  
*1x 1000 mg*

2. *Jonivon 500* \_\_\_\_\_ *1x*

*Gervan Borges da S. Freire*

NEUROLOGISTA

CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

Data: *19/3/19*

## Identificação do Comprador

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End. Completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

## Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 MAR. 2019

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

# Drogasil

Rua Drogasil S/A  
Avenida Frei Serafim, 1719 - CENTRO - TERESINA - PI  
Telefone: (86) 3025-1210  
CNPJ: 61.585.865/0001-03 - I.E.: 136174716

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

#	CD	DESC	QTD	UN	VL UNIT	RT	ALW	VAL	ITENS	RS
01	27502	GEPRILIN 10MG 30'S	1	1,00	UNX	73,09	F	73,09		
		De 73,09 por 65,78 desconto de						7,31		
		Valor Líquido						65,78		
02	17021	DONAREN 50MG 60 S-C1	1	1,00	UNX	86,48	F	86,48		
		De 86,48 por 77,83 desconto de						8,65		
		Valor Líquido						77,83		
QTD. TOTAL DE ITENS									2	
VALOR TOTAL DESCONTO RS										15,96
VALOR TOTAL RS										143,61
FORMA DE PAGAMENTO										VALOR PAGO
PBNS										143,61

Trib. Rótul. R\$ 0,00 Federal e 0,00 Estadual  
Fonte: 18PF

NFC-e No. 000013700 Serie 002  
Emissão 19/03/2019 13:42:38  
Via Consumidor  
Consulta pela Chave de Acesso em  
<http://nfeas.sefaz.pi.gov.br/nfecevb/index.jsf>  
CHAVE DE ACESSO  
2219 0361 5858 6518 5003  
6500 2000 0137 0014 0275 2336

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code



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

PDF: 002 L: 2534 Cód: 0000033677







**Prefeitura do Município de Teresina**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

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 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, Nº5150 - BAIRRO PRIMAVERA - CEP:64002-620**Município: **TERESINA**UF: **PI**E-mail: **AGUAMINERAL@BIOANALISE.COM.BR**

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição:

EXAMES LABORATORIAIS

Tributável	Item	Qtde	Unitário R\$	Total R\$
<b>SIM</b>	<b>EXAMES LABORATORIAIS</b>	<b>1</b>	<b>250,00</b>	<b>250,00</b>

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\$ 250,00**

Valor Total das Deduções:

**R\$ 0,00**

Base de Cálculo:

**R\$ 250,00**

Alíquota:

**3,00%**

Valor do ISS:

**R\$ 7,50**

## OUTRAS INFORMAÇÕES

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 - LABORATORIOS CLINICOS**Serviço: **0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.**Tributação: **TRIBUTÁVEL**Incidência: **TERESINA/PI**Data de vencimento do ISSQN referente à esta NFS-e: **10/04/2019**

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, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



**Drogasil**

Rua Drogasil S/A

AVENIDA FREI SERAFIM, 1719 - CENTRO - TERESINA - PI

Telefone: (86) 3025-1218

CNPJ: 61.585.865/1850-03 - I.E: 196174716

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

#	CD	DESC	QTD	UN	VL UNIT	R\$	ALIQ	VL ITEM	R\$
01	00436	WIMESUL 100	100	CG	125	1,00	0%	125,00	125,00
		De 17,15 por 15,44 desconto de						-1,71	
		Valor Líquido						15,44	
02	26795	PROPRAN 40	30	S	1,00	3,90	0%	117,00	117,00
		De 3,90 por 3,51 desconto de						-0,39	
		Valor Líquido						3,51	
03	12021	COMAREN 50MG	60	S	1,00	90,23	0%	5413,80	5413,80
		De 90,23 por 81,21 desconto de						-9,02	
		Valor Líquido						81,21	
04	57242	LOSARTANA 50	300	S	1,00	9,65	0%	2895,00	2895,00
		De 9,65 por 8,69 desconto de						-0,96	
		Valor Líquido						8,69	
05	27502	CEBRILIN 100	30	S	1,00	76,24	0%	2287,20	2287,20
		De 76,24 por 68,67 desconto de						-7,57	
		Valor Líquido						68,67	
06	05954	ATORACL 25mg	30	S	1,00	3,23	0%	96,90	96,90
		De 3,23 por 2,91 desconto de						-0,32	
		Valor Líquido						2,91	

QTD. TOTAL DE ITENS 6  
VALOR TOTAL DESCONTO R\$ 20,02  
VALOR TOTAL R\$ 100,38  
FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO  
PAGOS 100,38

Trib. Apox. R\$ 0,00 Federal e 0,00 Estadual  
Fonte: IBPT

NFC-e No. 000016777 Serie 002

Emissão 06/05/2019 15:23:08

Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://webas.safas.pi.gov.br/infoqweb/index.jsf>

CHAVE DE ACESSO

2219 0561 5858 6518 5003

6500 2000 0167 7712 3009 7515

CONSUMIDOR

CPF: 217.435.333-49

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização: 30219005858646  
06/05/2019 15:23:08

PDV: 002 Loja: 2534 Coo: 0000039475

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 MAI 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 MAI 2019

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

**Drogasil**

Rua Drogasil S/A

AVENIDA FREI SERAFIM, 1719 - CENTRO - TERESINA - PI

Telefone: (86) 3025-1218

CNPJ: 61.585.865/1850-03 - I.E: 196174716

06/05/2019 15:23:10

CBO: 0000039475

Comprovante de Operação  
Funcional Card

DROGASIL

AV. FREI SERAFIM 1719

61585865185003

Cartão: 6010\*\*\*\*04771215

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

Seq: 00306891 NSU: 00829260

Autoriza: 0: 00821986

Credenciado: 00975414

Pre-PDV - COMRA MEDIC. INF. FARMACIA

TOTAL COMPRA: 200,40

DESCONTO: 20,02 10%

TOTAL A PAGAR: 180,38

TOTAL A PAGAR A VISTA: 0,00

TOTAL A PAGAR NO CARTÃO: 180,38

RECOMENDO A DIVISÃO E AUTORIZO O

DESCONTO DO VALOR NA FORMA PREVISTA

DANIEL PENHA FERNANDES

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

**Drogasil**

Rua Drogasil S/A

AVENIDA FREI SERAFIM, 1719 - CENTRO - TERESINA - PI

Telefone: (86) 3025-1218

CNPJ: 61.585.865/1850-03 - I.E: 196174716

06/05/2019 15:23:20

CBO: 0000039477

Comprovante de Operação

Funcional Card

DROGASIL

AV. FREI SERAFIM 1719

61585865185003

Cartão: 6010\*\*\*\*04771215

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

Seq: 00306891 NSU: 00829260

Autoriza: 0: 00821986

Credenciado: 00975414

Pre-PDV - COMRA MEDIC. INF. FARMACIA

TOTAL COMPRA: 200,40

DESCONTO: 20,02 10%

TOTAL A PAGAR: 180,38

TOTAL A PAGAR A VISTA: 0,00

TOTAL A PAGAR NO CARTÃO: 180,38

RECOMENDO A DIVISÃO E AUTORIZO O

DESCONTO DO VALOR NA FORMA PREVISTA

DANIEL PENHA FERNANDES

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

PDV: 002 Loja: 2534

CPF: 217.435.333-49

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 MAI 2019

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

Receituário de Controle Especial  
1ª via - Farmácia - 2ª via - Paciente

Identificação do Emitente

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF do CRM: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

End. Completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Paciente: *Adriano Fernando de Azevedo*

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição:

1. *Paracetamol 1000mg* *1000mg*  
*1000mg* *1000mg*

2. *Dorflex 500mg* *500mg*  
*500mg* *500mg*

Data: *15.05.19*

*Genival Borges da S. Freire*  
NEURÓLOGISTA  
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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Drogasil

Rua Drogasil S/A  
AVENIDA FREI SERAFIM, 1719 - CENTRO - TERESINA - PI  
Telefone: (86) 3025-1218  
CNPJ: 61.585.865/0050-03 - I.E.: 196174716

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

QT	CD	DESC	QTD	UN	VL UNIT	RS	ALTO	VL ITEM	RS
01	49469	NINESOLIDA 100 NEG 12S 1,00 Unx 17,64 F				17,64		17,64	
		De 17,64 por 10,19 desconto de				-7,45			
		Valor Líquido				10,19			
02	39831	TROK-H POMADA 100 1,00 Unx 14,86 F				14,86		14,86	
		De 14,86 por 10,19 desconto de				-4,67			
		Valor Líquido				10,19			
03	64205	CAPTOPRIL 25 MEG 30S 1,00 Unx 8,35 F				8,35		8,35	
		De 8,35 por 3,39 desconto de				-4,96			
		Valor Líquido				3,39			
04	43633	HIDROCL 25MG ENA 30'S 1,00 Unx 6,93 F				6,93		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		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		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		3,19	
		De 3,19 por 1,69 desconto de				-1,50			
		Valor Líquido				1,69			
08	57242	LOSARTANA 50 PRG 30S 1,00 Unx 9,65 F				9,65		9,65	
		De 9,65 por 5,39 desconto de				-4,26			
		Valor Líquido				5,39			
09	12021	ADONAREN 50MG 60'S-C1 1,00 Unx 90,23 F				90,23		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		3,19	
		De 3,19 por 1,69 desconto de				-1,50			
		Valor Líquido				1,69			
11	50669	*PAROXET 20MG NEB30-C1 1,00 Unx 67,66 F				67,66		67,66	
		De 67,66 por 36,79 desconto de				-30,87			
		Valor Líquido				36,79			
12	50669	*PAROXET 20MG NEB30-C1 1,00 Unx 67,66 F				67,66		67,66	
		De 67,66 por 36,79 desconto de				-30,87			
		Valor Líquido				36,79			

QTD. TOTAL DE ITENS 12  
VALOR TOTAL DESCONTO RS 130,02  
VALOR TOTAL RS 165,53  
FORMA DE PAGAMENTO VALOR PARO 165,53  
CARTÃO DE CREDITO

Trib Aprox RS:0,00 Federal e 0,00 Estadual  
Fonte: IPT  
MASTERCARD

CIELO  
MASTERCARD  
5447314\*\*\*\*8790  
1a VIA-CLIENTE AUT=280483  
DOC=030141 03/07/19 14:28 OML-C  
VENDA A CREDITO  
VALOR: 165,53

(SITef)

NFC-e No. 000050709 Serie 004  
Emissão 03/07/2019 14:28:09  
Via Consumidor  
Consulta pela Chave de Acesso em  
<http://webes.cofaz.pi.gov.br/nfceweb/index.jsf>  
CHAVE DE ACESSO  
2219 0761 5858 6518 5003  
6500 4000 0507 0910 5256 3966

CONSUMIDOR  
CPF: 012.545.173-96

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização: 322190086879856

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
03 JUL 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Cosmo de Resende, 465 Lige C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI





Valor: R\$ 245,00

Recebemos do Sr(a): ADJUTO FERNANDES NETO

RG: CPF: 2174353349

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
21 AGO. 2019  
GENTE SEGURADORA  
Rua Coelho de Resende, 465 L  
Centro - Norte CEP: 64.000



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
<b>HEMATOLOGIA</b>				<b>36,00</b>
	HEMOGRAMA C/ PLAQUETAS	1,	36,00	36,00
<b>IMUNOQUIMICA</b>				<b>230,00</b>
	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
	TRIGLICERIDEOS	1,	0,00	0,00
	TSH HORMONIO TIROESTIMULANTE	1,	40,00	40,00
<b>URINALISE</b>				<b>30,00</b>
	SUMARIO DE URINA	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	30,00	30,00
<b>SubTotal:</b>				<b>296,00</b>
<b>Total Geral:</b>				<b>296,00</b>
				21 AGO. 2019
				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

Adriano F. S. N.



**Prefeitura do Município de Teresina**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Número da Nota

**00006265**

Data e Hora de Emissão

**09/08/2019 10:27:53**

Código de Verificação

**7157aa77**Nome/Razão Social: **BIOANALISE LTDA**CPF/CNPJ: **01.038.328/0018-08**Inscrição Municipal: **453014-4**Endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, Nº4316 - BAIRRO AGUA MINERAL - CEP:64006-221**Município: **TERESINA**UF: **PI****PRESTADOR DE SERVIÇOS****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	Item	Qtde	Unitário R\$	Total R\$
<b>SIM</b>	<b>EXAMES LABORATORIAIS ESPECIE</b>	<b>1</b>	<b>245,00</b>	<b>245,00</b>

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**

Alíquota:

**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, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.**Tributação: **TRIBUTÁVEL**Incidência: **TERESINA/PI**Data de vencimento do ISSQN referente à esta NFS-e: **10/09/2019**

A EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA SINISTROS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO 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 NÃO 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

SUS  
589965

Rua Celso de Góes, 2031 Parque Alvorada  
Centro - Teresina - PI  
CEP: 64.002.470

CAPS II - CENTRO NORTE

Preencher Todos os Campos

Nome do Paciente (preencher sem abreviar)		Nome		Data de Nascimento		Idade		Sexo		RG/CPF	
Acyonete Emanuel		Neto		16/02/12		12		<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		545792-21743334	
Nº Cartão SUS		Município		Estado		Cidade		Bairro		CEP	
1600062		TERESINA		PI		9.882.7884		CID 10		49	
Nome da Mãe		Endereço (Rua, Nº, Bairro, Cidade, Estado, CEP)		Município		Estado		Cidade		CEP	
MIRIA ESPERDITA		RUA HENRIQUE		TERESINA		PI		9.882.7884		CID 10	
Complemento		Data de Nascimento		Idade		Sexo		RG/CPF		CEP	
8400762		16/02/12		12		<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		545792-21743334		589965	
Dados Clínicos		Exames Solicitados (No máximo três)		Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde		Data e Hora do Atendimento		Nº da Marcação		Endereço	
Neurólógico		PSN detalhado		Dra. Adilson N. Lima LUSTOSA		06.08.15 às					
		Neurologia completa		CRM: 14812 - RQE 2865							
		CAS									
		Dados da Marcação		Local do Atendimento		Data e Hora do Atendimento		Nº da Marcação		Endereço	

Assinatura do Paciente / Responsável

Este exame é pago pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.  
Secretaria Municipal de Saúde - SMS.  
R. Gov. Artur de Vasconcelos, 730 - Centro/Sul  
Fone: (86) 3222-8787

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO	CONTEUDO NÃO VERIFICADO
21 AGO. 2019	15 AGO. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002.470	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002.470



UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

Assinatura do Declarante

Antônio do 5º Ofício de Notas  
Maria Rila Barros de Alencar  
Escritório Comunal nº 100  
Terminado em 1998

... 21 450. 2004

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.024-70

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

**GENTE SEGURADORA S.A.**  
Rua Coelho de Figueiredo, 455 Loja C  
Centro - Norte CEP: 84.102-470



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-70

NOME DO PACIENTE: JOSEMO R. FERNANDES LINS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 442527

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-70

**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".

734-5108-PT CFB 5221-7-531 CTF 05-222 513/9022-502

NUM. OK  
extended

DADOS DO PACIENTE

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN

பெயர் : கஜேந்திர

Nome: ADJUNTO FERNANDES NETO		Prontuario: 442537	
Mãe: MARIA ESPERIDIO FERNANDES CRUZ		Pai: FRANCISCO CARLOS	
End. Resid: RUA SAO SEBASTIAO PAZ 5150 - APT 2 - JARDIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-320			
Nascimento: 06/02/1952		Idade: 46a (m, 00)	
Sexo: Masculino		Fone: -	
Suspensavel: O MESMO		CPS: 996002226214244	
Profissao: AUTOMOBILISTA		Documentos: RG: 545792 - 56PPI	
G. Instrução: Não Instruado		E.Civil: Ignorado	
End. Local: -			

\_\_\_\_\_

<b>Código:</b> 605918	<b>Data:</b> 06/05/2014	<b>El:</b> 07-13	<b>Condição:</b> AMBULADOR (D) 3260
<b>Motivo da Procura:</b> AUMENTO DE TRANSITO VITIM. EM MOTOCICLETA (MOTOC			<b>Convênio:</b> U S
<b>Atid. Trab.:</b> Sim	<b>Acid. Trabalho:</b> Sim	<b>Acid. Trab. Especial:</b> Não	<b>CID Secundária:</b> V239

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible]

Pacientes vítimas de trauma motorizados por lesões de queda

A. Vias de viação: <u>plano</u>		B. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		C. <u>FGV</u> <u>21</u> <u>km</u> <u>de</u> <u>distância</u> <u>em</u> <u>um</u> <u>único</u> <u>do</u> <u>dois</u> <u>abdomens</u>		D. <u>Glucose</u> <u>14</u>		E. <u>Osciloscópio</u> <u>em</u> <u>modo</u> <u>de</u> <u>ondas</u> <u>de</u> <u>ondas</u> <u>de</u> <u>ondas</u>	
F. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		G. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		H. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		I. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		J. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
K. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		L. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		M. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		N. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		O. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
P. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		Q. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		R. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		S. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		T. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
U. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		V. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		W. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		X. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		Y. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
Z. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AA. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AB. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AC. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AD. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
AE. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AF. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AG. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AH. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AI. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
AJ. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AK. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AL. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AM. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AN. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
AO. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AP. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AQ. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AR. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AS. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
AT. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AU. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AV. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AW. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AX. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
AY. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		AZ. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BA. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BB. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BC. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
BD. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BE. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BF. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BG. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BH. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
BI. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BJ. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BK. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BL. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BM. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
BN. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BO. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BP. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BQ. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BR. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
BS. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BT. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BU. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BV. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BW. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
BX. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BY. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		BZ. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CA. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CB. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
CC. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CD. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CE. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CF. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CG. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
CH. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CI. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CJ. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CK. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CL. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
CM. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CN. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CO. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CP. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CQ. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
CR. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CS. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CT. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CU. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CV. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
CW. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CX. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CY. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		CZ. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		DA. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
DB. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		DC. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		DD. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		DE. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		DF. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
DG. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		DH. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		DI. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		DJ. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		DK. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>	
DL. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		DM. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		DN. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		DO. <u>de</u> <u>modo</u> <u>libre</u>		DP. <u>de</u> <u>modo</u>	

- 70 de oameni
- în 2010
- 100 de oameni

DEPARTAMENTO DE REGISTRO		DEPARTAMENTO DE REGISTRO	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		CONTÉUDO NÃO VERIFICADO:	
DATA:	SIGNA:	303040092	5068
GENTE SEGRADORA S.A.		CID:	
Rua Coelho de Resende, 165 Loja C		Eduardo de Souza	
Centro - Norte CE - 64.602470		150760	
		CRM-PI 8389	

Assessment - Professional Médico -

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Oitic T. 50 - 64000-000 - Teresina - PI - CEP: 64000-000  
 Telefone: (085) 322-1111 Fax: (085) 322-1111

Imp: 07/05/2017 11:13:25  
 ALVARO FARIAS/ANIEL

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADRIANO FERNANDES NETO		Ponto: 442537	
Mãe: MARILIA FERNANDES CARLOS		Pai: RUALES20 CARLOS	
End. Resid: RUA SANTO ANTONIO, 111 - APT. 101 - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 06/07/1982	Idade: 35 anos	Sexo: Masculino	Etnia:
Responsável: O Pai	CNPJ: 08900212622-6244		
Profissão: AUTÔNOMO	Documento: RG: 343752 SSP/PI		
S. Instrução: Não Informado	E. Civil: Ignorado		
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 605918	Data: 06/05/2017 11:07:13	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Recusa: AUMENTO DE PRESSÃO ARTERIAL EM EXATIDÃO 140/90		Convênio: S. S.

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 06/05/2017 12:00 - ESPECIALISTA: NEUROCIROURGIA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCE com fratura de fratura da coluna C5

TCE de crânio e base de crânio

Cdr. (1) Interferência

Brasão de Armas  
 Assinatura  
 Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 06/05/2017 12:00

Assinatura do Profissional: [Assinatura]

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 06/05/2017 12:00 - ESPECIALISTA: NEUROCIROURGIA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCE com fratura de fratura da coluna C5

TCE de crânio e base de crânio

Cdr. (1) Interferência

Brasão de Armas  
 Assinatura  
 Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 06/05/2017 12:00

Assinatura do Profissional: [Assinatura]

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DEPARTAMENTO DE REGISTROS

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

21/05/2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Celso de Resende 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



PREFEITURA DE TINESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	EXAME ART.	LEITO
Adjunto Fernandes Neto		442537	06/02/1962 55a	Neurologia	211	105 - 106
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO		MÉDICO ASSISTENTE		
TCE - politraumatizado		10/05/2017		Ricardo		
ALERGIAS		HORARIO		OBSERVAÇÕES		
Nenhuma						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
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. Plavet 1amp + AD EV 8/8h (SOS)						
6. Fenitoína 100mg VO 8/8h						
7. Trama 50mg VO 6/6h (se dor intensa)						
8. Diazepam 10mg VO (SOS)						
9. SSV 6/6h						
MÉDICO/CRM		DEPARTAMENTO DE SINUSOLOGIA		OBSERVAÇÕES		
GENTE SEGURADORA S.A.		PRAT		1h. Exame neurologico		
Rua: D. João de Resende 455 Loja C		CONTROLE DA VERIFICAÇÃO		q. nota de dor de 8/10		
Contato: Noto CEP: 4092470		CONTROLE DA VERIFICAÇÃO		Paciente já evoluído anteriormente		
21 Abr 2017		CONTROLE DA VERIFICAÇÃO		Migração do foco do		
		CONTROLE DA VERIFICAÇÃO		Clavícula Esquerda		
		CONTROLE DA VERIFICAÇÃO		q. Boa evolução		
		CONTROLE DA VERIFICAÇÃO		em Tratamento medicamentoso		
		CONTROLE DA VERIFICAÇÃO		com boa evolução		
		CONTROLE DA VERIFICAÇÃO		e 45 a 60 dias		
		CONTROLE DA VERIFICAÇÃO		12h. Pct de dta		
		CONTROLE DA VERIFICAÇÃO		respostas		
		CONTROLE DA VERIFICAÇÃO		APto Octopeda		





PREFEITURA DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA



POSTO 01

NOME DO PACIENTE	PROTEUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	END. DE APT.	LEITO
Adriano Fernando Nib				211	intra
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO		MÉDICO ASSISTENTE		
AS - ASA 1			NEURO		
ALERGIAS					
Glucose 14					

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORARIO	OBSERVAÇÕES
1. Dieta Branda		15h realizado AVE em mso. e de
2. SF 0.9% 2000ml EV dia KCl 10% 10ml/soro		2000 ml de SF 0.9% e 10ml de KCl 10%
3. Ranitidina 1amp + 18ml AD EV 8/8h		15:30 Paciente consciente, orientado, eupríico. Em repouso no leito. Hb em mso. Joga saliva hialina e mucosa.
4. Dipirone 2ml + 8ml AD EV (SOS)		15:30 Paciente consciente, orientado, eupríico. Em repouso no leito. Hb em mso. Joga saliva hialina e mucosa. Feito medicação de
5. Bromoprida 1am p+ AD EV (SOS)		15:30 Paciente consciente, orientado, eupríico. Em repouso no leito. Hb em mso. Joga saliva hialina e mucosa. Feito medicação de
6. Fenitoína 2ml + 18ml AD EV 8/8h (mso p. 15)		15:30 Paciente consciente, orientado, eupríico. Em repouso no leito. Hb em mso. Joga saliva hialina e mucosa. Feito medicação de
7. Haldol 1amp IM (SOS)		15:30 Paciente consciente, orientado, eupríico. Em repouso no leito. Hb em mso. Joga saliva hialina e mucosa. Feito medicação de
8. Tramadol 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h (SOS)		15:30 Paciente consciente, orientado, eupríico. Em repouso no leito. Hb em mso. Joga saliva hialina e mucosa. Feito medicação de
9. Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM		15:30 Paciente consciente, orientado, eupríico. Em repouso no leito. Hb em mso. Joga saliva hialina e mucosa. Feito medicação de
10. SSVV 6/6h		15:30 Paciente consciente, orientado, eupríico. Em repouso no leito. Hb em mso. Joga saliva hialina e mucosa. Feito medicação de
11. Pen Vaina 100		15:30 Paciente consciente, orientado, eupríico. Em repouso no leito. Hb em mso. Joga saliva hialina e mucosa. Feito medicação de

MÉDICO/CRM:

Enfermeira  
COREN: 149472

1898/6

SUS

HOSPITAL

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AHO)

Órgão Emissor: H22100001

AHO : 221710033624-4

UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

ADJUNTO FERNANDES NETO

NASCIMENTO

06/02/1962

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
DE INTERNAÇÃO HOSI

Identificação do Estabelecimento de

D.LIBERA: 10/03/2011

DT. LAUDO: 04/08/2011

PRÓCED.: 0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (TRAU MENTO)

AP.SIST: HELLSTEN

CID: 8080

1- Nome do estabelecimento solicitante

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE T

2- Nome do estabelecimento executor

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE T.

Código da  
Internação:

189876

ASS. MÉDICA RESPONSÁVEL

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: ADJUNTO FERNANDES NETO

6 - Prontuário: 408937

7-CNS: 898002326214244

8-Nascimento: 06/02/1962

9-Sexo: Masculino

RG: 545792 - SEEP

11-Mãe: MARIA ESPADITO FERNANDES CARLOS

12-Fone: -

13 Resp: (O MESMO)

14-Corr: Sem Informação

15-Endere: RUA SAO PEDRO BAS 5150 - ALTO ALZEVES - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.FGR: 221100

18-Mo: PI

19-LSP: 64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas atuais:

Paciente caiu da moto  
com lesões e vomito

21 - Condições que justificam a internação:

wif

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

TC: Fraturas

23-Diagnóstico inicial:

Outros traumatismos intracranianos

24-GRU: 01

5080

## PROCEEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0303040092

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (TRAU MENTO)

Clínica:

30-Clínica:

02

01

CPF:

952.819.243-22

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

RICARDO VARGUES LOPES DE ARADO

34-Data Solicitada:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

PRIVAT

35-Ass. Solicitante: 04.02.2011

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

PRIVAT

36- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

39 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado ( ) Empregado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

PRIVAT

AUTORIDADE

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

46 Nome do Profissional Autorizado

47-Data Autorização:

48-Documento:

( ) IDHA ( ) CPF

49-Sem. Documento:

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

47-Data Autorização:

04/08/2011

50-Ass. Solicitante:

04.02.2011

51-Ass. Solicitante:

04.02.2011

52-Ass. Solicitante:

04.02.2011

53-Ass. Solicitante:

04.02.2011

54-Ass. Solicitante:

04.02.2011



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1823 - Redenção - Fones: 36 3229 9672

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0002-52

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADJUNTO FERNANDES NETO** (Prontuário: 442537)

Endereço: RUA SÃO PEDRO PAZ 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 06/02/1962 Idade: 55a:3m:2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 605916

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

Contato: 927731 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cad SIA: 0206010079

Data Exame: 06/05/2017

### T.C. DE CRÂNIO

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

#### RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALNEAL PARIEITO-TEMPORAL À ESQUERDA, COM ENFISEMA ASSOCIADO.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SUPRATENTORIAL À DIREITA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CONTUSÕES PARANQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS TEMPORAIS À DIREITA.
- PNEUMOCEREBALO SUPRATENTORIAL À DIREITA.
- FRATURA PARIEITO-TEMPORAL À ESQUERDA, COM ENVOLVIMENTO DA MASTOIDE.
- FRATURA NO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- MATERIAL HEMORRÁGICO EM MASTOIDE E CÚVELLO EXTERNO À ESQUERDA.

(LUIS CEZARI)

TERESINA - PI 08/05/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Rosende 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.302470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Rosende 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.302470

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPE: 552.218.563-15 2440 CRM

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUJ  
Rua Dr. Otto Tito 1320 Redenção - Fone: 35 3223 4212  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 02.322.917/0022-02

Pág. 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ABRINYO FERNANDES NETO** (Prontuário 442537)  
Endereço: RUA SAO PEDRO PAZ 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 05/02/1952 Idade: 55a:5m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Alinhamento: 608315  
Requisição: 740353 Solicitação: 05/05/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controla: 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 COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MÍDIAS SEM ALTERAÇÕES.
- CÔRACÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HÍLOS DE ASPECTO ANATÔMICO.
- FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

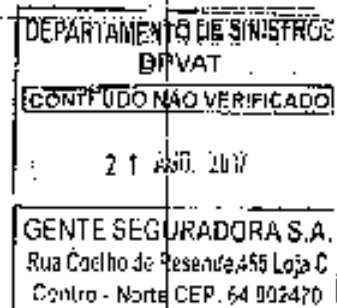
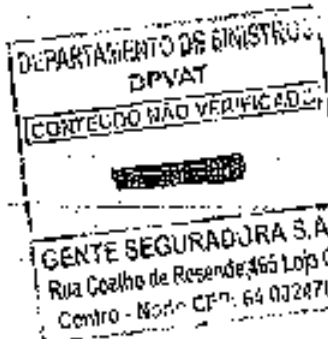
REMAN

TERESINA - PI 13/07/2017

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.023.603-30 - CRM 8353

Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU7**  
 Rua Dr. Otávio Pinto 1870 - Cidade - Fone: 36 2229 4032  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.517/0002-07

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ABJUNTO FERNANDES NETO** (Prontuário 442537)  
 Endereço: **RUA SAO PEDRO PAZ 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64004-010**  
 Nascimento: **06/02/1962** Idade: **55a5m7d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **605918**  
 Regulação: **740353** Solicitação: **05/05/2017** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**  
 Controle: **921733** Convênio: **S U S**

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 05/05/2017

### OMBRO ESQUERDO

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

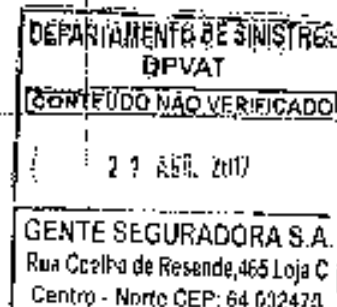
- Fratura completa no terço médio da clavícula.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume da partes moles.

RENALQ



TERESINA - PI 13/07/2017.

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**  
 CPF: 335.029.503-30 CRM 2253  
 Profissional Responsável



# Receituário de Controle Especial

1ª via - Farmácia - 2ª via -

Fos 912.917/0058-08

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LIMOU ARAUJO"

Rua Magalhães Filho, nº 152 Centro  
- Teresina - PI

## Identificação do Emitente

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF do CRM: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

End. Completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Paciente: *Adriano Fernando Reis*

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição:

*1. Paracetamol 500mg  
- 1 comprimido 3x ao dia*

*2. Ibuprofeno 500mg  
- 1 comprimido 3x ao dia*

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





Secretaria Municipal de Saúde de Teresina-PI  
Requisição de Exames

SUS

589965

CAPS II - CENTRO NORTE  
Rua Gastão de Gusmão, 2031 Parque Alvorado

Cartão de Identificação do Paciente

CNPJ: 06.922.012/0001-70

Preencher Todos os Campos

Nome do Paciente (preencher sem abreviar)

Adriano Emanuel Neto

Nascimento

Idade

Sexo

☒ M

☐ F

Form

E-Mail

RG / CPF

545792-21743334

UF

PI

Forças

9.882.7881

CID 10

Nome da Mãe

MARIA ESPERIDIA

Endereço: Rua/Av.

SAEED LIND

Complemento

CEP 64007601

Dados Clínicos

Neurológico

Exames Solicitados (No máximo três)

PSA total

Exames Solicitados (No máximo três)

PSA total



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	545.792
DATA DE REGISTRO	19/11/2011
NOME	ADJITO FERNANDES NETO
FILIAÇÃO	MARIA ESPEDITA FERNANDES CARLOS FRANCISCO CARLOS
NATURALIDADE	LUIZ GOMES-RN
DATA DE NASCIMENTO	06/02/1962
DOC. GISESI	CERT. CASAM. 4970 L 67 F 262 EXP. TIMON-MA 22/06/82
TELEFONE	217.435.333-49
LEI Nº 7.118 DE 20/05/83 - DECRETO Nº 09.240/83	

MINISTROS  
PRIVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
21 ABL 2017  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelha de Resende, 465 Laje C  
Centro - Norte CEP: 84.002470

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL	
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI	
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE OLIVEIRA MARTINS"	
CARTÃO DE IDENTIDADE	
ASSINATURA DO TITULAR	
Assinatura do Titular	
FOTO	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ADOLFO DELS MARTINS



*Adolfo Fernandes Neto*

CARTÃO DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

545.792

DATA DE EXPIRAÇÃO 19/11/12

NOME

ADJUTO FERNANDES NETO

MARIA ESPERIDITA FERNANDES CARLOS

FRANCISCO CARLOS

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

06/02/1962

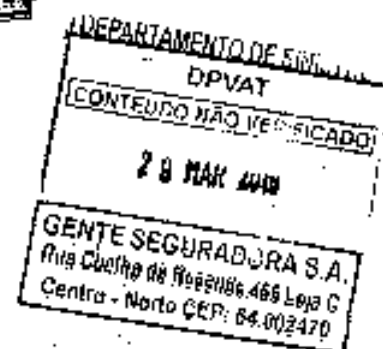
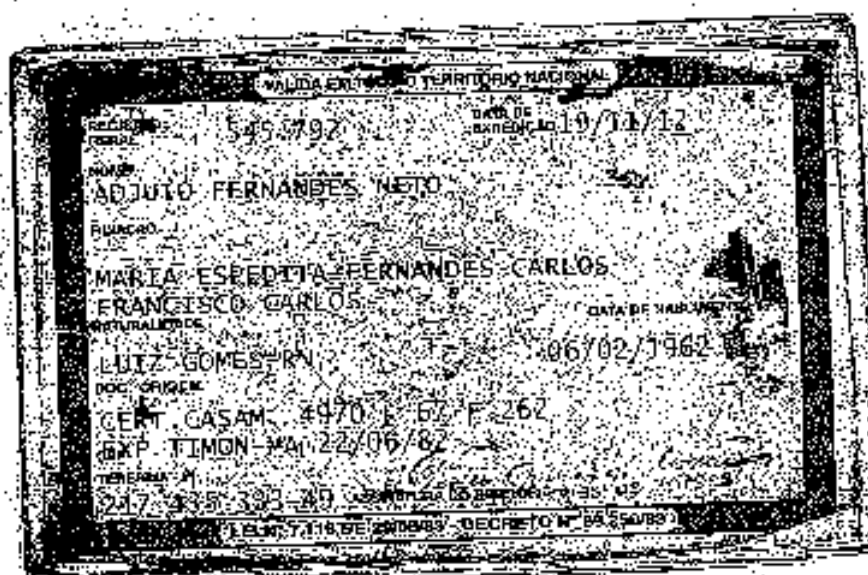
CEP CASAM 4970-067-4-262

EXP TIMON-MA 77/06/87

217-135-333-49

LLI Nº 7.116 DE 25/08/89 - CACHETE Nº 89.250/89





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



*Adjuto Fernandes Neto*  
ASSINATURA DO TITULAR

0004912

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 545.792 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/12

NOME  
ADJUTO FERNANDES NETO

PLACAO

MARIA ESPEDITA FERNANDES CARLOS  
FRANCISCO CARLOS

NATURALIDADE

LUIZ GOMES-RN DATA DE NASCIMENTO 06/02/1962

DOC. ORIGEM

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

TERCEIRA - M

217.435.333-49 ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 25/06/83 - DECRETO Nº 89.350/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 A60. 7019

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





## SINISTRO DAMS

NOME DA

VÍTIMA: ADRIATO 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 ( RECETAS 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:

André Soares Lima

Data do recebimento:

13/08/2017

Adriato Fernandes Neto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21. ASO. 7017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002470

THE 07/03/18



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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Niterói CEP: 24.024-70

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 DESPESA DE  
MEDICAMENTOS CONTROLADO QUE FAÇO  
USO DO MESMO EM DECORRÊNCIA DO  
ACIDENTE QUE SOFRI QUE JÁ É  
DO CONHECIMENTO DE VÓS. NÃO  
ENTENDO POR QUE NÃO ME É DEVOLVIDO  
O VALOR REAL QUE FOI GASTO.

PORQUE VÓS DEMORA TANTO TEMPO  
PARA DEVOLVER UM VALOR TÃO PEQUENO?  
POR QUE TANTA BURCRAÇIA?

UM ABRÇO A TODOS - SEGUIE ABAIXO  
O Nº DA POUPANÇA BANCO DO BRASIL

AG 5605-7 CONTA Nº 105314-0

ADJUTO FERNANDES NETO

Adjuto Fernandes Neto

(86) 9.88257584 (86) 3214 2331

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2018
GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

TERESINHA 13/08/19

AO DPUAT

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

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

Atte Fernando Neto

217435333-48

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

## 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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

**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](http://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

\_\_\_\_\_  
ADJUTO FERNANDES NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
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 SUBARACNOÍDE + 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 PRÓPRIOCEPÇÃO 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 SATISFATORIAMENTE. 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 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.

**BRAÇO 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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 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):

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

Região Corporal (Sequela):  
**CRÂNIO-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

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 encefalico com hemorragia subaracnoidea fratura de clavícula esq. paciente com bom estado geral,consciente,orientado auto e alopsiquicamente;sem deficit de marcha normal,sem deficit da fala;sem deficits 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 transito em 06/05/17;foi submetido a tratamento conservador de traumatismo cranio encefalico e tratamento conservador de fratura de clavícula esquerda.evluindo com bom estado geral,força muscular preservada;sem deficit da marcha e fala;sem deficit 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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( **X** ) "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 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.**



Raphael Neves Bona - CRM: 2485 - 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:** 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 hemorrágica temporal a D, Fratura parieto temporal a E até mastoide, fratura do arco zigomático 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 Goncalves 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 SUBARACNOÍDE + 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 SATISFATORIAMENTE APARENTE DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL E DÉFICIT MOTOR EM MSE RESIDUAL REFERE TONTURAS E ESQUECIMENTOS**

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.

**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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**COGNICÃO**

% 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

Região Corporal (Sequela):  
**OÚVIDO ESQUERDO**

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

Região Corporal (Sequela):

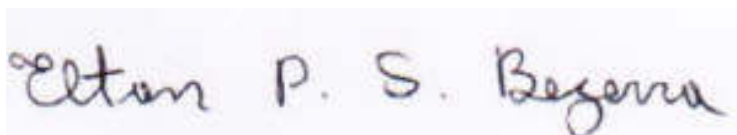
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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.

**EM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO PRÉVIA: PACIENTE COM NOVO RELATO DE ESQUECIMENTOS, ISSO EM ASSOCIAÇÃO COM LESÕES ENCEFÁLICAS DEMONSTRAM DÉFICIT EM MEMÓRIA (COGNICÃO) RESIDUAL DÉFICIT MOTOR EM MSE MANTIDO RESIDUAL HOVE APARENTE MELHORA DE HIPOACUSIA AO EXAME FÍSICO, AGORA RESIDUAL (FATO NORMAL À 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 PIAUI- 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?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**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

# 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 SUBARACNOÍDE + 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 SATISFATORIAMENTE. 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.

**Sequelas:** 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. HOVE 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.  
Vítima 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



**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 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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 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):

% do dano: ( ) 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):

% 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 Portela Santos Bezerra - CRM: 5518 - PI

# 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 ABERTURA DA BOCA(3CM). NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO (ADM EM 100°), ELEVÇÃO(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. Vítima 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 médico pericial:** VÍTIMA APRESENTA CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE. NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO LEVE 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:** Vítima 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:** Vítima 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 subaracnoidea  
Fratura da clavícula esquerda

**Descrição do exame médico pericial:** Paciente com bom estado geral, consciente, orientado auto e alopsiquicamente; 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.

**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 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.

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

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

**Sequelae:** 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

**PRESTADOR**

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**







Rio de Janeiro, 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](http://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](http://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 início 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](http://www.seguradoralider.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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 nº: 11451083

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17  
Vítima: 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta nº: 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.

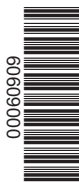
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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 nº: 11699640

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17  
Vítima: 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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](http://www.seguradoralider.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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 nº: 11888286

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17  
Vítima: 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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](http://www.seguradoralider.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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 nº: 12043976

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Nº Sinistro: 3170390744  
Vítima: 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% x 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](http://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](http://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](http://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.  
incorretas

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**

Carta nº 12340682





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](http://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](http://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: INTERRUÇÃO 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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 100º), ELEVÇÃO(120º) E ADUÇÃO(20º) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.**

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**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 hemorrágica 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 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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 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

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.

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 100º), ELEVAÇÃO(120º) E ADUÇÃO(20º) 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?

[ ☒ ] 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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as seqüelas (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):

**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):

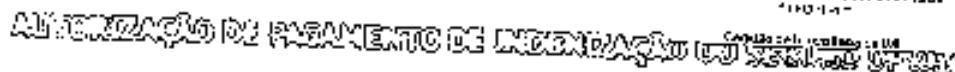
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**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





**CAMPO REGISTRADO PELA SEELINVEST**

Deputado Fernando Neto

[illegible]

(\*) A Comissão Europeia, em 2002, deu origem ao estudo de viabilidade do desenvolvimento de um novo mecanismo de financiamento da educação superior em Portugal, tendo sido criada a Comissão de Acompanhamento do Estudo de Viabilidade do Financiamento da Educação Superior, tendo sido constituída por representantes da Comissão Europeia, do Ministério da Educação e do Ensino Superior, da Associação de Universidades e do Conselho Nacional de Ensino Superior.

[illegible]

- [illegible]

1. Definieren Sie die Begriffe: „Kultur“ und „Kulturpolitik“. Welche Aufgaben hat die Kulturpolitik?

FOR OFFICIAL USE ONLY

NY de BUREAU \_\_\_\_\_ NY de BUREAU (from Chicago Office) \_\_\_\_\_ NY de BUREAU (from Chicago Office) \_\_\_\_\_

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 08-01-2001 BY 60322 UCBAW

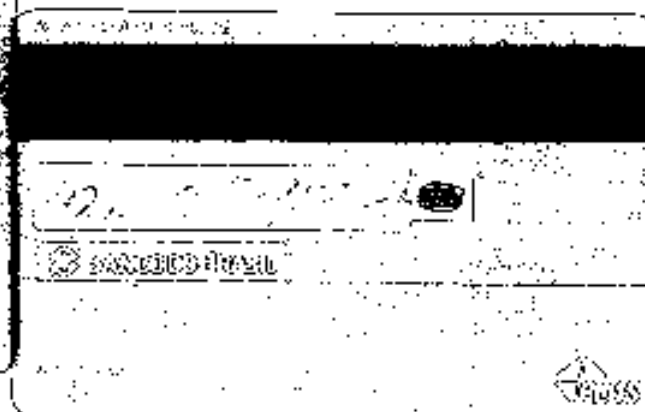
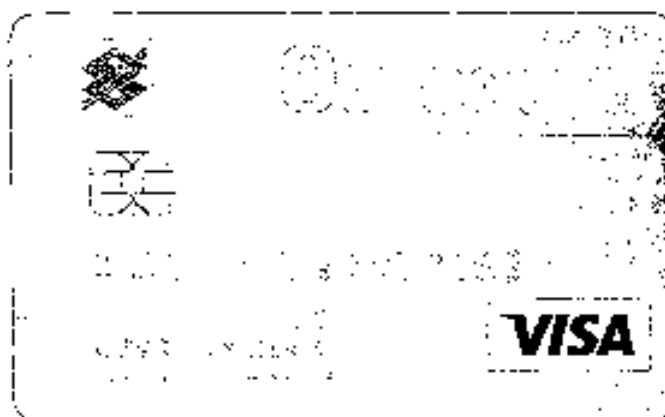
[illegible]

DIAMANTE QUE A CUBRA AQUELA MESQUITA E DE LARGA UTILIDADE PARA TODA A GENTE E PARA O INTERESSE DA PÁTRIA.  
E PORQUE COM AQUELA MESQUITA E COM O CEMITÉRIO DO CEMITÉRIO E COM O CEMITÉRIO DO CEMITÉRIO E COM O CEMITÉRIO DO CEMITÉRIO.

Jerseyville 13 of Julio of 2017 Agente Fannus Wok  
USAID/USAID

•   $\Delta \text{H} = -50 \text{ kJ mol}^{-1}$

[illegible]



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTENDEÇÃO CERTIFICADO

1 & JUL 2017

CENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Góes de Resende, 465 Loja C  
Centro - Maré CEP: 64.033-479

..... DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO .....  
0045864 507 CARVALHO AGUA 12/07/2017  
CURUCARD  
18:03.55 (Horário de Brasília)  
\*\*\*\*\*2183

Saldo N 73010031 e400

40004510101 SALDO DE POUPANCA

AGÊNCIA: 4219-8 CONTA: 5.314.7  
CLIENTE: ADJUNTO FERNANDES NETO

VAR SALDO ATUAL VLR BLOQUEADO

051

APLIQUE NA POUPANCA Curo e Poupe  
RENDE TRANQUILIDADE E COMODIDADE

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br  
Impressão em papel termossensível com  
vida útil de 6 anos. Evite contato com  
plásticos, produtos químicos, exposição  
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003081/2017-14

Unidade do 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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA CASTELO DO PIAUÍ/RUA ALTO LONGÁ, Nº

Complemento

Data/Hora

06/05/2017 - 09:30

Bairro

ALTO ALEGRE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ADJUTO FERNANDES NETO 55 ANOS

RG: 545792

Mãe: MARIA ESPEDITA FERNANDES CARLOS

Endereço: RUA SOTERO VAZ, Nº 5150

Bairro: ALTO ALEGRE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-3234-2031 86-8825-7564

Isso Envolve: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JUL 2017

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

GENTE SEGURO S.A.  
Rua Coelho de Resende, 453 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/612, ANO 2016, PLACA PIR-8248, PROPRIETÁRIO DANIEL DA PENHA FERNANDES, CPF 01254617396, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA AV. CASTELO DO PIAUÍ, QUANDO ESTAVA DOBRANDO 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*

ADJUTO FERNANDES NETO 55 ANOS - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Adriano 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: Sotero Nogueira Silva nº 5180, Cidade Jeremias, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

x Adriano Fernandes Neto

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Jeremias, 13.07.17

Local e data

RECEBIMOS DO DELEGADO DO IML 13.06.17 CONFERIDO E NÃO VERIFICADO 14 JUL 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 35 Loja C Centro - Recife - PE 54.002170
--



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina  
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRL  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (algarismo)	04 Saldo do PA	05 Chegada ao local
	06 Saldo do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município	13 Ponto de referência			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			16 Idade
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				18 Tipo de ocorrência
Tipo de Ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-esparafinhada 03 - Agressão física-TAF 04 - Agressão física-TAB 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 - Transtorno 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já atendido 18 - Falso chamado				
	19 Vítima 20 Meio de locomoção 21 Outra parte envolvida 22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow = 24 Sinais vitais 25 Local da lesão				
	26 Pupilas 27 Pulso Radial 28 Sangramento 29 Dor 30 Fratura				
Assistência	31 Procedimentos realizados 32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada				
	34 Óbito 35 Responsável pela recepção				

*Paciente vítima de acidente de carro a escuras, no meio da noite, e sofreu de ferimentos graves, sendo encaminhado para o hospital de destino.*

*Responsável pela recepção: [Assinatura]*

*Enfermeiro: [Assinatura]*

*Condutor: [Assinatura]*

*14 JUL 2017*

*GENTE SEGURADORA S.A.*  
Rua Coelho do Regado, 650 - Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.012-2470



0015  
Diretoria de Administração

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Odjanto Fernandes Neto

RG nº 545.792, data de expedição 19/11/12, 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 segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua: Sotero Vaz da Silva</u>
Número	<u>5150</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Alto Alegre</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64002620</u>
Telefone de Contato	<u>86-98111-8596 - 98808-5128</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina, 13.07.17

Assinatura do Declarante:

Odjanto Fernandes Neto

Código de Fatura		Número de Fatura		Data de Emissão	
1218767-0		Y11LS79501		31/07/2017	
Nome/Razão Social/Endereço					
MARIA DOS ANJOS PEREIRA RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA, 5150 ALTO ALEGRE TERESINA 64002020					
AG- 31					
Situação da Fatura		Código de Fatura		Função	
3/1		1		110 4 04 0249 2370-000	
Data de Vencimento					
26/05/2017		24/06/2017		29	
Histórico de Pagamentos					
Mês/Ano	Valor de Cobrança	Valor Pago	Valor em Aberto	Data de Pagamento	
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	2509	226	0		
Dados Bancários					
Código de Fatura		Número de Fatura		Data de Emissão	
110224602		01			
Código de Fatura		Número de Fatura		Data de Emissão	
14					
Código de Fatura		Número de Fatura		Data de Emissão	
226					

Cód. Nome do Serviço Valor (R\$)

SR(A) CLIENTE,

NÃO FOI POSSÍVEL EMITIR A FATURA DESTE MES NO ATO DA REALIZAÇÃO DA LEITURA. A MESMA FICOU RETIDA PARA ANÁLISE E SERÁ ENVIADA POSTERIORMENTE COM VENCIMENTO DENTRO DO PRAZO REGULAMENTAR. AGUARDE.

EM CASO DE DÚVIDAS FAVOR LIGAR PARA 0800.886.8888

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS NORA CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUANTIDADE DE LIXO COM GORRÃO PRETO PARA 2017/17/17							
Descrição	Unidade	Quantidade	Valor	Unidade	Quantidade	Valor	Valor Total
Valor de Cobrança	R\$	308	308				308
Valor de Pagamento	R\$	327	327				327
Valor de Pagamento	R\$	254	254				254

EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESSOYO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

<b>AGESPISA</b> Agência Especial de Páris S.A. Atendimento ao Consumidor 0800 86 8888		Número de Fatura 110 4 04 0249 2370-000		AG- 31	
Situação da Fatura 3/1		Número de Fatura 1218767-0		Data de Emissão JUN/2017	

ESPANTAMENTO DE SIMISTRO  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 JUL 2017  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coolha do Resende 465 Loja C  
 Centro - Maré CEP: 64002020



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Daniel da Rocha Fernandes

RG nº 04.529.352.727 data de expedição 19/03/13

Órgão Detran-pi, portador do CPF nº 012.546.133-96, com

domicílio na cidade de Teresina no Estado de

Piauí onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Luz - Solens Voz, Alto Algae nº 5150

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Adriano Fernandes Neto cujo o condutor era

Adriano Fernandes Neto

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda Biz

Ano: 2016

Placa: PTA-8248

Chassi: 9C2JC70066R128018

Data do Acidente: 06.05.17

Local e Data: Terresina, 18.07.17



[Assinatura]

Assinatura do Declarante

[Assinatura]

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

Antônio do 6º Ofício de Notas  
Maria Rita Barros de Alencar  
Escrivente Compromissada  
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO OFÍCIO DE NOTAS  
TULIO DE ALMEIDA BARROS - GABINETE DE APOIADO  
RUA DE OLIVEIRA, 330 - CENTRO - NORTE - CEP: 64011-310 - TERESINA - PI  
FONE: (33) 3221-1234 / 3221-1235 - E-MAIL: carterio@terresina-pi.com.br



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEMAT  
CONTUDO NÃO VERIFICADO

14 JUL 2017

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Cosme do Romão, 855 Loja C  
Centro - Teresina - PI - CEP: 64011-310

[Assinatura]





101000

Autosimplificação de processos



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JUL 2012
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - N.º de CEP: 64.002470

NOME DO PACIENTE: Assuma FERNANDES NETO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 442537

**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".

Www Of  
Outbound

BOLETIM DE ENTRADA - BE  
DADOS DO PACIENTE:

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
LIBRARY

DEPOIS DO ATENDIMENTO

DADOS DA CLASSIFICACAO DE RISCO

## PAGOS CLÍNICOS

निर्देशः

№ 2

④ Accidents ultimes de l'homme :  
 A. Vies de l'homme :  
 B. Accidents ultimes :  
 C. FC : 40 ans :  
 D. Glucose : 14 :  
 E. Ossements : 1 :

DA	X	WING	PC	50	FC	EXAMS	bpa	230
Especial: Especial:						DATA	06 08 17 1990 M/3	

CONDUTA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- TC de crânio

- Rx de tórax, de coluna C, de bacia

- Bases: Urina, Glucose

PRONTUÁRIO DE SINISTROS

OPVAT

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO		CONTUDO NAO VERIFICADO		30-04-2017 09:25 Indicar o Promissario e CIV	
DATA:	14 JUL 2017	HORA:	14 JUL 2017	303040092	5068
ASSINATURA:		ASSINATURA:		Escadimento	DTD

**COMPANHIA SEGURODORA S.A.**  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Niterói - RJ - CEP: 24.002-470

Agencia - Profesional Ródicó

# L'ESCLUSIVA PIÙ GRANDE DEL MONDO

Sna Dr. Otto Tito 4520 P. Craigman, Monterey, Ca 93940 4572

TELETYPE UNIT, C-52, W012130, NR 11, 23, 81549272-03

Save: 05/05/2017 11:12:25

24.220.2014.291.1.1.

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### CASOS DO PACIENTE

<u>Nome:</u> ADJUNTO FERNANDES NETO		<u>Prontuário:</u> 442537	
<u>Mãe:</u> MARIA ESPRITO FERNANDES DA SILVA		<u>Pai:</u> FRANCISCO CARLOS	
<u>End. Resid.:</u> RUA SDO ROLDO S/N 5150 - ALTO ALCORÉ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<u>Nascimento:</u> 06/12/1962		<u>Idade:</u> 35a. Anos	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNPJ:</u> 035002326214214	
<u>Profissão:</u> ATIVO CIVIL		<u>Documento:</u> RG: 545792 - SSP/PI	
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E. Civil:</u> Ignorado	
<u>End. Local:</u> -			

**· TABUAS DO ATENDIMENTO ·**

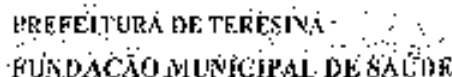
Código: 605918	Data: 06/05/2017 11:07:13	Class. Coz: Amarelo
Motivo da Bloqueio: ACIDENTE DE TRANSITO CULPA DO INTERVENIENTA (HU/CC)		Conversão: 3 / 5

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 06/05/18 12:10h ESPECIALISTA: NEUROCIURGIA;  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TC de crânio HSA. Tratamento cirúrgico. Glayton 14.  
TC de crânio HSA. Tratamento cirúrgico.  
Cd. 11/Interno  
DADOS DO PARCEIRO: Data/Hora: 12/10/18  
Assinatura do Solicitante: [Assinatura]

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

Data/Hora Solicitação: 14 JUL 2011 ESPECIALISTA  
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: O DESMISTO  
 DATA DE VERIFICAÇÃO: 14 JUL 2011  
 CENTE SEGURADORA S.A.  
 DADOS DO PARCEIRO: Data/Hora: 14 JUL 2011 Nome: A. O. M. S. J. O.  
 Carimbo/Assinatura Solicitante: [Assinatura]  
 Carimbo/Assinatura Prof. Parceiro: [Assinatura]



## PRESCRIÇÃO MÉDICA



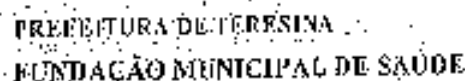
NOME DO PACIENTE Adjunto Fernandes Neto		ADM: 06/05/2017	PRONTUÁRIO 442537	DATA DE NASCIMENTO 06/02/1962 55a	CLÍNICA Neurologia	ENF. 20 APT 211	LEITO 102 RY-TEA
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES TCE - politraumatizado			DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO 10/05/2017		MÉDICO ASSISTENTE Ricardo		
ALERGIAS			PRESCRIÇÃO MÉDICA		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. Plavet 1amp + AD EV 8/8h (SOS)		6. Fenitoina 100mg VO 8/8h		
7. Tramal 50mg VO 6/6h (se dor intensa)			8. Diazepam 10mg VO (SOS)		9. SSVV 6/6h		

MÉDICO/CRM:

12 hr. pct. of the  
suspectors. 2/2/70

Antonio + Perote  
Año Octavo

**Call 708-690-0000**



## PRESCRIÇÃO MÉDICA



TESTO 03

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	BNF. DO APT.	LEITO
Adriano Fernandes Neto					211	Extra
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES			DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO		MÉDICO ASSISTENTE	
DIA 15/08/19					NEURO	
ALERGIAS						
Glucose 14						
PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIO		OBSERVAÇÕES	
1. Dieta Branda					15h Realizada AVF em MSD. Utilizado gelco 22.	
2. SF 0,9% 2000ml EV dia KCL 10% 10ml/soro					16:30. Paciente consciente, orientado, em repouso no leito. MSB. Joga alergia medicamentosa.	
3. Ranitidina 1amp + 18ml AD EV 8/8h					Falta medicação de	
4. Dipirone 2ml + 8ml AD EV (SOS)					Estado com prescrição. Diurese espon	
5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)					Kamea. Encomenda ao Pda Ol.	
6. Fenitoina 2ml + 18ml AD EV 8/8h (moda P. 15)					15:50h Pct. admitido no P-ol. Consciente, orientado, sem	
7. Haldol 1amp IM (SOS)					tudo, sem. Buprenex	
8. Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SOS)					Equimose periorbital e	
9. Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM					Diurese espontânea.	
10. SSVV 6/6h						
11. Fenitoina 100mg (10) 8/8h						

MÉDICO/CRM:

MS

SUS

RUT

189876

M. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

Órgão Emissor: 002100001

AIR : 221710033620-3  
 UN : H.M.T (PROF. ZENON ROCHA)

ADJUNTO FERNANDES NETO

ASSISTENTE  
 06/02/1982

H.LIBERTY 00/03/2017

DT. LAUDO : 06/05/2017

PROCED. : 0003040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO

EP.SIST: KELLINGTON

C/D 3 3048

Código da  
 Internação:

189876

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ADJUNTO FERNANDES NETO

16 - Identificação: 442537

1-CNS: 096002326214244

8-Nascimento: 06/12/1962

9-Sexo: Masculino

R2: 545789 - 00001

11-Mae: MARIA ESPERITO VARGAS CARLOS

12-Fone: - -

10-Razo: (O MESMO)

14-Cor: Sem Informação

15-Endor: RUA SAN PEDRO PAZ 5153 - ALTO ALGAR - CEP: 64000-010

16-Mulco: TERESINA

17-Cod.IGRE: 25 100

18-UF: SE

19-CNP: 64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente caiu da moto  
 com lesão e fratura

21 - Condições que justificam a internação:

WLF

22 - Principais resultados de exames diagnósticos (resultado de exames realizados):

TC: Fratura

23-Diagnóstico inicial:

Outros traumatismos intracranianos

24-UF: SE  
 25-CEP: 64000-010

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0303040092

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAD MEDIO)

Clínica:

30-Carater: Idorr: 31-Duram: 32-Doc. Méd. Solic:

02

01

CNP

952.819.243 22

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO

06/05/2017

35-Ass. Contábil: 002.01.0000

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 ( ) Acidente de Trânsito

37-CNP Seguradora:

38-End. Seguro:

39-UF:

37 ( ) Acidente Trabalho Típico

40-CNP Seguro:

41-End. Seguro:

42-UF:

38 ( ) Acidente Trabalho Trajet

43 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

( ) Não Segurado

44 - Nome do Profissional Autorizador: RAUL VERIFICAC

45-Data Autorização:

46-Documento:

47-Data Documento:

48-CNS ( ) CNP

49-Data Documento:

50-Paciente ou Responsável: RUI JOSÉ DE Resende, 465 Loja C

Cidade: Norte CE: 64.002470

51-Data Documento: 06/05/2017 14:53:00



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua São Pedro Paz 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADJUNTO FERNANDES NETO** (Prontuário: 442537)  
Endereço: RUA SÃO PEDRO PAZ 5150 - ALTO AITGRÉ - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 06/02/1962 Idade: 55a.3m.23 Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 605918  
Requisição: 746351 Solicitação: 06/05/2017 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 921731 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 06/05/2017

### T.C. DE CRÂNIO

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

#### RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALCAL PARTETO-TEMPORAL À ESQUERDA, COM ENFISEMA ASSOCIADO.
  - HEMORRÁGIA SUBARACÓIDEA SUPRATENTORIAL À DIREITA.
  - SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
  - CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁCTICAS TEMPORAIS À DIREITA.
  - PNEUMOENCEFALO SUPRATENTORIAL À DIREITA.
  - FRATURA PARIETO-TEMPORAL À ESQUERDA, COM ENVOLVIMENTO DA MASTÓIDE.
  - FRATURA NO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- MATERIAL HEMORRÁGICO EM MASTÓIDE E COVIDO EXTERNO À ESQUERDA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 06/05/2017

INSTRUMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTUSÃO NÃO VERIFICADA  
16 JUL 2017

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.653-15 2443 CRM

Profissional Responsável

COMPTE SEGURADORA S.A.  
Rua Osório de Rondônia 665 Loja C  
Centro - Nome CEP: 64088-770

12



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otton Tito 1820 - Madalena - Fone: 85 3479 4372  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADJUNTO FERNANDES NETO** (Frentuário: 442537)  
 Endereço: RUA SAO PEDRO PAZ S150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-910  
 Nascimento: 06/02/1962 Idade: 55a5m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 6069h8  
 Requisição: 740353 Solicitação: 06/05/2017 Solicitante: FABIÓ MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 921732 Comentário: S L S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 05/05/2017

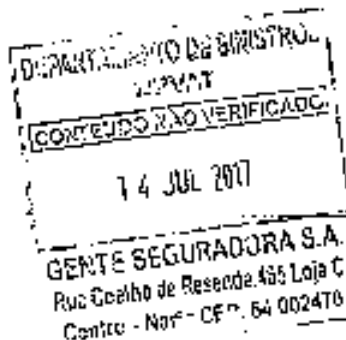
### TORAX PA

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

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES
- MADIÁSTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.
- FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

SEMAN)

TERESINA - PI 06/07/2017



**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**  
 CPF: 335.029.603-31 - CRM 2353  
 Profissional Responsável





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Sua De., Otto Tito 1923 Sedeção - Fone: 36 3229 4032

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0621-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADJUNTO FERNANDES NETO** (Prontuário: 442537)  
 Endereço: RUA SAO PEDRO PAZ 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64020-040  
 Nascimento: 05/02/1962 Idade: 55a.5m.7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 609918  
 Requisição: 740353 Solicitação: 05/05/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 921733 GCM/ênia: S U S

### RELATÓRIO:

Ind. SIA: 0204040035

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 íntegros.
- Aumento de volume da partes moles.

TERESINA

DOCUMENTO DE SINISTRO  
 DPVAT  
 CONSEQUÊNCIA VERIFICADA  
 14 JUL 2017  
 GENTE SEGURO S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 485 Loja C  
 Centro - Teresina - PI CEP: 64002-970

TERESINA - PI 13/07/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA  
 CPF: 535.029.603-30 CRM 2383  
 Profissional Responsável



# Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Otávio Bôlne, 2300 \* Fone: 085 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 atropelamento há três meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigil, orientado, nomeia, reepte, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente com alta médica.

CID: S06.3

Geruân Borges da S. Freire  
NEUROLOGISTA  
CRM-PI 4180

Teresina (PI), 18/08/2017 13:47:57

Galvan Borges Da Silva Freire  
CRM - PI 4180

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cocho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROQUIRURGIA  
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

TELEFONE(S): 9521-8888

e-mail: mirellamc@ig.com



# Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 \* Fone: 086 2106-8000 \* 04091-380 Teresina - Piauí

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

www.sanmarcos.org.br



Para o Sr.

**ADJUNTO FERNANDES NETO**

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

**R**

## AUTO MEDICO

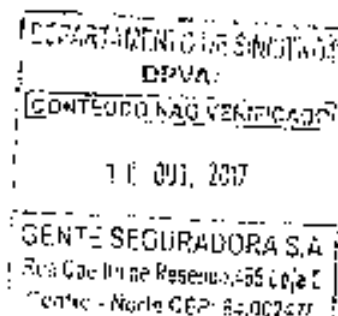
Paciente com relato de trauma craniano por acropelamento há cinco meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigil, orientado, nomeia, respie, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente com alta médica.

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



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

TELEFONE(S): 9921.8885

e-mail: mincler@uol.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. 06.870.026/0001-77 • I. S. Gasto

[www.saomarcos.org.br](http://www.saomarcos.org.br)

## Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

### Identificação do Eminent

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

Nº: 4180

CRM: 4180PI

UF do CRM: PI

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

Paracetamol 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

RECETÁRIO DE COMPROVAÇÃO  
PRIVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10/10/2017

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Manoel de Resende, 485 Loja C  
Teresina - Piauí CEP: 64.002-470

### 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 Cláudio Telles, 2300 • Fone: 086 2106 8800 • 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026-0901-77 • I.E. Isento

www.sanmarcos.org.br



Para o Sr.

**ADJUNTO FERNANDES NETO**

RUA SOTERÓ VAZ DA SILVEIRA 5150 ALTO ALEGRE • TERESINA - PI • 64.003-600

Rx

LAUDO MÉDICO

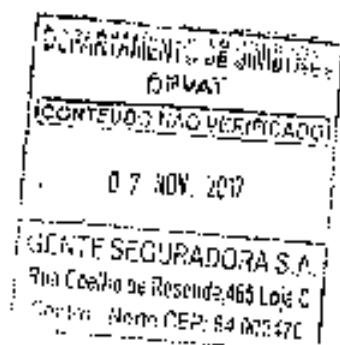
Paciente com relato de trauma craniano por atropelamento há seis meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigil, orientado, romba, repeto, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente com alta médica.

CID: S06.3

*Geivan Borges da Silva Freire*  
NEURÓLOGISTA  
CRM-PI 4180

Teresina (Pi). 07/11/2017 13:39:30

Geivan Borges Da Silva Freire  
CRM - PI 4180



CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROQUIRURGIA  
NEURÓLOGIA

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) 9071-9886

e-mail: mrelamousoq@xinet.com



# 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. 06.970.026/0001-77 \* I. E. Isento

www.saomarcos.org.br

## Receituário Controle Especial 1ª VIA - FARMÁCIA

### Identificação do Emissor

Nome completo: Galvan 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

Donarém 50 mg ..... 1 caixa

tomar 1 cp 1x / dia à noite

Data: 07/11/2017

Galvan Borges da S. Freire  
NEUROLOGISTA  
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
07 NOV. 2017
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Jatoá - CEP. 54.002470

### Identificação do Comprador

Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End. completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

### Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Para toda vida

# Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac 2330 \* Fone 086 21151-8000 \* 0-800 11-2281 Teresina - PI

C.A.P.J. 05.870.026/0001-77 \* E-mail:

www.suomarcos.org.br



Para o Sr.

**ADJUNTO FERNANDES NETO**

RUA SOFERO VAZ DA SILVEIRA S'BO ALTO ALEGRE \* TERESINA - PI \* 64-060-000

R

## LAUDO MÉDICO

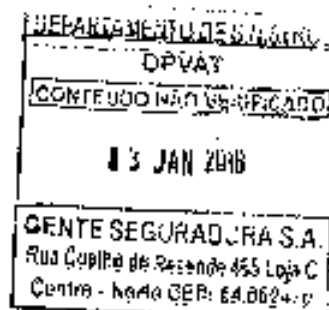
Paciente com relato de trauma craniano por atropelamento há oito meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigil, orientado, nomeado, repetido, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC do crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente com alta médica.

CLD: 936.1

Teresina (PI), 03/01/2018 13:16:28

Geivan Borges da S. Freire  
NEUROLOGISTA  
CRM-PI 4180

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 - 14:30

TELEFONE(S): 9921-2262

e-mail: trikes@triangles.com



# Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 • Fone: (86) 2106-8000 • 64301-280 Teresina - PI

C.N.P.J. 06.870.626/0001-77 • 1.º andar

www.suomarcos.org.br

## Receituário Controle Especial 2ª Via - PACIENTE

### Identificação do Eminente

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

Nortriptilina 25 mg ..... 60 cap

tomar 1 cp 1x / dia à noite

oral

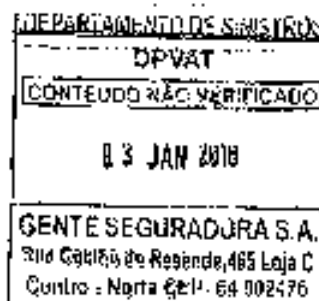
Paroxetina 10 mg ..... 60 cap

tomar 1 cp 1x / dia pela manhã

Data: 03/01/18

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





# Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 \* Fone (86) 2106 8000 \* 64031-280 Teresina - PI

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

www.sanmarcos.org.br



## Receituário Controle Especial

### 2ª VIA - PACIENTE

#### Identificação do Eminente

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

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

Data 04/01/2018

Geivan Borges da S. Freire  
NEUROLOGISTA  
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
25 JAN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso do Rosário, 483 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.062-470

#### 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 Bilac, 2500 - Fone: 086 2106-8000 - 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.872.026/0001-77 - I. L. Isento

www.sanmarcos.org.br



Para o Sr

**ADJUNTO FERNANDES NETO**

RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5160 - AILTO ALFREY - TERESINA - PI - 64.000-000

R

LAUDO MÉDICO

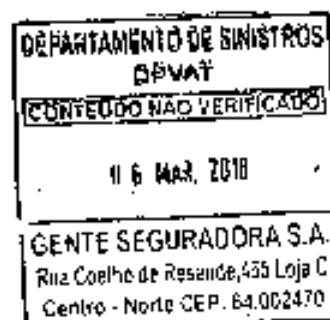
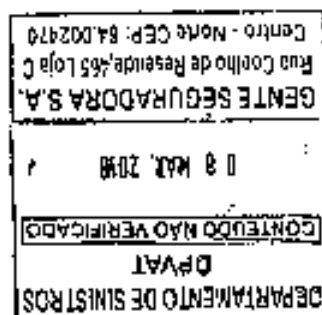
Paciente com relato de trauma craniano por atropelamento há dez meses, com queimaduras de 1º e 2º graus e cefaléia ocasional. Ao exame: vigil, orientado, memória, atenção, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura afilhada de osso parietal esquerdo. Evolui no tratamento clínico.

CID: S06.2, R42

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

Teresina (PI), 05/03/2018 14:23:02

Geivan Borges Da Silva Freire  
CRM - PI 4180



CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROQUIRURGIA  
NEUROLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SEG: 13:00 - 14:00 - TER: 13:00 - 14:00 - QUA: 13:00 - 14:00 - SEX: 13:00 - 14:00

TELEFONE(S): 9921-8585

e-mail: cneurologia@sanmarcos.org.br



Para toda vida

# Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 - Fone (86) 2106-8006 - 64001-230 Teresina - Piau

CNPJ 06.870.026/0001-11 e 11.810.013

www.sao-marcos.org.br

## Receituário Controle Especial

2ª VIA - PACIENTE

### Identificação do Eminente

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8006

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

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

Prescrição:

oral

Nortriptina 25 mg ..... 2 caixas

tomar 1 cp 1x / dia à noite

oral

Dolaren 100 mg ..... 1 caixa

tomar 1 comprimido à noite

Data: 6 / 3 / 18

Assinatura do Médico



### 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 Cayo Silveira, 2300 \* Fone 086 2106-8000 \* 64001-280 Teresina - Piauí

CNPJ 06.874.026/0001-77 \* F. E. Isento

www.stomarcos.org.br



Para o Sr.

**ADJUNTO FERNANDES NETO**

RUA BOTOERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - 64 000-000

R

## LAIADO MÉDICO

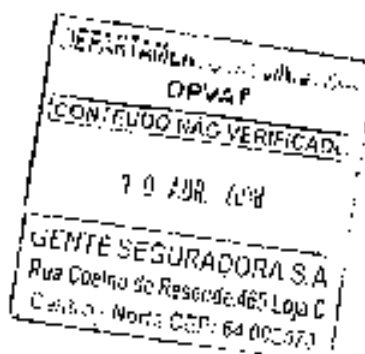
Paciente com relato de trauma craniiano por atropelamento há onze meses, com queixas de tonturas e cefaléias ocasionais, e piore recente com relato de episódio de desmaios (SIC). Ao exame: vigil, orientado, nomeia, repete, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada do osso parietal esquerdo. Paciente em tratamento clínico.

CD: 806.3, R42

*Gervan Borges da S. Freire*  
NEUROLOGISTA  
CRM-PI 4180

Teresina (Pi), 06/04/2018 13:21:12

Geivan Borges Da Silva Freire  
CRM - PI 4180



CLÍNICA 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

TELEFONE(S) 3521-8885

e-mail: neuro@neurologia.com





# 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

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

*Gervan Borges da S. Freire*  
NEUROLOGISTA  
CRM-PI 4180

Teresina (PI), 06/03/2018 14:23:02

Geivan Borges Da Silva Freire  
CRM - PI 4180

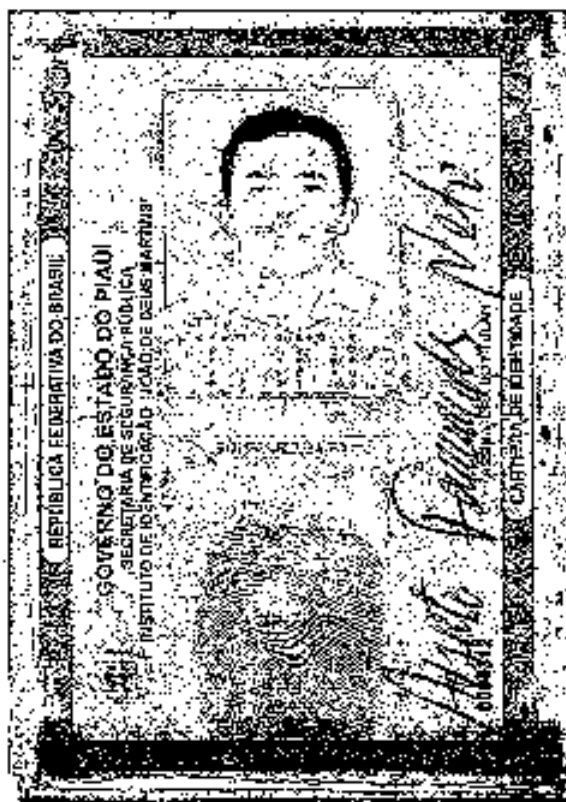


OBS  
JÁ ESTÃO COM  
VOCÊS MAIS 2  
LAUDOS RECENTE.

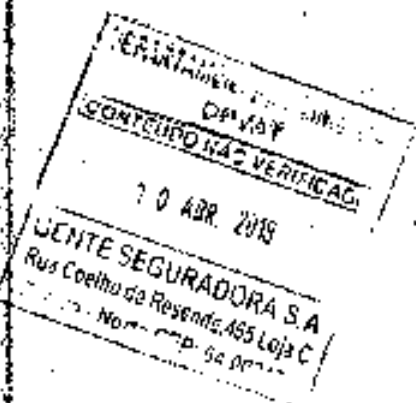
CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA  
NEUROLOGIA

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

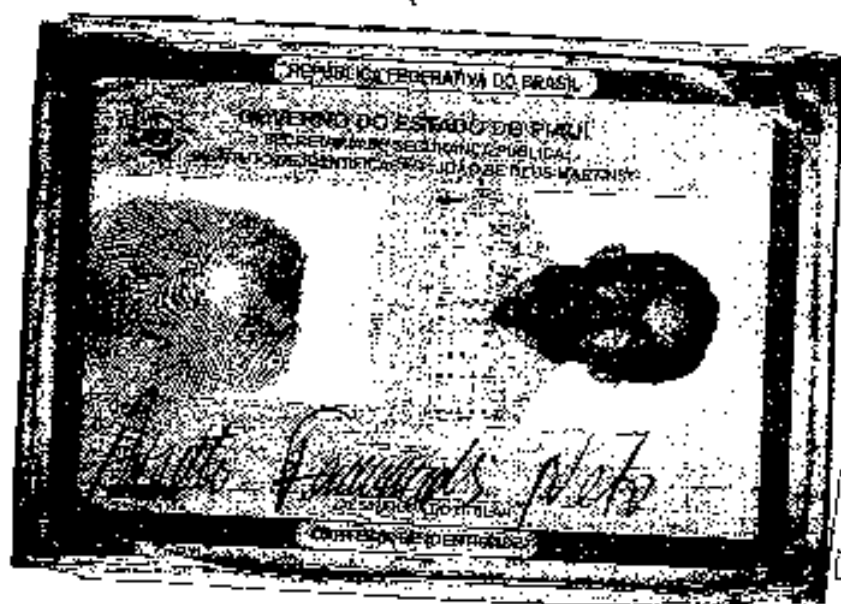
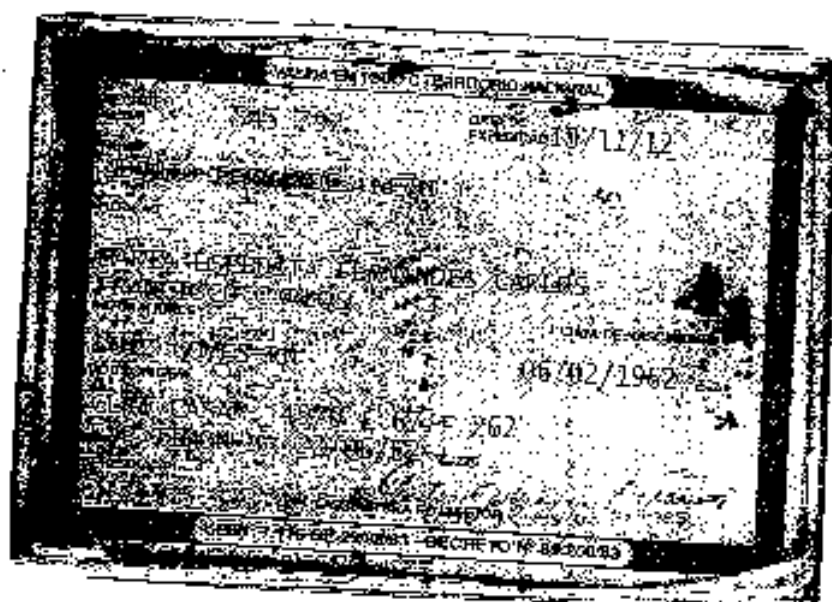




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	545.792
DATA DE EXPIRAÇÃO	19/11/12
ADOLFO FERNANDES NETO	
FILIAÇÃO	
MARIA ESPERITA FERNANDES CARLOS FRANCISCO CARLOS	
NATURALIDADE	
LUÍZ GOMES - RM	DATA DE NASCIMENTO
06/02/1962	
CLRT CASAM 4970 L 67 F 262	
EXP. TIMON MA 22/06/82	
217.435.333-49	
LEI Nº 2.111 DE 25/08/88 - DECRETO Nº 88.240/88	







DEPARTAMENTO DE BENS  
PATRIAS  
CONFED. SAO JERONIMO  
12 DE JUL 1962  
GEN. RECORRADOORA S.A.  
Rua Manoel de Resende, 955 Lapa  
Rio de Janeiro - RJ



## SINISTRO INVALIDEZ

NOME DA

VÍTIMA: ADRIATO 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

REGISTRO DO SINISTRO  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JUL 2007

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho do Resende, 465 Loja C  
Centro - Natal - CEP: 64.032-790

Recebido por: Adriato Fernandes Neto

Data do recebimento: 13/07/2007

Adriato Fernandes Neto



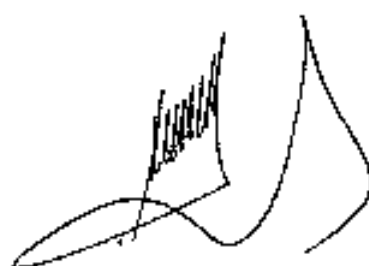
EU, ADJUTO FERNANDES NETO

DECLARO A ESTA EMPRESA DE SEGURO (LIDER)  
QUE ESTOU RECORRENDO A ANÁLISE DE  
DIREITOS DE IDENTIFICAÇÃO REFERENTE A  
PROCESSO JÁ CONSTANTE NA CITADA  
SEGURADORA

MOTIVO DE RECORRER:

TRABALHAVA AUTÔNOMAMENTE EM UMA MOTOCICLETA  
E ESTOU INCAPACITADO PARA O TRABALHO,  
DEVIDO A SEQUELA DE TRAUMATISMO CRANIANO  
POIS SINTO TONTURA FORTE E DOR NA  
CLAVÍCULA POR ISSO CONTO COM A VOSSA  
SENSATEZ EM REVER MEU PROCESSO POIS FOI  
UMA QUANTIA MUITO PERDIDA.

Adjuto Fernandes Neto



DEPARTAMENTO DE SINISTROS BPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 435 Loja C Centro - Nave CEP: 54.002470

TERESINA 10/10/17



VENHO ATRAVÉS DESTA PEQUENA CARTA FAZER  
UM PEDIDO A ESTA TÃO CONCEITUADA EMPRESA  
SEGURADORA LIDER, DEPOIS UMA ANÁLISE  
MAIS PROFUNDA E CONSIDERÁVEL DO  
MEU CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.  
PROCUREI VOLTAR AO TRABALHO MAS OS  
SINTOMAS DE TONTURA E DOR NA CABEÇA  
AINDA CONTINUAM, O MEU TRABALHO ERA  
AUTÔNOMO PILOTANDO UMA MOTOCICLETA. ISTO ATUAL-  
MENTE P/ MIM ESTÁ IMPOSSÍVEL. CONTO  
COM O AUTO ~~COMPENSA~~ ENTENDIMENTO E CUMPRE-  
MENTE DE VOÇÊS PARA ME INDENIZAR COM  
UMA QUANTIA MAIS SIGNIFICATIVA.  
ESTOU ENVIANDO CÓPIA DA RECEITA DO REMÉDIO  
ATUAL. CONTO COM A EFICIÊNCIA DE VOÇÊS

COMPARTAMENTO DE DANOS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
10 OUT. 2017  
CENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelmo de Resende, 465 Loja C  
Centro - Nade CEP: 64.002-470

UM ABRAÇO - AGUARDO RESPOSTA  
COMPENSADORA.

ADJUNTO FERNANDES NETO

TERESINA - PI. 10/10/17

TERESINA, 07/11/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CENTRO DE VERIFICAÇÃO
17 NOV 2017
AGENTE SEGURADORA S/O
Rua Coallinda Brande, 465 Lda C.
P. 54.009470

A SEGURADORA DPVAT LÍDER



VENHO ATRAVÉZ DESTA CARTA SOLICITAR A VÓS  
QUE CONDUEM ESTA EMPRESA O SEGUINTE.

REFIRO-ME A UMA REAVALIAÇÃO COM MAIS  
INTENSIDADE OU SEJA UMA QUANTIA MAIS  
ELEVADA REFERENTE AO MEU PROCESSO QUE  
JÁ É 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 É 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  
PROFUNDIDADE. ESPERO QUE SEJA ANALIZADO  
DENTRO DO PADRÃO DE JUSTIÇA QUE ME  
É DIREITO. AGUARDO COM URGÊNCIA UMA  
RESPOSTA DE VOSSA PARTE. LEMBRE-SE SOFRI  
TRAUMATISMO CRANIANO. UM ABRAÇO, ADJUTO FERNANDE  
07/11/17 Adjuto Fernando



TERESINA - PI - 25/01/18

À

SEGURADORA LÍDER

DEPARTAMENTO DE SVISI.
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JAN 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Azevedo, 465 Loja G Centro - Norte CEP: 64.002478

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 (ORTOPEDIA) 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 2011
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Rozendo, 463 Loja C Centro - Norte CEP: 64.092-470

(2)

QUANDO O MESMO MANDOU FECHAR  
EM PÊ ABRIR E FECHAR OS OLHOS  
SENTI TONTURA, MAS ELE NÃO FEZ  
CASO, NEM OLHAVA P/ MIM. SÓ  
DIGITAVA NO COMPUTADOR.

EU EXIGO QUE VOÇÊS TENHA MAIS  
EMPENHO NO MEU CASO.

DEU A ENTENDER QUE O MÉDICO QUERIA QUE  
EU ESTIVESSE TUDO QUEBRADO OU FALANDO  
BORAGEM.

A TONTURA NÃO TEM HORA P/ CHEGAR.

ESTOU FALANDO A VERDADE. SE QUIZER  
ME MANDE P/ OUTRA PERÍCIA QUE SEJA REFERENTE  
AO CASO AGRAVANTE.

EU AINDA CREIO QUE O TRABALHO DE VOÇÊS É SÉRIO.  
POR ISSO ESTOU FALANDO TUDO ISSO.



ÚLTIMA PÁGINA.

3

EU ESPERO QUE FAÇA VALER MEU DIREITO.

ADJUNTO FERNANDES NETO

Adjunto Fernandes Neto

CPF 217 435 333-49

RG. 545.792

CONTATO : 9.88257584

ORSS.: A  
TONTURA  
ELA PRODUZ  
TIPO UM  
APAGÃO

VC TEM IDÉIA  
O QUE É  
ISSO ?

ORSS.: ESPERO QUE  
HÁIA UM BOM SENSO DA  
PARTE DE VOÇÊS. NÃO ESTOU  
PEDINDO NADA. É MEU  
DIREITO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2010
GENE SEGURADORA S.A.
Rua Getúlio de Resende, 465 Loja C
Centro - Maré CEP: 64.000

ORSS.: SEGUE ANEXO A CÓPIA DE MAIS  
UM REM. QUE ESTOU USANDO  
PAROXETINA 20 mg.

TERESINA 06/MARÇO/2018



DIREÇÃO DE SEGUROS DPVAT

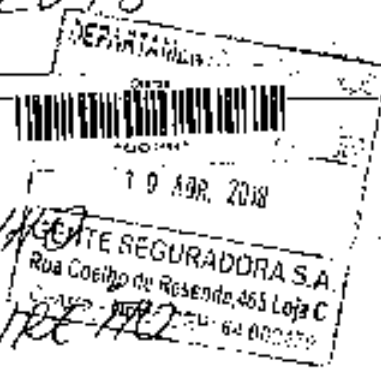


EU, ADJUTO FERNANDES NETO VEINHA SOLICITAR  
O REANÁLISE DO MEU CASO DE ACIDENTE.  
A ÚLTIMA VÉZ VOCÊS ME MANDARAM PARA  
UM MÉDICO O QUAL FAZ PARTE DE OUTRO  
QUADRO CLÍNICO. O MEU CASO SE AGRAVOU E

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 IRRACIONAL. VOLTEI A FALAR  
COM VOCÊS. ME PEDIRAM UM NOVO LAUDO, O  
QUAL ESTOU ENVIANDO JANTAMENTE COM RECEITA  
DE REMÉDIO MAIS POTENTE. ESPERO QUE COMPREEN-  
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, ADJUTO FERNANDES NETO, VENHO  
RECORRER AO SEGURO DIVAT, O DIREITO  
DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ. O ÚLTIMO  
DOCUMENTÁRIO QUE MANDEI P/ VOÇÊS  
FOI NO MÊS DE MARÇO, OU SEJA  
A ÚLTIMA ANÁLISE DE INVALIDEZ ME  
FOI NEGADO O MOTIVO: VOÇÊS SABEM AGENTE  
RELATA O CASO P/ O MÉDICO PERITO ÉLE  
POUCO OLHA P/ O PACIENTE. NÃO SEI  
O QUE ÉLE ESCREVE. É MUITA HUMILDADE  
P/ RECEBER O QUE É NOSSO DIREITO.  
ESTOU ENVIANDO O LAUDO ATUAL, POIS  
SENTI TONTURAS NOVAMENTE E FUI VÁRIAS  
VEZES A URGÊNCIA. ESPERO DA PARTE DE VCS  
UM BOM SENSO. POR FAVOR! VEJA O QUE É  
POSSÍVEL FAZER POR MIM.

ADJUTO FERNANDES NETO CPF 217435333 49  
Adjuto Fernandes Neto RG 545792  
(86) 9.88257584  
(86) 3214 2331



# Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

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

CNPJ: 06.800.026/0001-07 \* ITC 15695

www.sanmarcos.org.br

## Receituário Controle Especial

### 2ª VIA - PACIENTE

#### Identificação do Eminente

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:

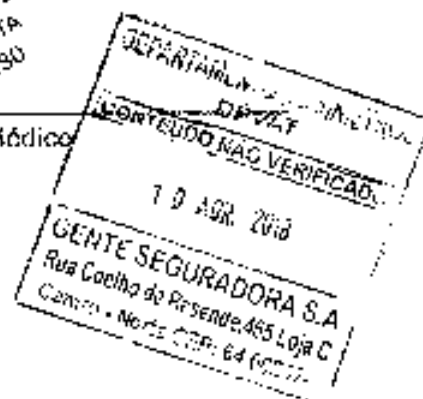
oral

Paroxetina 20 mg ..... 2 caixas

tomar 1 cp 1x / dia pela manhã

Data: 06/04/2019

GEIVAN BORGES DA SILVA 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



São Marcos  
Para toda vida

# 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. 06.875.026/0001-77 \* I. E. 06.000.000

www.saomarcos.org.br

## Receituário Controle Especial

### 2ª VIA - PACIENTE

#### Identificação do Eminente

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180PI

UF do CRMEPI

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 3x / dia à noite

oral

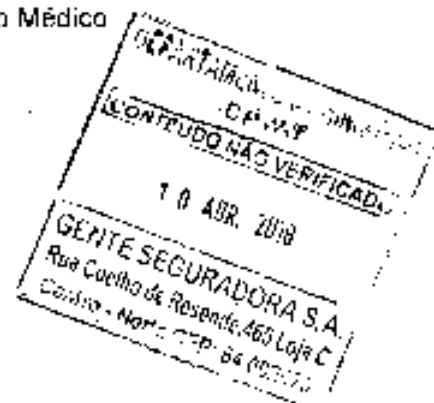
Donaren 100 mg ..... 1 caixa

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: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

#### Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE ORIENTAÇÃO DPVAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENESE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 463 Loja C Jardim - Norte CEP: 64.000.000

TERESINA, PI 12/06/18



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  
SOFRI EM MAIO DE 2017. JÁ SOLICITEI POR  
DIVERSAS VEZES 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 DO 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. VÔÊ SABE O QUE É  
TONTURA? O QUE É INVALIDEZ PRA VOCÊS? POR  
FAVOR! SEJAM MAIS HUMANO, ESTOU PRECISANDO

VOCÊS MARCAR UMA ILUSÓRIA PERÍCIA JÁ  
SABENDO QUE O RESULTADO É: FOI NEGADO

ONDE ESTÁ O LADO HUMANO DE VCS?

AI ESTÁ O LAUDO ATUAL COM  
RECEITAS VARIADAS. SE FOR PARA MÊ  
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 INVALIDES PARA  
VOCÊS? EU NÃO RECEBI O VALOR ESTIMADO  
QUE É DIREITO. MANDE ENTÃO 5.000,00  
PRONTO! ISSO É QUE DIANTE DE UMA SITUAÇÃO  
AGRAVANTE. PROMETO A VCS. NÃO VOU  
MAIS INSISTIR COM O QUE NÃO DÁ  
EM NADA.

11-2012 A..... Augusto Fournier Neto

VOCÊS MARCAR UMA ILUSÓRIA PERÍCIA JÁ  
SABENDO QUE O RESULTADO É: FOI NEGADO

ONDE ESTÁ O LADO HUMANO DE VCS?

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 INVALIDES PARA  
VOCÊS? EU NÃO RECEBI O VALOR ESTIMADO

QUE É DIREITO. MANDE ENTÃO 5.000,00

PRONTO! ISSO É QUE DIANTE DE UMA SITUAÇÃO

AGRAVANTE. PROMETO A VCS. NÃO VOU

MAIS INSISTIR COM O QUE NÃO DÁ  
EM NADA.

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DAVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2013
GENTE SEGURADOR S.A.



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 cardiovasculares: 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 geniturinários: distúrbios da ejaculação, urgência para urinar.

Distúrbios neuromuscular e esquelético: dor nas costas, dor muscular, tremores.

Distúrbios oftalmológicos: embaçamento visual, distúrbios visuais.

Distúrbio respiratório: falta de ar.

#### **Incomuns (ocorre entre 0,1% e 1% dos pacientes que utilizam este medicamento):**

com seu médico imediatamente. Há também os riscos para o bebê do uso

imento no risco de deficiências cardíacas, em bebês cujas mães usaram paroxetina nos primeiros meses de que cerca de 1 em 50 bebês (2%) paroxetina no início da gravidez

comparação com a taxa normal de

ta na população em geral.

amada de hipertensão pulmonar

o observada em bebês cujas mães

luindo cloridrato de paroxetina

ssão sanguínea nos vasos sangui-

ulmões é muito alta. O risco de

les usaram antidepressivos como

gravidez foi relatado como sendo

PPHN observado na população

os 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

nvulsões.

esses sintomas no nascimento ou

e dele, procure o seu médico.

podem passar pelo leite materno.

com seu médico antes de tomar

afetar o seu espermatozoides. 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), lítio (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;

**utilizado por mulheres grávidas imediatamente seu médico em**

cloridrato de paroxetina podem



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 PROCURO ENTÃO PROCUAR  
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/ VOÇÊS LAUDOS MÉDICOS E RECEITAS DE  
REMEDIOS CONTROLADOS, ENTÃO A RESPOSTA QUE TIVE DA  
PARTE DE VCS É: FOI MANTIDO A CONDUITA. EU  
PROCUREI UM ADVOGADO, O QUAL ME PEDIU TODA DOCUMENTA  
TAÇÃO P/ ENTRAR NA JUSTIÇA. ENTÃO ACHEI MELHOR FAZER  
UM ACORDO JUNTO A SEGURADORA LIDER E MAIS  
PRÁTICO. DEPENDE AGORA DE VCS AÍ. PEÇO A  
QUANTIA DE 4.000,00 E FICA ENCERRADO O CASO  
VI UMA DENUNCIA NA MÍDIA, QUE VCS NEGA O QUE  
É DIREITO NOSSO. ESTOU ENVIANDO UMA BULA  
DO REMEDIO QUE ESTOU USANDO VEJA O CADSA

QUE TOMA TAL REMEDIO.

SE A LIDER 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 FALAR C/ O MÉDICO.

ESPERO ~~CONTRAR~~ CONTAR COM O BOM ENTENDIMENTO DE VOÇÊS;

AGUARDO RESPOSTA.



OBS.: ESTOU ME EXPONDO P/ VOÇÊS DIRETAMENTE

POIS AINDA SINTO TONTURA E NÃO ESTOU TRABALHANDO POR ESSE MOTIVO, POIS É PERIGOSO O TRANSITO E QUEM TOMA ESSES REMEDIOS É MAIS COMPLICADO.

FALEI C/ OS DOIS MÉDICOS AQUI DA REGIÃO ELES NÃO ENTENDE POR QUE VOÇÊS NEGAM. ESTOU SABENDO QUE É NEGADO AÍ MESMO, POR FAVOR! VAMOS COLOCAR UM PONTO FINAL. BASTA 4.000,00

ESPERO NÃO PRECISAR RECORRER AO ADVOGADO

(PF 217 435 333-49 RS 345-732

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

Página 1



170503.01

Nome ADJUTO FERNANDES NETO

Sexo M CPF 21743533349 RG 545792

Prof.

Cel. 86988257584

Nascimento 05/02/1962 55 anos Tel.

Médico LIVIO CARVALHO BARRETO

Médico Solic. SEM SOLICITACAO

Endereço SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150ALTO ALEGRE TERESINA PI

Local CENTROIMAGEM- MEDICINA

Código 170503.01

Unidade: 00

Convênio PARTICULAR

Matrícula SN

Plano GERAL

Guia/Senha /

Atendimento 08/08/2017 12:57:33

Recepção DIONIZIO

Código	Descrição	Qtd	Local	Guia	Solicitante	Cod.Mov	Valor
41001052	T.C Cranio	1	CENTROIMAGEM-		SEM	170503.01	0,00

CENTROIMAGEM-MEDICINA DIAGNOSTICA

Rua Honorio de Paiva,383 Pícarra

Teresina- PI- 3301-3000

(Por trás da Pax União da Miguel Rosa)

CLINICA BATISTA PEGGY PENBLA

PAGO

Em 08/08/17

Visto

Previsão de Entrega: 10/08/2017 13:00

Obs:

APRESENTAÇÃO DESTE COMPROVANTE É OBRIGATÓRIO PARA O RECEBIMENTO DOS SEUS RESULTADOS.



# 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 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

**Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADJUTO FERNANDES NETO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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](http://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

ADJUTO FERNANDES NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2018  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

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