

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PE _____



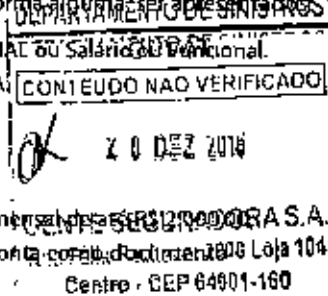
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, WINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.766.054 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 2/01/2018
CPF 020748473-98 / CNPJ 000000000-00000000 PROFISSÃO LAVEDOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
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 constituir 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 faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário Benefício;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 200,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com depósito de R\$ 100,00 em documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



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 BRASCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4438 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00019413-5

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.

TERCELA 19 de DEZEMBRO de 2016 Windomar Firmino de Sousa
LOCAL E DATA 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 à 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 11.945/2009) 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTABILIZADO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

CAIXA
CORREIO LOGÍSTICA S.A.

COMPANHIA SEGUROADORA S.A.

Rua São Paulo, 2000 Loja 104

Centro - CEP 64001-100

AUTO-ATENDIMENTO - AG. BARAO DE GURQUEIA

DATA: 19/12/2018

HORA: 12:36:30

TERMINAL: 16061033

CONTROLE: 160610330137



CONTA CREDITADA:

2436.013.00019403-6

NOME:

LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: -----





Nº DO SINISTRO 3160-7536-39 CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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 LINDOMAR FERREIRO DE SOUSA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.766.057 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 12/01/15
CPF 028748473-08 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO LAUDADOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LINDOMAR FERREIRO DE SOUSA. 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 constituir 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 faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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 BRASILEIROS: BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3438 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00002403-\$

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.

TEREUSINHA/PI de JANEIRO de 2017. Lindomar Ferreira de Sousa
LOCAL E DATA 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 à 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 11.945/2009) 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

11 JAN. 2017

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2098 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

Nº DO SINISTRO 3160-7536-39 CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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 em dinheiro.

EU LINDOMAR FERREIRO DE SOUSA
PORTADOR(A) DO RG Nº 9.766.057 EXPEDIDO POR SP-RF EM 12/01/15
CPF 028748473-08 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AVULADOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LINDOMAR FERREIRO DE SOUSA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 constituir 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 faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 de R\$ 2.700,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documentação incompleta);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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 BRASILEIROS: BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

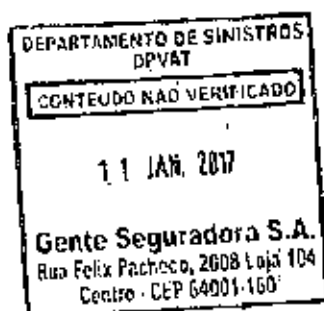
Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3436 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00019403-5

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.

TELEFONANDO de JANEIRO de 2017 Lindomar Ferreira de Sousa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 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 à 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 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221104.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA portador da carteira de
 identidade nº 2.766.054 e inscrito no CPF/ME sob o nº 028.748.473-48
 residente e domiciliado na CC CAPIVARA S/N DABÓCEIRAS DO PIAUÍ
 Cidade CRABOCEIRAS DO Estado PI declaro, sob as penas da lei, que
 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
 indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
 prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
 superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

do Lindomar Firmino de Sousa

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2016
AGENTE SEGURADORA S.A.
Quil. Santa Cecília, 2008 Loja 104
Centro - CEP 04001-100

TERESINA - PI; 19 DE DEZEMBRO DE 2016.

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA portador da carteira de
 identidade nº 2.766.054 e inscrito no CPF/ME sob o nº 028.348.473-48
 residente e domiciliado na CC CRIVARA S/N PARACURAS DO PIAUÍ
 Cidade CRIVARA DO PIAUÍ Estado PI declaro, sob as penas da lei, que
 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
 indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
 prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
 superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de
 invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração
 permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico
 Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora LIDER 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.

Jo Lindomar Firmino de Sousa

Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Félix Pacheco, 2000 Loja 104
Centro - CEP 64001-100

TERESINA - PI; 19 DE DEZEMBRO DE 2016.

Local e data



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

REGISTRO DE ATENDIMENTO
Serviço Móvel de Atendimento



SAMU
192

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	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	ESTABELECIMENTO DE SINISTROS	
	13 Ponto de referência	CONTENÚDO NÃO VERIFICADO			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica	18 Tipo de ocorrência
	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	23 Glasgow =
Tipo de Ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				24 Sinais Vitais
	25 Local da lesão				26 Pupilas
Acidente de Transporte	27 Pulso Radial Central 28 Sangramento 29 Dor 30 Fratura				31 Procedimentos realizados
	32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 34 Óbito				35 Observações Interdisciplinares

Paciente com provável fratura em MIE + escoriações.

CONFIRME COM O ORIGINAL
Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU

Responsável pela recepção: *U883*
Socorristas Médico: *Souza*
Enfermeiro: *Farias*
Condutor: *Farias*



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

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

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	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	13 Ponto de referência	
	14 Nome				
Dados do Paciente	15 Idade	16 Sexo	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica	18 Outros	
	19 Tipo de ocorrência	20 Idade da ocorrência	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Tipo de Ocorrência	23 Glasgow	24 Resposta verbal	25 Resposta motora	26 Local da lesão	
	27 Pupilas	28 Pulso	29 Escala de dor	30 Sinais vitais	
Acidente de Transporte	31 Sangramento	32 Ferimentos	33 Fratura	34 Procedimentos realizados	
	35 Exame físico	36 Exame de dor	37 Exame de dor	38 Exame de dor	
Assistência	39 Hospital de destino	40 Condições de entrada	41 Obito	42 Condições de transporte	
	43 Observações	44 Observações	45 Observações	46 Observações	

Observações Interdisciplinares

Paciente com provável fratura em MIE + escoriações

CONFERE COM O ORIGINAL

Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU

Socorristas Médico: Souza
Enfermeiro Condutor: Farias

Responsável pela recepção: 15883

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.512,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000019403-5

Nr. da Autenticação 2A8C90853D94304F

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 168,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000019403-5

Nr. da Autenticação BEC15EA2DE0A9992

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000019403-5

Nr. da Autenticação F38319B7FCF7E914



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LINDOMAR FILMINO DE SOUSA,
RG nº 2.766.054, data de expedição AZ 01 AS, Órgão SSP-PI
CPF nº 028.748.473-48, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>LOC CAPIVARA</u>	<u>20 DEZ 2016</u>
Número	<u>S/N - ZONA RURAL</u>	GENTE SEGURADORA S.A.
Apto / Complemento		Rua Félix Pucheco, 2908 Loja 104
Bairro		Centro - CEP 64001-150
Cidade	<u>CABECEIRAS DO PIAUI</u>	
Estado	<u>PIAUI</u>	
CEP	<u>64.105-000</u>	<u>(86) 9.9999-0117</u>
Telefone de Contato		<u>(86) 9.8894-7604</u>
E-mail		<u>(86) 9.9404-4764</u>

comagnoejessyka@hotmail.com (86) 9.9857-3724

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA-PI; 19 DE DEZEMBRO DE
2016.

Assinatura do Declarante Lindomar Filmino de Sousa

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 87, Resolução 456/2000 da ANEEL

NF: 718916

LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
LOC CAPIVARA S/N ZONA RURAL

CEP: 64105.000 CABECEIRAS DO PIAUÍ -PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
209376-9	09/2016	21/08/2016 a 21/09/2016
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
73	25/09/2016	R\$ 80,00

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada.
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

PRVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2016

recorte aqui

CENTRO SEGURADORA S.A.

Rua Ruy Barbosa, 2000 Loja 104

Centro - CEP 64001-100

**ELETROBRAS
DISTRIBUIÇÃO PIAUI**AV. MARANHÃO, 759/SUL -
TERESINACNPJ: 06.840.748/001-89
IE: 19301383-5**Eletrobras**

Distribuição Piauí

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
209376-6	09/2016	R\$ 80,00

836200000005.544900170009.000000003988.676609150056



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA,

RG nº 2.766.054, data de expedição 12 DA AS Órgão SSP-PI

CPF nº 028.748.473-48 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:

		DEPARTAMENTO DE SINISTROS
		SPVAT
		CONTEUDO NÃO VERIFICADO
Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>LOC CAPIVARA</u>	<u>20 DEZ 2016</u>
Número	<u>S/N - ZONA RURAL</u>	GENTE SEGURADORA S.A.
Apto / Complemento		Rua Félix Peixeiro, 2008 Loja 104
Bairro		Centro - CEP 84001-100
Cidade	<u>CABECEIRAS DO PIAUI</u>	
Estado	<u>PIAUÍ</u>	
CEP	<u>64.105-000</u>	(86) 9.9999-0117
Telefone de Contato		(86) 9.8894-7604
E-mail		(86) 9.9404-4364

omagnoejssyko@hotmail.com (86) 9.9857-3724
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA-PI 19 DE DEZEMBRO DE
2016

Assinatura do Declarante: Lindomar Firmino de Sousa



Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 87, Resolução 456/2000 da ANEEL NF: 718916

LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
LOC CAPIVARA S/N ZONA RURAL

CEP: 64105.000 CABECEIRAS DO PIAUÍ -PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
209376-9	09/2016	21/08/2016 a 21/09/2016
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
73	25/09/2016	R\$ 80,00

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2016
GENTE-SEGURADORA S.A.
Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-180



Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETROBRAS
DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL -
TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
209376-6	09/2016	R\$ 80,00

836200000005.644900170009.000000003988.676609150056

Eletronas
Distribuição Plau

Para controle com o
Sistema Informático
do ELETRO



COMPANHIA DE ENERGIA DE SÃO PAULO
Av. Francisco de Sá - Centro - São Paulo - SP
CEP: 01000-000
Fone: (011) 313-1111
Fax: (011) 313-1111

SP - São Paulo

A Nota Fiscal é emitida em nome da
Eletronas Distribuição Plau

07/07/2016 07/07/2016 30 5,39

NOTA DE FATORIA DE FATORIAÇÃO - CANCELADA

R. RUA VISTA 497 497 D-URUBU

CPF: 00000000722353

CEP: 04.400-000 - MOSEMEIRA GIL

NT: 113.000.13.25.100000

Quantidade	714	Valor	18/02/2016
Valor Unit.	1,880	Valor Total	13/04/2016
Quantidade de Fatores	0	Valor de Fatores	30/03/2016
Quantidade de Fatores	30	Valor de Fatores	30/03/2016
Quantidade de Fatores	NENHUM	Valor de Fatores	02

RECEBIMOS DA EMPRESA AVALIADA A QUANTIA DE R\$ 5,39

VALOR	5,39	CONTIN. ELIMINACAO POR (CUSTO)	5,39
JUN/15	15	DOIS IMPORTE (CUSTO) CONTIN.	24,61
DEZ/15	150	CORRECAO MONETARIA IC 01/10-00	0,27
NOV/15	136	NOTA POR ATUACAO 01/10-00	1,54
OUT/15	137	JUNOS DE FORA DE TEMPO 01/10-00	0,50
SET/15	125	ADICIONAL BANCARIA AMARELA -	0,20
AGO/15	61	ADICIONAL BANCARIA VERMELHA -	0,50
JUL/15	148		
JUN/15	70		
MAI/15	100		
TOTAL EM DÍGITO	10 2 - LANCE		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

OPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

20 DEZ 2016

NOTA DE FATORIAÇÃO - CANCELADA
Valor R\$ 5,39
Data 02/2016
A Nota Fiscal é emitida em nome da Eletronas Distribuição Plau, inscrita no CNPJ nº 00.000.000/0001-90, com sede em São Paulo, SP, Rua Vista 497, 497, D-URUBU, CEP: 04.400-000. A Nota Fiscal é emitida em nome da Eletronas Distribuição Plau, inscrita no CNPJ nº 00.000.000/0001-90, com sede em São Paulo, SP, Rua Vista 497, 497, D-URUBU, CEP: 04.400-000. A Nota Fiscal é emitida em nome da Eletronas Distribuição Plau, inscrita no CNPJ nº 00.000.000/0001-90, com sede em São Paulo, SP, Rua Vista 497, 497, D-URUBU, CEP: 04.400-000.

A CONFERENCIA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDO EM SUA FATORIAÇÃO PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO EM CUIUS CASOS CASOS DE ATENDIMENTO EM CASO DE SINISTROS DA EMPRESA, CANCELAMENTO OU CUIA, DÍGITO 20 AO 305 LIGUE 0800 000 000 E FAÇA O CADASTRO DE VENCIMENTO 1 E 10 25 20 25

07/04.2170-07/20-PAIS-230-1300-1117-7057

Quantidade	6,35	Valor Unit.	0,14
Valor	0,94	Valor Total	0,96
Quantidade	1,50	Valor Unit.	0,60
Valor	0,90	Valor Total	0,90
Quantidade	0,00	Valor Unit.	0,00
Valor	0,00	Valor Total	0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
01/2016 0,00

NT: 113.000.13.25.100000

Eletronas
Distribuição Plau

28376-6	21/03/2016
07/07/2016	07/07/2016



SEQ.: 0000 UC: 000076-6 07.1517.21/03/2016 T.ENTR.: 01
LEITURA: 714 NINHO TOTAL: 5,39 CARGA: 002



FORMULÁRIO DE SINISTROS

DPVAT

NÃO VERIFICADO

4 0 DEZ 2016

DECLARAÇÃO

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

CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Félix Pacheco, 2008 Laje 104
Centro - CEP 64001-180

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

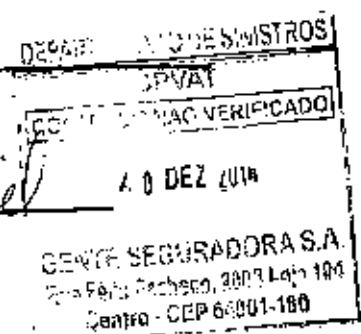
A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL portador(a) doRG nº 684.903, expedido por SSP-PI, em
16 de 12 de 2016, CPF/CNPJ nº 708.927.213-53na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) LINDOMARFIRMINO DE SOUSA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZda vítima LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO-ME Renda Mensal: R\$ REU 80 - MEDocumentos comprobatórios: REU 80 - MEMaria de Fátima de Paiva Brasil
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Declaração Circular SUSEP nº 445/12

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2016

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 54001-100

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA DE FÁTIMA DE PAULA BRASIL portador(a) do RG nº 684.903, expedido por SSP-PI, em 16 de 15, CPF/CNPJ nº 708.927.213-53, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECU80-ME Renda Mensal R\$ RECU80-ME

Documentos comprobatórios: RECU80-ME

Maria de Fátima de Paula Brasil
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2016

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 54001-100



Declaração do proprietário do veículo

Eu, EDIVALDO LEITE SOARES

RG nº 213.4623, data de expedição — / — / —

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº.

600.181.133-46, com domicílio na cidade.

De TERESINA no Estado de PIAUI

Onde resido na (Rua / Avenida / Estrada)

LOT - JULIO SOARES, Q-62

LOT-23 nº — complemento B-ANGELIM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2016
AGENTE SEQUESTRADORA S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Lj 101
Centro - CEP 64001-160

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de

Minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA o condutor

Era LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Veículo: PAS/MOTOCICLO/NEVAUMA

Modelo: HONDA / CG 150 FAN ESDI

Ano: 2014 / 2014

Placa: PIA - 2790

Chassi: GC2KC1680FRSS1903

Data do acidente: 04/06/2016

Lugar e Data: TERESINA-PI, 08-11-2016

Edivaldo Leite Soares

Assinatura do Declarante

Lindomar Firmino de Sousa

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante sinistro)

JOÃO CRISÓSTOMO

1º OFÍCIO - 24 CIRCUNSCRIÇÃO

Beir Maria Elizabeth Pinheiro Silva Müller - Taboella

Rua Luiz Gonzaga Reguira, nº 1191, CEP: 64000-000

Fone: (84) 3271-1010 Fax: (84) 3271-8998 E-mail: beir.maria@pi.gov.br

RECIBO POR SELEÇÃO A FOLHA DE EDIVALDO LEITE SOARES, DO

FE. EM TEST. W DA VARA DE TERESINA-PI, 08/11/2016.

Emol. 15,52 Total: 3,97 Selos: 105,50667

(F250/189)

TERA MARIA DE LIMA TAVARES ESCREVENTE



Declaração do proprietário do veículo

Eu, EDIVALDO LEITE SOARES
RG 213.4623 Data da expedição - / - / -

Órgão SSP-PI, portador do CPF:

600.181.133-46 Cam domicílio na cidade
de TERESINA no Estado de PIAUÍ.

Onde resido na(Rua/ Avenida/
Estrada) LOT. JULIO SOARES, Q-62, LOT-23
nº 3/N complemento B- ANGEUM

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(Era) de Minha
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima:

LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA o condutor

Era LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Veículo: PAS/ MOTOCICLO/ NENHUMA.

Modelo: HONDA 166 150 FAN ESDI.

Ano: 2014/2014.

Placa: PIA - 2790.

Chassi: 9C2KC1680 PR551903.

Data do Acidente: 04/06/2016.

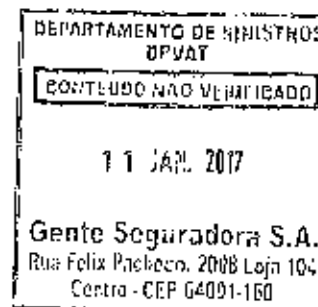
Local e Data: TERESINA (PI) 06/01/2017.

Edivaldo Leite Soares

Assinatura do Declarante

Lindomar Firmino de Sousa

Assinatura do condutor(caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do
sinistro)



SERVIÇO NOTARIAL E DE REGISTRO - JOÃO CRISÓSTOMO (AUTENTICIDADE)



1º OFÍCIO - 2ª CIRCUNSCRIÇÃO
Belo Maria Elizabeth Paiva e Silva Moller - Tabelão
Rua Uirapuru, nº 1155, CEP: 64000-200
Fone: (85) 3221-7513 - Fax: (85) 3221-9084 - Teresina - Piauí - E-mail: tabelao@pi.jus.br

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EDIVALDO LEITE SOARES.
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 09/01/2017.
Empl.: 3, 52 TJ: 0, 35 Selo: 0, 10 Total: 3, 97 Selo: 110.20397
(F290P117)

LEIA MARIA DE LIMA SOARES Escrevente



Selo de Reconhecimento e Autenticidade
Selo de Notário e Escrevente
RECONHECIMENTO
Nº ANG 020397
Série 110

Cartório João Crisóstomo
R. DI. de S. 100, 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, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000.



Declaração do proprietário do veículo

Eu, EDIVALDO LEITE SOARES
RG: 213.4623 Data da expedição - / - / -

Órgão SP-PE portador do CPF:

600.181.133-46 Com domicílio na cidade
de TERESINA no Estado de PIAUÍ.

Onde resido na(Rua/ Avenida/
Estrada) LOT. JULIO SOARES, Q-62, LOT-23
nº 511 complemento B - ANGELO

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(Era) de Minha
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima:

LINDOMAR FERMINO DE SOUSA o condutor

Era LINDOMAR FERMINO DE SOUSA

Veículo: PAS/ MOTOCICLO/ NENHUMA.

Modelo: HONDA 166 ISO FAN ESDI.

Ano: 2014/2014.

Placa: PIA - 2790.

Chassi: 9C2KC1680 PR551903.

Data do Acidente: 04/06/2016.

Local e Data: TERESINA (PI) . 06/01/2017.

Edivaldo Leite Soares

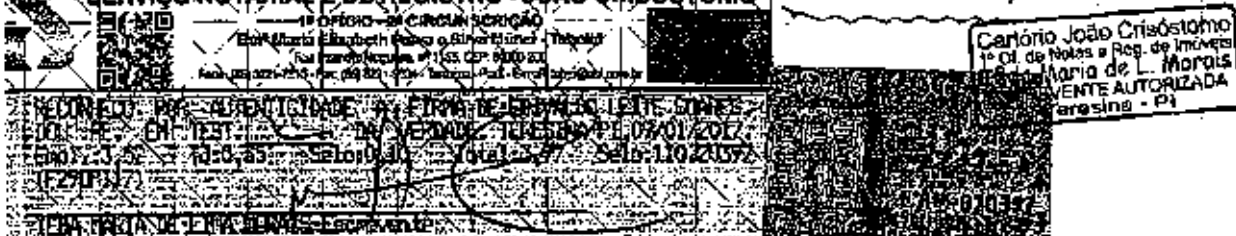
Assinatura do Declarante

Lindomar Fermino de Sousa

Assinatura do condutor(caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do
sinistro)



SERVIÇO NOTARIAL E DE REGISTRO - JOÃO CRISÓSTOMO (AUTENTICIDADE)





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Fátima Tinsche, 2008 Loja 104
Centro - CEP 66091-160

NOME DO PACIENTE: Wanderlan Lima de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 303642

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS"



164100

União de Saúde: 0721100001

A1H : 221610044025-7
UNI : H.U.T (PROF. ZENON RUCHA)NASCIMENTO
26/08/1986

LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

D. EMISSÃO: 06/06/2016

DT. LAUDO: 05/06/2016

PROCED.: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTAR TIBIAL

UP. SIG.: VALDELICE
CIV.: 5821

MSS. MÉDICO RESPONSÁVEL

da
pão:

5828856

164100

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA	6 - Prontuário:	101642
7-CNS:	163871855060008	8-Nascimento:	26/08/1986
9-Sexo:	Masculino	10- RG:	2766054 - SSP PI
11-Mãe:	ADELINA HONORATO DE SOUSA	12-Fone:	86-98161-0239
13-Resp:	LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA	14-Cor:	Parda
15-Ende:	POV ALEGRIA - ZONA RURAL - CEP: 54000-010	17-Cod. IBGE:	221100
16-Munic:	TERESINA	18-UF:	PI
		19-CEP:	54000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1- Principais sinais e sintomas clínicos:	Paciente vítima de acidente motociclístico. Alegria IS. Abuso de álcool. Grupo B. História de fratura da tibia.
21 - Condições que justificam a internação:	Cirurgia
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):	RX. Fratura distal tibia
23-Diagnóstico Inicial:	Fratura da extremidade proximal da tibia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:
0408050551	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTAR TIBIAL
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Med. Solic.:
	02 01 CPF 809.651.803-87
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:
BERGIEL BARBOSA BEZERRA	05/06/2016

Dr. Leonardo Carvalho
Médico
CRM-PI 5760

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	37-() Acidente Trabalho Típico	38-() Acidente Trabalho Trajeto
45 - Vínculo com a Previdência:	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado	

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
	06/06/16
48-Documento:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF	
50 - Assinatura Paciente ou Responsável:	51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
Lindomar Firmino de Sousa	

Assinatura: [assinatura]
Carimbo: [carimbo]
Data: 05/06/2016 02:33:14

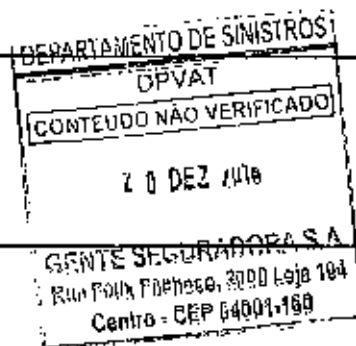


RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Landemarcio Firmino de Sousa</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura de Plavolto Tibial (D)</u>		
Operação - Tipo <u>Tto cirúrgico de Fratura de Plavolto Tibial</u>		
Cirurgião <u>Dr. Bruna</u>	1º Assinante <u>Dr. Claudio</u>	2º Assinante <u>Dr. Claudio</u>
3º Assinante		
Instrumentador(a) <u>Benedita</u>	Anestesista <u>Dr. Amaro</u>	Anestesia <u>Raque</u>
Anestésico(a)		

Data da Operação <u>05.06.2016</u>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		



Relatório Imediato do Patologista
Acidente Durante a Operação <u>Fratura extremamente cominutiva em tíbia proximal de difícil redução.</u>

... (M)

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em DDH sob raqui anestesia
- 2) Preparo habitual
- 3) Via antero medial direta em Joelho (D)
- 4) Redução cirúrgica + Fixação interna c/ placa em "T" em platô tibial medial
- 5) Via antero lateral direta em Joelho (D)
- 6) Redução cirúrgica + Fixação interna c/ placa + parafusos
- 7) Fechamento por planos
- 8) Curativo

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

FIS N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 05/06/2016

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRURGICO E OBSTETRICO		PRONTUÁRIO N°: 101642	
NOME DO PACIENTE:	Andromar Firmino de Jesus	CIRURGIA:	OTO de Fratura
DIAGNÓSTICO:	Fratura Fechada do Tibia D.	N° DA SALA:	05 de Plavol
ANESTESIA:	Rapido	DEPARTAMENTO DE SINISTROS:	Cibica
CIRURGIÃO:	Dr. Claudio Nogueira Ortopedia / Traumatologia CRM 33255-SP	CPR:	DPVAT
AUXILIAR:	Dr. Claudio	CPR:	MONTEUDDO NÃO VERIFICADO
ANESTESIA:	Dr. Armando	CPR N°:	20 DEZ 2010
INSTRUMENTADORA:	Benedita	CPR N°:	

AGENTE SEGURADORA S.A.
Calle Felix Pacheco, 2008 Loja 100
Centro - GEP 64601-168

MATERIAL DE CONSUMO

MATERIAL DE CONSUMO				CONTINUA - GEP 00001-100			
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI Nº 21	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 70	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 75	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	250ml		PVPI DE GERMANTE	ML	150ml	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150ml	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRADO	CM	20cm		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Eletródos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Preporm → 03 UNID.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Exercício → 05 UNID.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		04					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 0		04		CIRCULANTE: Jh - COREN 55122			
PROLENE		-					



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA		101642	29	Ortopédica	236	EXT. 1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI: 05/06/2016	FRAT. PLATÔ TIBIAL D			DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 10 DEZ 2016		10h) alta hospitalar e centro médico	
06/06/16							
1	Dieta oral livre						
2	Jeico salinizado						
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h			GENTE SEGURADORA S.A. Rua Fúlvio Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-160		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 10 DEZ 2016	
4	Diplrona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
5	tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
6	Bromoprida 1amp + AD EV 8/8 hs SN						
7	Curativos diários						
8	Cuidados gerais e sinais vitais						
pac evoluiu bem estado geral ALTA HOSPITALAR							
Dr. Yuri Jivago Faria Ortopedista/Traumatologista CRM 119374/CRM 119377							
Dr. Gláucia Danembreg / Dr. Yuri Jivago Faria / Dr. Fernando Couto de Oliveira / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia							
CRM 119374-TEOT10029	CRM 119377	CRM 119374-TEOT11911	CRM 119375-TEOT11305	CRM 119376			

MOD 007 - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 3820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA** (Prontuário: 101842)
 Endereço: **POV ALEGRIA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **26/08/1986** Idade: **29a.11m.9d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **164100**
 Requisição: **643029** Solicitação: **05/06/2016** Solicitante: **BRUNO SOARES FREIRE**
 Controle: **805621** Convênio: **SUS** CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 05/06/2016

JOELHO

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

- Fraturas recentes alinhadas no terço proximal dos ossos da perna com presença de placas e parafusos metálicos na tíbia.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
20 DEZ 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-180

TERESINA - PI 04/08/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICOPaciente: **LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA** (Prontuário: 101642)Endereço: **POV ALEGRIA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010**Nascimento: **26/08/1986** Idade: **29a:11m:9d**Sexo: **Masculino**Origem: **INTERNAÇÃO**Atendimento: **164100**Requisição: **643029**Solicitação: **05/06/2016**Solicitante: **BRUNO SOARES FREIRE**Controlar: **805622**Convênio: **S U S**

CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11

ENFERMARIA 238

EXTRA 001

RELATÓRIO:Cod. SIA: **0204060158**Data Exame: **05/08/2016****PERNA**

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes alinhadas no terço proximal dos ossos da perna com presença de placas e parafusos metálicos na tíbia.
- Aumento de volume de partes moles.

CONTÉUDO MAO VERIFICADO

20 DEZ 2016

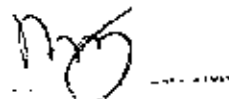
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Fátima Daphne, 2000 Loja 194
Centro - CEP 64001-160

TERESINA - PI 04/08/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



HPM

Sexo: M Idade: 029Y

SIMPSON SIMS DR (SALA 1)

Paciente: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA Orientação: PA

WC: 416

WW: 031

Técnico: PAULO

Dia: 13/07/2016 Hora: 09:12



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

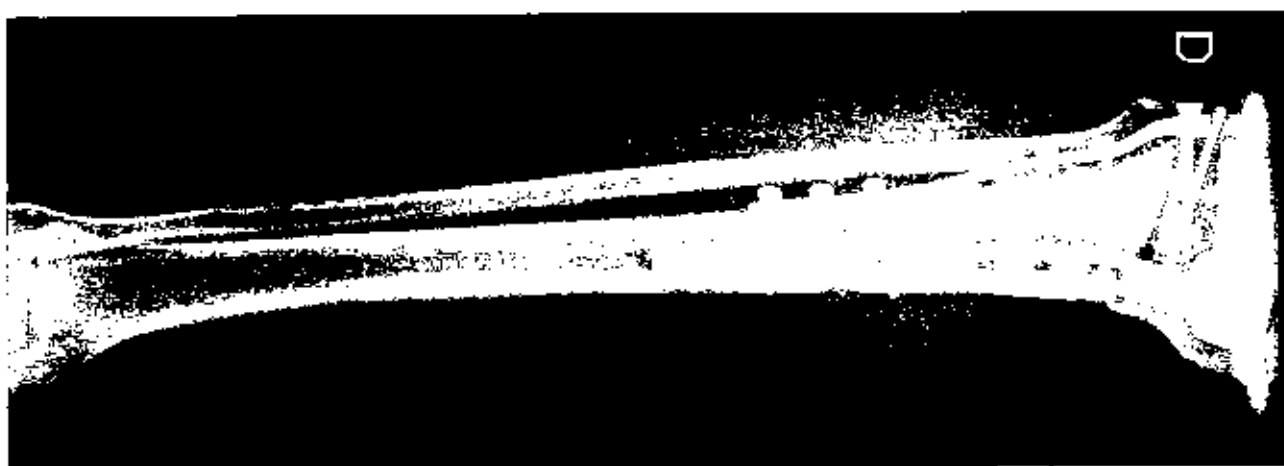
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2016

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Poliana F. F. F. 2000 Loja 104

Centro - CEP 64001-160

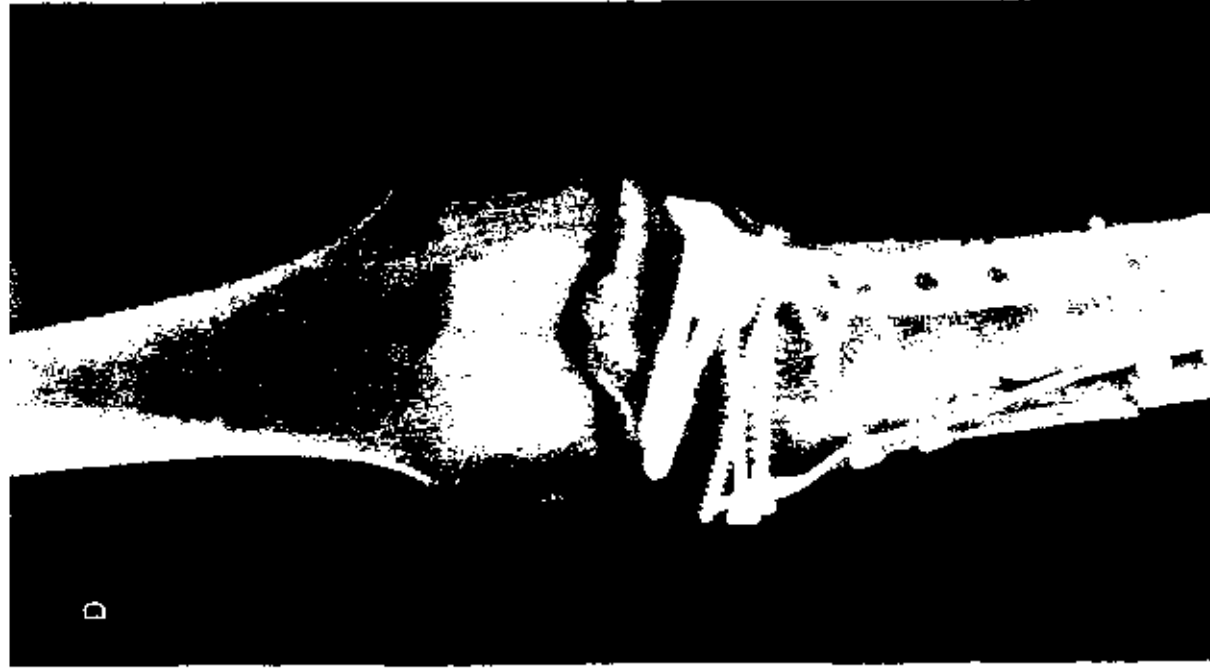


HPM

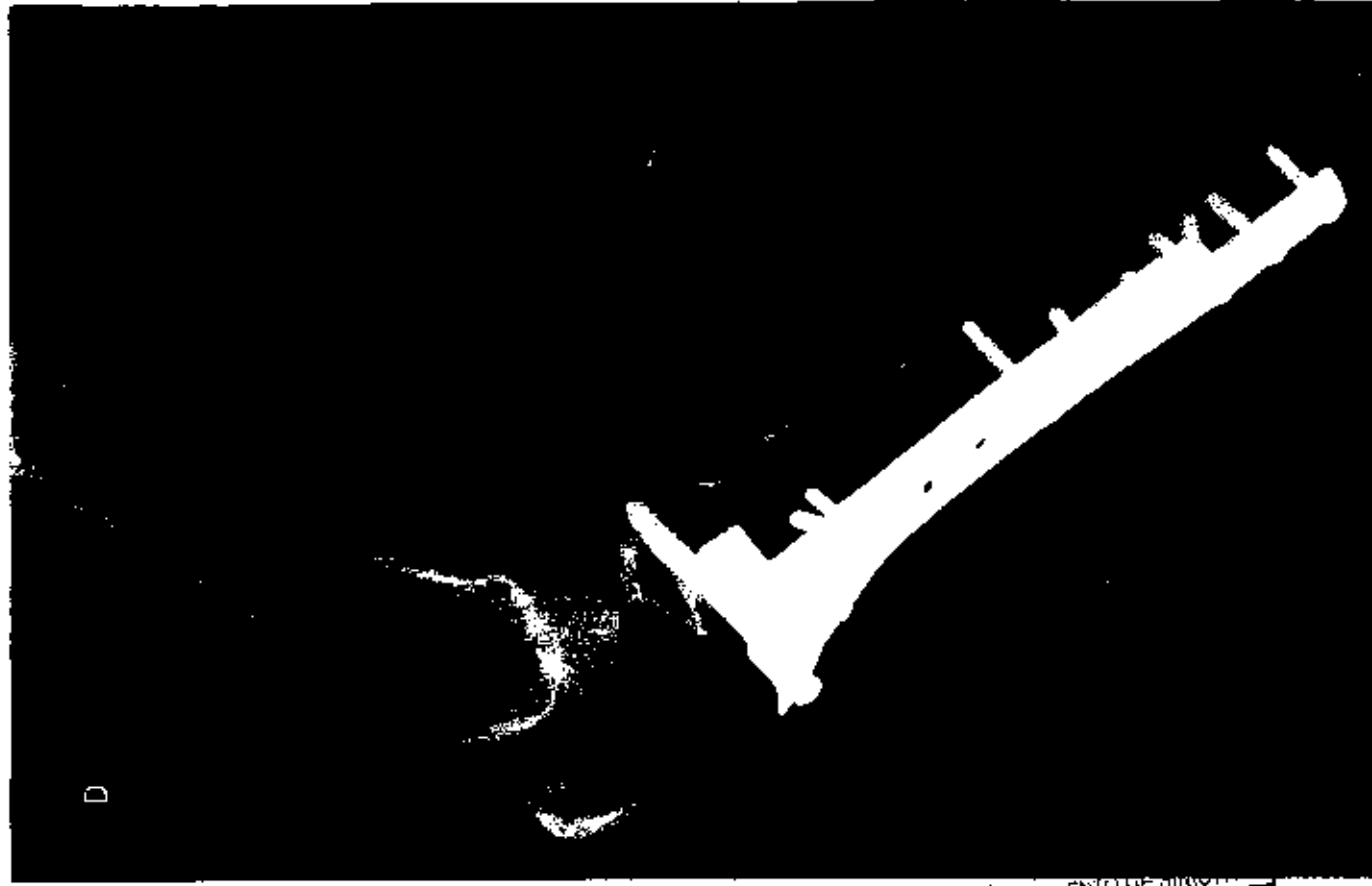
SIMS DR (SALA 1)

Paciente: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA Orientação: PA

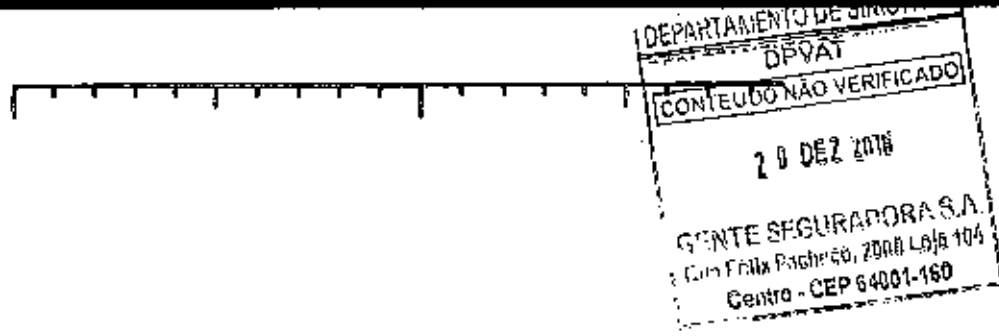
Sexo: M Idade: 029Y



D



D



WC: 384
WW: 748

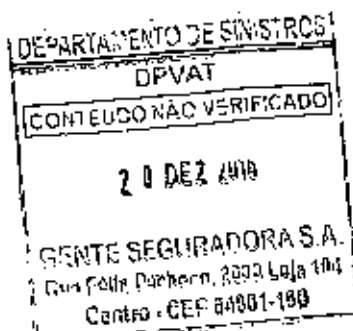
Técnico: PAULO
Dia: 13/07/2016 Hora: 09:07



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 18415
PACIENTE: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
NOME DA MÃE: ADELINA HONORATO DE SOUSA
DATA DO NASCIMENTO: 26/08/1986
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 13/07/2016
DATA DO LAUDO: 14/07/2016
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO



RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO EM DUAS INCIDENCIAS

Traços radiolúcentes, parcialmente visíveis, localizados na extremidade proximal da tibia, fixada por placa e parafusos metálicos.

Fratura completa, oblíqua, localizada na diáfise proximal da fíbula.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do joelho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Traços radiolúcentes, parcialmente visíveis, localizados na extremidade proximal da tibia, fixada por placa e parafusos metálicos.

Fratura completa, oblíqua, localizada na diáfise proximal da fíbula.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do joelho.

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520

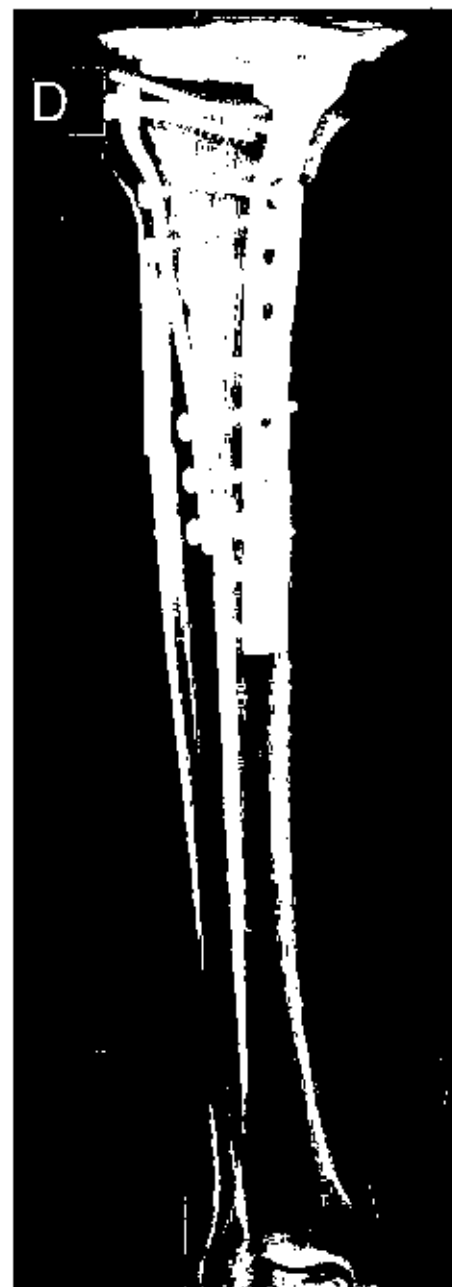
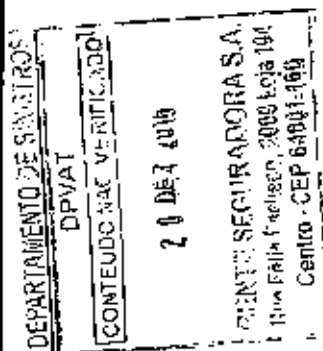
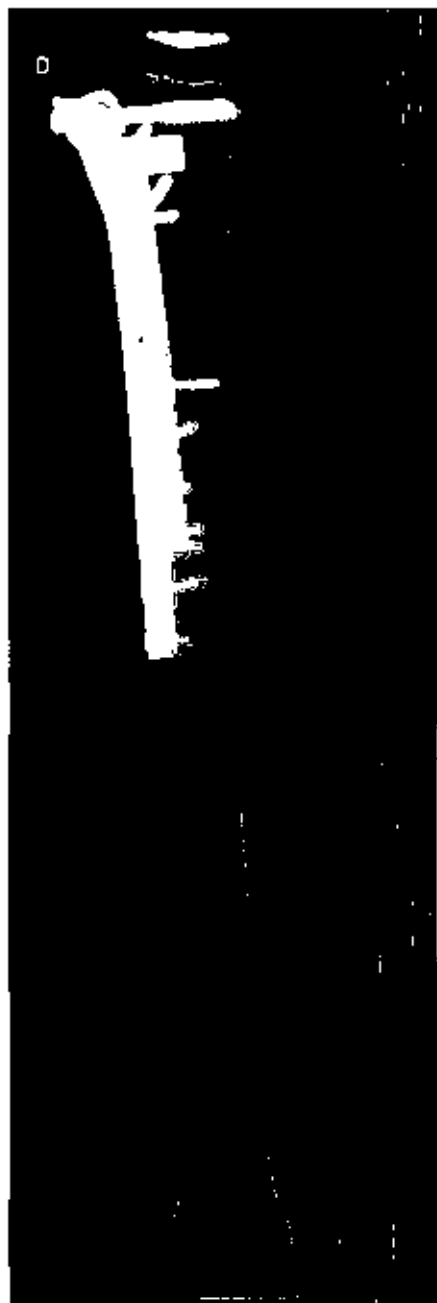


HPM

SIMS DR (SALA 1)

Paciente: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA Orientação: PA

Sexo: M Idade: 029Y



WC: 416

WW: 831

Técnico: PAULO

Dia: 13/07/2016 Hora: 09:12

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

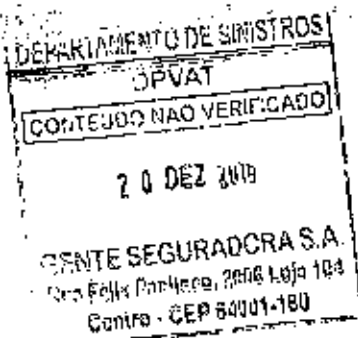
Imp: 15/09/2016 10:29:10
(PERIÓDO)**DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO****DADOS DO PACIENTE:**

Nome: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA		Prontuário: 101642
Mãe: ADELINA HONORATO DE SOUSA		Pai: SEBASTIAO FIRMINO DE SOUSA
End. Resid.: POV ALEGRIA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 26/08/1986	Idade: 29a:10m:10d	Sexo: Masculino Fone: 86-98161-0239
Responsável: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA		CNS: 163871855060008
Profissão: LAVRADOR		Documento: RG: 2766054 - SSP PI
G. Instrução: Fundamental Incomplete		E. Civil: Concubinato
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 548003	Data: 05/06/2016 00:43:11	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 05/06/2016 de 00:43 às _____ horas para fim de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 548003/////



TERESINA(PI), 15 de Setembro de 2016.

Ass. e Matrícula do Servidor

Ass. e Matrícula do Servidor



DEPARTAMENTO DE BIOMÉDICA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 ABR. 2017
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



DEPARTAMENTO DE BIOMÉDICA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 ABR. 2017
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Laudo Médico

Atesto que Lindomar
Ferreira de Sousa, vítima de
acidente de trânsito, foi trata-
do cirurgicamente de fratura de
placato tibial a nível de joelho direito.
Apresenta alta definitiva com
limitação funcional membro infe-
rior direito de 60%.

22/02/17 CID-10: S821/M866/M840

Dr. Gláucia Nogueira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1775 / FEOT 16684

Clinica Médica • Cardiologia • Cirurgia Geral • Ginecologia • Obstetrícia • Gastroenterologia • Proctologia
Urologia • Ortopedia • Oftalmologia • Fonoaudiologia • Dermatologia • Otorrinolaringologia • Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-PI • Cep: 64.001-130
Fones: (86) 3131-6666 / 98836-6174 / 98855-6176 / Fax: (86) 3221-6174
www.neoclinica.net.br

DEPARTAMENTO DE BIOMÉDICA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 ABR. 2017
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE BIOMÉDICA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 ABR. 2017
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



164100

União Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUT DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AIH : 221610044025-7
UNI : H.U.T (PROF. ZENON RUCHA)

NASCIMENTO
26/08/1986

LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

D.LIBERA: 06/06/2016
PROCED.: 0408050551
OP.SIST: VALDELICE
CID: 5821

DT. LAUDO: 05/06/2016

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL
5828856

164100

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

2-Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - MUI

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

6 - Prontuário: 101642

7-CMS: 163871855060908 9-Nascimento: 26/08/1986 9-Sexo: Masculino

RG: 2766054 - SSP PI

11-Mae: ADELINA HONORATO DE SOUSA

COM FOLETO DE CIR/ANEST

12-Fone: 86-99161-0239

13-Resp: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

14-Cor: Parda

15-Ende: POV ALBERTA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010

17-Cod.IGGE: 221100

18-DE: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1- Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente
motociclistas. Alegria IS. Abuso
de álcool. Grupo B. História
de fratura da tibia.

21 - Condições que justificam a internação:

Cirurgia

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

RX. Fratura distal da tibia

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

DEPARTAMENTO DE REGISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 DEZ 2016

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104
Goiânia - CEP 74061-160

5821

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27- Procedimento Solicitado:
Cod.Proced.: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 809.651.803-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
BERGIEL BARBOSA BEZERRA 05/06/2016

Dr. Leonardo Carvalho
Médico
CRM-PI 5760

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito
37- () Acidente Trabalho Típico
38- () Acidente Trabalho Trazeto

39- CNPJ Seguradora: 40- Nome: 41- Endereço:
42- CNPJ Representante: 43- Nome: 44- Endereço:

45 - Vínculo com a Previdência:
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:
06/06/16

48-Documento: 49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50- Assinatura (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Assinatura: 05/06/2016 02:33:14



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Leandro de Jesus*
Diagnóstico pré-operatório *Fratura de Plavato Gibial (C)*
Operação - Tipo *Tto cirúrgico de Fratura de Plavato Gibial*
Cirurgião *Dr. Bruno* 1º Assinante *Dr. Claudio* (C)
2º Assinante 3º Assinante

Instrumentador(a) *Parudita* Anestesiologista *Dr. Amaro* Anestesia *Raque*

Anestésico(a)

Data da Operação *05.06.2016*

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Fratura extremamente cominutiva em tíbia proximal de difícil redução.

Nome *Dr. Claudio*

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

- 1) Paciente em PDH sob raquiomanual
- 2) Posição habitual
- 3) Via antero medial direta em Joelho (C)
- 4) Redução cirúrgica + Fixação interna C/ placa em "L" em platô tibial medial
- 5) Via antero lateral direta em Joelho (C)
- 6) Redução cirúrgica + Fixação interna C/ placa + parafusos
- 7) Fechamento por planos
- 8) Curativo



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

DATA 05/06/2016

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	Landomir Firmino de Jesus	PRONTUÁRIO Nº:	101642
DIAGNÓSTICO:	Fratura de Tibia D.	CIRURGIA:	OTO de Fratura
ANESTESIA:	Rapina	Nº DA SALA:	05 de Planalto
CIRURGIÃO:	Dr. Claudio Nogueira	DEPARTAMENTO DE SINISTRO:	Tibia D.
AUXILIAR:	Dr. Claudio	CPR:	DPVAT
ANESTESIA:	Dr. Armando	CPR:	MONTEUDO NÃO VERIFICADO
INSTRUMENTADORA:	Benedita	CPR Nº:	2.9 DEZ. 2015
		CPR Nº:	

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-168

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25XB	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30XB	UNID.	03		LUVA Nº 70	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 75	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	250ml		PVPI DE GERMANTE	ML	150ml	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	150ml	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRADO	CM	20cm		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Eletródos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Prepomp		03 UNID	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Exercício		05 UNID	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		04					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 0		04		CIRCULANTE:			
PROLENE		—					



HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PROFISSIONAL	IDADE	CLÍNICA	ENF. DIAP. LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA		101642	29	Ortopédica	236 EXT. 1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS			OBSERVAÇÕES	
DI: 05/05/2016	FRAT. PLATÔ TIBIAL D	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 18 DEZ 2016			10h) alta hospitalar a entrar no dia 18/12	
06/05/16		GENTE SEGURADORA S.A. RUA FELIX PACHECO, 2000 LOJA 104 CARRE: CEP 64001-160				
1	Dieta oral livre					
2	Jeito salinizado					
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h					
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					
5	Nilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs					
6	Bromoprida 1amp + AD EV 8/8 hs SN					
7	Curativos diários					
8	Cuidados gerais e sinais vitais					
FOTO anexa com estudo geral						
ALTA HOSPITALAR						
Dr. Yuri Jivago Felix Ortopedista/Traumatologista CRM-12734 CRM-MG-2007						
Dr. Sandro A. Oliveira / Dr. Yuri Jivago Felix / Dr. Fernando Couto da Silva / Dr. Ricardo S. Valente / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia						



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENR. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ATA/HORA CÓDIGO	PREScrição Médica		QUANT.	HORÁRIO	RELATÓRIO DE EXAMES LABORATORIAIS	
010646	1) Denta Finao ✓ 2) SPO 9% 1000ml, IV, 14 gotas/h 3) Depingra 7mg IV 618L 4) Dilatil 20mg IV 1212L 5) Sinais				DEPARTAMENTO DE SUÍSTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 2-0-DEZ-2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-160	O. R. T. O
	Ao CC às 08:00 horas Cirurgia com Dr. Clauden				DEPARTAMENTO DE SUÍSTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 2-0-DEZ-2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-160	



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VALÉRIA

IME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENR. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Valéria Firmino de Sousa	101642	Ortopédica	236-6X1		Dr. Bruno Freire
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
			HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
5.06.16	# DOI			16:00 - Admitido procedente da SRPA em CDI de traumatismo cirúrgico da articulação de "Poleo Tibial D", vítima de acidente automobilístico, com lesões de membros inferiores, graves.	
	(1) Dieta líquida após anestesia			Orbitado, nome de lesões graves de membros inferiores	
	(2) S.F.O. 2% - 1000ml. ev, 29/5hmin.			ou abando medicamentoso	
	(3) Keflin 1g + AD, ev, 6/6h.			Hx traumática	
	(4) Dipirona 0,5 amp + AD, ev, 6/6h.			Corr: 64376-10	
	(5) Etilato 20mg, 0,5 amp + AD, ev, 12/12h.				
	(6) Bromal 300mg + 100ml SF, ev, 12/12/505.				
	(7) Bromoprida 10mg + AD, ev, 8/8h (305)				
	(8) SSVV + CCGG				
	(9) Curativo				

Dr. Bruno Freire
Ortopedia-Traumatologia
CRM-4245/TEOT: 11438

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPQAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
2 DEZ 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Félix Pacheco, 2308 Loja 104
Centro - CEP 64001-150

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPQAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
1 DEZ 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Félix Pacheco, 2308 Loja 104
Centro - CEP 64001-150

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1020 Redenção - Fone: 86 3219 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA** (Prontuário: 101642)
Endereço: **POV ALEGRIA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: **25/08/1988** Idade: **28a. 11m. 8d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **164100**
Requisição: **643029** Solicitação: **05/08/2016** Solicitante: **BRUNO SOARES EREIRE**
Centro: **805621** Convênio: **SUS** CLÍNICA ORTOPÉDICA - PI1 ENFERMARIA 235 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Data Exame: 05/08/2016

Cod. SIA: 0204050125

JOELHO

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

- Fraturas recentes alinhadas no terço proximal dos ossos da perna com presença de placas e parafusos metálicos na tíbia.
- Aumento de volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 04/08/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM-PI 1341
Profissional Responsável

Nome:

Carimbo

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ENDOMAR FIRMINO DE SOUSA** (Prontuário: 101542)

Endereço: **ROY ALEGRIA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-070**

Nascimento: **28/08/1988** Idade: **29a:11m:00**

Sexo: **Masculino**

Origem: **INTERNAÇÃO**

Atendimento: **104100**

Requisição: **843029**

Solicitação: **05/06/2016**

Solicitante: **BRUNO SOARES FREIRE**

Controlador: **805622**

Comente: **S.U.S**

CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11

ENFERMARIA 238

EXTRA 001

RELATÓRIO

PERNA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa e perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes alinhadas no terço proximal dos ossos da perna com presença de placas e parafusos metálicos.
- Aumento de volume da partes moles.

REPRESENTAMENTO DE SINISTROS
CONTENDO NÃO VERIFICADO

7-8-DEZ-2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Paula Pretorius, 2000 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

TERESINA - PI 04/06/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA TE
CPF: 133.603.173-88 CRM: 1341
Profissional Responsável

[Assinatura]
Nome: *[Assinatura]*
Cargo: *[Assinatura]*



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 18415
PACIENTE: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
NOME DA MÃE: ADELINA HONORATO DE SOUSA
DATA DO NASCIMENTO: 26/08/1986
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 13/07/2016
DATA DO LAUDO: 14/07/2016
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Fátima Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-100

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO EM DUAS INCIDENCIAS

Traços radiolucentes, parcialmente visíveis, localizados na extremidade proximal da tíbia, fixada por placa e parafusos metálicos.

Fratura completa, oblíqua, localizada na diáfise proximal da fíbula.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do joelho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Traços radiolucentes, parcialmente visíveis, localizados na extremidade proximal da tíbia, fixada por placa e parafusos metálicos.

Fratura completa, oblíqua, localizada na diáfise proximal da fíbula.

Aumento do volume e da densidade das partes moles do joelho.


Dra. Liege Ribeiro Soares de Sampaio
Médica
CRM-Pi 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173



Consultório Médico

Maria Teresa Sousa Mendes Rezende

Clinica Geral - CRM/PI 1455
CPF 220.481.893-34

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que Lindomar Firmino de Sousa, foi vítima de acidente de moto em 04.06.16, com trauma grave de perna direita e fratura do platô tibial direito. Em 05.06.16 foi submetido a 1ª cirurgia para osteossíntese com placa e placas e 21 parafusos metálicos. Evoluiu com osteomielite da tíbia, com aparecimento de secreções purulentas em outubro de 2016, porém o paciente só foi

C ID: 582.1
586.6
184.0

07.08.18

Drª Maria Teresa S. M. Rezende

MÉDICA

CRM. 1455 / PI

TELE-SAÚDE

Fones: (86) 99559-1296 / 99582-1749

DEPARTAMENTO DE ORIENTAÇÃO DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Curitiba - Norte CEP: 64.000-000

Regulado para cirurgia de limpeza
da crurística da tíbia D, em dezembro
de 2017, quando foi retirado
também as placas e parafusos
metálicos. A Alta definitiva do
paciente só aconteceu após 60 dias
da 2ª cirurgia.

Atualmente o paciente refere
dores agudas na perna D, com
sensações de calor intenso local,
claudicações +++/4+, e perda funcio-
nal de 70% do membro inferior D.

As atividades da vida diária
estão prejudicadas em 70%.

07.08.18

Maria Teresa S. M. Rezende
Drª Maria Teresa S. M. Rezende

MÉDICA

CRM. 1455 / PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Cidade - Norte CEP: 64.000-000

CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO: 3170-2198-86

Eu, LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA,

Portador do RG nº: 2766.054, e CPF nº: 028.748.473.48

Endereço: LOCALIDADE CAPIVARA, nº 5/N

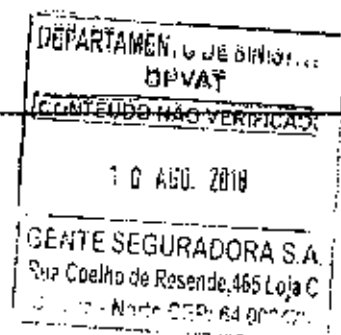
Bairro: RUA CAPIVARA, Cidade: CABECEIRAS UF PI.

Senhores analistas de LIDER;
Venho por meio desta carta pedir
a reanálise do meu processo;
pois estou com sequelas permanentes
e irreversíveis, com fratura e laudo
médico atualizado. Desde já estou
muito insatisfeito com o valor
recebido, pois providencie do setor
responsável. Desde já agradeço.

Local e Data: TERESINA (PI) 09/08/2018

x Lindomar Firmino de Sousa

(Vítima)





Consultório Médico

Maria Teresa Sousa Mendes Rezende

Clinica Geral - CRM/PI 1455
CPF 220.481.893-34

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins,
que Lindamar Firmino de Sousa,
foi vítima de acidente de moto
em 04-06-16, com trauma grave
na perna D com fratura do platô
tibial. Em 05-06-16 foi submetido
a 1ª cirurgia para osteossíntese
com placas e 21 parafusos metá-
licos, porém evoluiu com osteomie-
líte da tíbia e em outubro de
2016 foi reoperado da tíbia.

CID: S82.4
S86.6
M86.6

04-09-18

Drª Maria Teresa S.M. Rezende

MÉDICA

CRM. 1455 / PI

 **TELE-SAÚDE**

Fones: (86) 99559-1996 / 99582-1749

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

para limpeza cirúrgica em
dezembro de 2017; Foi retirada
as placas e parafusos nessa época.
Alta definitiva em fevereiro
de 2018.

Atualmente o paciente relata
dores contínua na perna D,
claudicações +++/4+ e atrofia
muscular +++/4+ com perda
funcional de 70% da M.D.

As atividades da vida diária
estão prejudicadas em 70%.

04.09.18

M. Rezende
Dr^a Maria Teresa S. M. Rezende
MÉDICA
CRM. 1455 / PI

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



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS
PÓLEGA DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR
Lindomar Firmino de Sousa

GOVERNADOR DO ESTADO DO PIAUÍ

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 DEZ 2016
SENTE GURADORA S.A.
Rua Felipe
choso, 2000 Loja 104
Gen - CEP 04001-100

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.766.054 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/01/15

NOME LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

FILIAÇÃO ADELINA HONORATO DE SOUSA
SEBASTIÃO FIRMINO DE SOUSA

NATURALIDADE ESPERANTINA-PI DATA DE NASCIMENTO 26/08/1986

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 20576-1-26A F 06
EXP ESPERANTINA-PI 21/05/85

TERESINA - PI Pedro Gomes de Moraes
028.748.473-48 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - COLÉGIO DE SENES MARTINS

Maria de Fátima de Paiva Brasil

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2019

SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Félix Pacheco, 2100 Loja 104
9901-180

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECEBIDO
SERIAL 684.903 DATA DE EMISSÃO 16/09/15

NOME MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL

FILIAÇÃO MARIA ALICE RIBEIRO PAZ
ANDRÉ DE PAIVA BRASIL

NATURALIDADE BENEDETTINOS-PI DATA DE NASCIMENTO 18/10/1962

DOC. ORIGINAL CERT. CPSAM. 1727 L 2 F 064
EXP AGRICOLÂNDIA-PI 10/03/14
205.927.213-53

ASSINATURA DO CUSTÓDIO

LEI Nº 7.118 DE 25/06/73 - DECRETO Nº 30.200/73

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE REGISTRAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS



Maria de Fátima de Paiva Brasil

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE REGISTROS

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2010

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Félix Pacheco, 2400 Loja 104
4001-100

VÁLIDA EM TODAS OBRAS DE REGISTRO NACIONAL

REGISTRO 684.903 DATA DE EMISSÃO 16/09/15

IDENTIFICADO

MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL

RELACIONADO

MARIA ALICE RIBEIRO PAZ
ANDRÉ DE PAIVA BRASIL

EXERCÍCIO

GEREDITIVOS-PI DATA DE EXERCÍCIO 16/10/1962

EXERCÍCIO

CERT. CASAM. 1727 L. 2 P. 064

EXP AGRICOLA/DIA-PI 16/02/14

208.927.213-13

LEI Nº 7.110 DE 1966 - DECRETO Nº 5.810/60



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

ALVARÁ DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS
MOTORIZADOS DE INTERPRETE DE PONTUAÇÃO APT. 150
TRANSPORTADOS QUANTO À SEGURANÇA

011121265752
000028630
I 01029980079
EDIVALDO LEITE SOARES

60018113346 PIA-2790
9C2KC1680FR551903

011121265752
60018113346 PIA-2790 2014
20 DEZ 2014
2014 11/12/2014

HONDA/CG150 FAN ESDI 2014
02P/0149CC PARTIC PRETA
IPVA
00000000 PAGO
SEGURO PAGO
PBT: 000,29
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA 1

60018113346 PIA-27
01029980079 HONDA/CG150 FAN ESDI
2014 9C2KC1680FR551903
010,75 001,19 011,94
004,15 000,10 028,15
10/12/2014

TERESINA

Assinatura

11/12/2014

SERVIÇO NOTARIAL E DE REGISTRO - JOÃO CRISÓSTOMO



1º OFÍCIO - 2ª CIRCUNSCRIÇÃO
Bar Maria Elizabeth Paiva e Silva Müller - Tabella
Rua dos Reis Magos, nº 1105, CEP: 64020-002
Fone: (88) 3221-7013 - Fax: (88) 3221-8884 - Teresina - Piauí - Brasil



Selo de fiscalização
e Autenticidade
Fornecido pelo
Estado de Piauí
Rua dos Reis Magos
Regulamento
Júdice

AUTENTICAÇÃO
Nº ANG 003393
Série 178

Cartório João Crisóstomo
Rua dos Reis Magos, nº 1105, CEP: 64020-002
Teresina - Piauí

DECLARAÇÃO DE RECEITA DE PAGAMENTO DE IMPOSTOS
DECLARAÇÃO DE RECEITA DE PAGAMENTO DE IMPOSTOS
DECLARAÇÃO DE RECEITA DE PAGAMENTO DE IMPOSTOS

**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): **LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA** Sinistro: **3170219886** Data: **04/06/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Localidade Capivara, S/N - Rural - Cabeceiras do Piauí - PI - CEP 64105-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **2766054**

Data local do exame: [**10/05/2017**] **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)
FRAT DE PLANALTO TIBIAL D . ACIDENTE DE TRANSITO 04 06 2016 COM HD FRAT DE PLANALTO TIBIAL D EF COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D

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.
ACIDENTE DE TRANSITO 04 06 2016 COM HD FRAT DE PLANALTO TIBIAL D,OSTEOSSINTESE EM FRAT DO PLANALTO TIBIAL D DIA 05 06 16 FEZ 30 SESSOES DE FISIOTERAPIA , EF COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

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.

EF COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D FLEXAO DE JOELHO D 110 GRAUS ,COM PERDA DE 21,43 %

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):
JOELHO D

% 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.

EF COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D FLEXAO DE JOELHO D 110 GRAUS ,COM PERDA DE 21,43 %



**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: **3170219886**

Nome do(a) Examinado(a): **LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Localidade Capivara, S/N - Rural - Cabeceiras do Piauí - PI - CEP 64105-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2766054**

Data e local do acidente: [**04/06/2016**] **Rua 5. Bairro Itarare. Tereisna -pi**

Data e local do exame: [**25/04/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fx do planalto tibial D e fibula D

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

Tratamento cirúrgico através de fixação com placa e parafusos. Seguido de fisioterapia. Já retirado material de síntese.

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

Claudicação leve. Retração cutânea em região anterior do joelho e perna dir. Adm: 0 - 90

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:

Limitação funcional joelho/perna direita.

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):

Membro inferior dir

% 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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a 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: **3170219886**

Nome do(a) Examinado(a): **LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Localidade Capivara, S/N - Rural - Cabeceiras do Piauí - PI - CEP 64105-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2766054**

Data e local do acidente: [**04/06/2016**] **Parque Itarare, Teresina - Pi**

Data e local do exame: [**27/08/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fx do planalto tibial D e fibula D.

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

Claudicação leve. ADM joelho: 10 - 90°. Hipotrofia musculatura da coxa e perna. Cicatriz grande e retração cutânea em face anterior da perna. Rx mostra deformidade importante na parte proximal da tibia.

III. Nexô 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 cirúrgico através de fixação com placa e parafusos há 2 anos, evoluindo com infecção, sendo realizado nova cirurgia para retirada do material de síntese e tratamento da infecção. Refere 60 sessões de fisioterapia.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional membro inferior direito.

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):

Joelho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Sem sinais de infecção no momento.



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI

CARTA DE REANÁLISE



SINISTRO: 3170 2198, - 86

Eu, LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Portador do RG nº: (2.766.054), e CPF nº: (028.748.473-48).

Endereço: LC CAPIVARA, nº S/N.

Bairro: ZONA RURAL, Cidade: CABECEIRAS, UF: PI
PO PTAUI

Senhores Analistas; venho por
 meio desta carta solicitar a
 reanálise do meu processo, pois
 estou com sequelas conforme
 LAUDO MÉDICO ATUADO em anexo;
 decorrente de um acidente de
 trânsito sofrido por mim.

A

DEPARTAMENTO DE ANÁLISE
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
05 ABR. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Curitiba - Paraná CEP: 84.001-100

Cidade: TERESINA (PI), 04/04/2018

X Lindomar Firmino de Sousa

Vítima

CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO: 3170 - 2198 - 86

Eu, LÍNDOMAR FÍRMINO DE SOUSA

Portador do RG nº 2.766.054, e CPF nº: 028.748.473-48

Endereço: LC CAPIVARA, nº 51N

Bairro: B - RURAL. Cidade: CABEÇOIRAS UF PI

Senhores Analistas, venho por
meio desta carta, solicitar a 4 vez
meu pedido, o mesmo dizendo os
valores, muito pouco; devido a
repulsa que estão atualizada no
lato; pelo que aceite meu pedido
e indenize de forma justa;
caso contrário, pedirei ajuda
ao poder Judiciário.

Local e Data: TERESINA (PI) - 05/09/2018

X Líndomar Fírmينو de Sousa

(Vítima)

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

CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO: 3170 - 2198 - 86

Eu, LÍNDOMAR FÍRMINO DE SOUSA

Portador do RG nº 2.766.054, e CPF nº: 028.748.473-48

Endereço: LC CAPIVARA, nº 51N

Bairro: B - RURAL. Cidade: CABEÇOIRAS UF PI

Senhores Analistas, venho por
meio desta carta, solicitar a 4ª vez
meu pedido, o mesmo dizendo que
valores, muito pouco; devido a
repulsa que estão atualizada no
lato; pelo que aceite meu pedido
e indenize de forma justa;
caso contrário, pedirei
ao poder Judiciário.

Local e Data: TERESÓPOLIS (PI) - 05/09/2018

X Líndomar Fírmينو de Sousa

(Vítima)

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170219886 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA **Data do acidente:** 04/06/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de planalto tibial direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170219886 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA **Data do acidente:** 04/06/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL E FÍBULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE.

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO JÁ INDENIZADO EM PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 25/04/2018 E 27/08/2018. PARECER MANTIDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170219886 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA **Data do acidente:** 04/06/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL E FÍBULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE.

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO JÁ INDENIZADO EM PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 25/04/2018 E 27/08/2018. PARECER MANTIDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170219886 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA **Data do acidente:** 04/06/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de planalto tibial direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170219886 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA **Data do acidente:** 04/06/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL E FÍBULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE.

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO JÁ INDENIZADO EM PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 25/04/2018 E 27/08/2018. PARECER MANTIDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170219886

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Data do acidente: 04/06/2016

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: EF COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D FLEXAO DE JOELHO D 110 GRAUS ,COM PERDA DE 21,43 %.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO 04/06/2016 COM HD FRATURA DE PLANALTO TIBIAL D, OSTEOSINTESE EM FRATURA DO PLANALTO TIBIAL D DIA 05/06/16.
FEZ 30 SESSOES DE FISIOTERAPIA , EF COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D.
JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA .

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/05/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do joelho devido a limitação da flexão articular de 110 graus.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Edmar de Souza Lima Junior

CRM do médico: 2313

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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: 3170219886

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Data do acidente: 04/06/2016

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do planalto tibial D e fibula D.

Descrição do exame médico pericial: Claudicação leve. ADM joelho: 10 - 90°. Hipotrofia musculatura da coxa e perna. Cicatriz grande e retração cutânea em face anterior da perna. Rx mostra deformidade importante na parte proximal da tibia. Sem sinais de infecção no momento.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico através de fixação com placa e parafusos há 2 anos, evoluindo com infecção, sendo realizado nova cirurgia para retirada do material de síntese e tratamento da infecção. Refere 60 sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/08/2018

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau intenso do joelho D devido a limitação da flexo-extensão articular (10 e 90 graus). - Agravamento em relação a limitação articular anterior. Vítima já indenizada em 25% de 70% do MID, portanto, será acrescentado na tabela de danos apenas o valor a indenizar restante. 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 joelho	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75

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: 3170219886

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Data do acidente: 04/06/2016

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do planalto tibial D e fibula D

Descrição do exame médico pericial: Claudicação leve. Retração cutânea em região anterior do joelho e perna direita. Mobilidade do joelho D Adm: 0 - 90 graus.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico através de fixação com placa e parafusos. Seguido de fisioterapia. Já retirado material de síntese.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/04/2018

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau leve do membro inferior devido a repercussão funcional do membro (retração cutânea na perna e joelho direito, limitação moderada da flexão do joelho).
Vítima já indenizada em 25% de 25% do joelho, portanto, será acrescentado na tabela de danos apenas o valor a indenizar restante.
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 16 %	11,2%	R\$ 1.512,00
Total			11,2 %	R\$ 1.512,00

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:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

DEPARTAMENTU DE SINISTRÓS

: FVAF

CONFIDENCIAL NAO VERIFICADO

21 DEC 2018

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)				GEITE SEGURADORA S.A. Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 54501-160	
Nome: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA					
Nacionalidade: BRASILEIRO		Estado Civil: SOLTEIRO		Profissão: LAVADOR	
RG: 2.766.054	Org. emissor: SSP-PI	D. Expedição: 2 10 15		CPF: 028.748.473-48	
Endereço: LC CAPIVARI S/N				Nº	Bairro: KURUMI
Cidade: CABECEIRAS DO PIAT			Estado: PI	CEP: 64.105-000	

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: MARIA DE PATILMA DE PAIVA BRASIL			
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: DIVORCIADA	Profissão: DIV. PROFESSORA	
RG: 684.903	Org. emissor: SSP-PI	D. Expedição: 16/09/15	CPF: 705927.213-53
Endereço: RUA BOA VISTA		Nº: 497	Bairro: CEDRO
Cidade: MONSENHOR GIL		Estado: PI	CEP: 64.450-000

Pelo presente Instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IMI, Autorização de Pagamento de indenização do SeguroDPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima LINDO MAR

FILMÍNO DE SOUSA Acidente ocorrido em 04/06/2016

Local / data: TERESINA, PI - 04/10/2016

~~Systeme Famine de souca~~

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

PRIVAT

COMPROVAÇÃO NÃO VERIFICADO

20 DEC 2016

LEONTE SEGURO S.A.

1992 Felix Pacheco, 2004 Lofa 104

Centre : CEP 64001-100

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

[illegible]

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)				GENTE SEGURADORA S.A. Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-160	
Nome: <u>LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA</u>					
Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>		Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>		Profissão: <u>LAURADOR</u>	
RG: <u>2.766.054</u>	Org. emissor: <u>SP-PI</u>	D. Expedição: <u>12/10/15</u>	CPF: <u>028.748.473-48</u>		
Endereço: <u>LC CANVARA S/N</u>			Nº	Bairro: <u>REIAL</u>	
Cidade: <u>ARBACELEAS DO PIAUI</u>			Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64.505-000</u>	

OUTORGADO: (Dados do procurador)					
Nome: <u>MARIA DE PATIMA DE PAIVA BRASIL</u>					
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>		Estado Civil: <u>DIVORCIADA</u>		Profissão: <u>PROFESSORA</u>	
RG: <u>684.903</u>	Org. emissor: <u>SP-PI</u>	D. Expedição: <u>16/09/15</u>	CPF: <u>705927.213-55</u>		
Endereço: <u>RUA BOA VISTA</u>			Nº <u>197</u>	Bairro: <u>CEPRO</u>	
Cidade: <u>MONSENAHOR GIL</u>			Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64.450-000</u>	

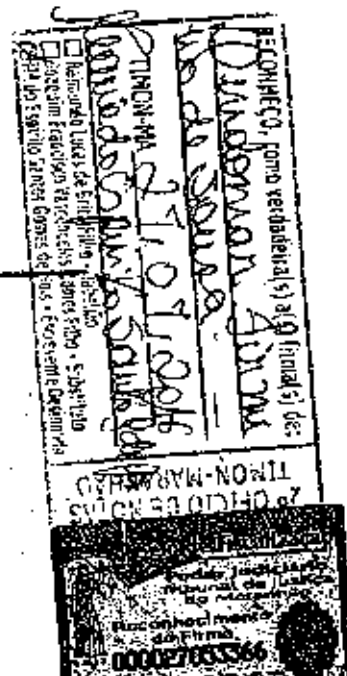
Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA Acidente ocorrido em 04/06/2016

Local / data: TERESINA, PI - 04/10/2016



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
CONTENDO NÃO VERIFICADO	
4 0 DEZ 2016	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-160	

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2017

Carta nº: 10903846

A/C: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Sinistro: 3170219886 ASL-0149839/17
Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
Data Acidente: 04/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2017

Carta nº: 10997330

A/C: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Sinistro: 3170219886 ASL-0149839/17
Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
Data Acidente: 04/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

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: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003436

Conta: 0000019403-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Sinistro: 3170219886
Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
Data do Acidente: 04/06/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

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 3170219886** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2018

Carta nº: 12756418

A/C: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170219886
Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
Data do Acidente: 04/06/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

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: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.512,00

Banco: 104

Agência: 000003436

Conta: 0000019403-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.512,00

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

Graduação: Em grau residual 16%

% Invalidez Permanente DPVAT: (16% de 70%) 11,20%

Valor a indenizar: 11,20% x 13.500,00 =	R\$	1.512,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Sinistro: 3170219886
Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
Data do Acidente: 04/06/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

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 3170219886** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Carta nº: 13327214

A/C: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170219886
Vítima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
Data do Acidente: 04/06/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

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: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA

Valor: R\$ 168,75

Banco: 104

Agência: 000003436

Conta: 0000019403-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	168,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%

Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 =	R\$	168,75
--	-----	--------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
Nº Sinistro: 3170219886
Vitima: LINDOMAR FIRMINO DE SOUSA
Data do Acidente: 04/06/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170219886**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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 13413789

