

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: 14/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCO GOMES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000107393-0

Nr. da Autenticação 4237127AD670EF96



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.643.748/0001-89 / Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
consulte, informe
ou peça NÚMERO

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal: 022710748

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
JUNHO/2019
VENCIMENTO
13/06/2019

CONTÍNUO (kWh) 306
TOTAL A PAGAR (R\$) 310,98

CICERO SARMENTO PEREIRA
AV. ITO GIL MARTINS 1949 1901 TABULETA
CPF: 00010562630349

Atual: TERESINA
Anterior:

Constante de Multiplicação: 54416
Consumo Medido: 54110
Consumo Faturado: 1,000
Forma de Faturamento: 306

DATA DA LEITURA

Atual:
Anterior: 06/06/2019
Próxima Leitura: 07/05/2019
Emissão: 08/07/2019
Aprovação: 05/06/2019
Data de Consumo: 06/06/2019

Classe de Classe: NORMAL
Ligação: Número Medidor: Posto: Código Pat. 30

RESUMO DE MÊS

Mês/Ano	Consumo
MAI/19	186
ABR/19	141
MAR/19	130
FEV/19	145
JAN/19	505
DEZ/18	884
NOV/18	813
OCT/18	1024
SET/18	857
AGO/18	732

CONSUMO: 306 A R\$ 0,927089 = 283,68
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 22,88
CORRECAO MONETARIA IG 04/19-05 1,09
MULTA POR ATRASO 04/19-05 2,44
JUROS POR ATRASO 04/19-05 0,89
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,44

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

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

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO MENSAGEM

Mes/Ano 05/2019
Valor R\$ 173,75

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/06/2019, caso não pagamento por 30 dias. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 16 15 20 25

RESUMO AO FISCO

Distribuição:	
Energia:	55,79
Transmissão:	107,80
Encargos:	18,23
Tributos:	8,92

Base de Cálculo:	
Alíquota ICMS:	283,68
Valor do ICMS:	27,00%
Valor do PIS:	76,59
Valor do COFINS:	2,91

Índice de Continuidade	
5,04	10,15
30,30	3,43
6,85	13,70
2,86	

TERESINA

04/2019

COMPANHIA ENERGIA DO PARANÁ
Av. Marquês 759 - Centro - Curitiba - PR
CNPJ: 06.540.746/0001-91 Insc. Estadual: 8.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - SA e B-1
Regime especial de Imposto de Renda - Lei 9.250/96

Nº da Nota Fiscal 023634305

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEL foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de dezembro de 2002.

01/01/2019	02/07/2019	154	132,37
------------	------------	-----	--------

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 CENTRO
CPF: 00059287125326
CEP: 64.002-470 Terecina

ROT: 17 01 31 11 020100

Atual:	13221	25/06/2019
Anterior:	13067	24/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	25/07/2019
Consumo Medido:	154	24/06/2019
Consumo Faturado:	154	25/06/2019
	FCAM	

Consumo Faturado: 154 kWh Valor da Energia: R\$ 132,37

Class/Subclasse	Localização	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Média 12 meses
RESIDENCIAL	VRNO	A1484335		1.1.1.1	160

Mês/ano consumo	Consumo	Valor
MAI/19	140	R\$ 11,41
ABR/19	143	R\$ 11,41
MAR/19	153	R\$ 12,15
FEV/19	204	R\$ 16,42
JAN/19	133	R\$ 10,78
DEZ/18	136	R\$ 10,92
NOV/18	160	R\$ 12,80
OUT/18	138	R\$ 11,04
SET/18	174	R\$ 14,04
AGO/18	126	R\$ 10,18

TARIFA DE TRIBUTOS:
R\$ 134 - R\$ 11,49

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0700 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 03 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos débitos vencidos
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCAL: 26AL 502E 27C7 A255 0005 C311 090C 1DE6

Distribuição:	27,81	Base de Cálculo:	132,37	103,25
Energia:	53,75	Alíquota/CM:	22,62%	
Transmissão:	2,09	Valor do CM:		29,12
Encargos:	4,45	Valor do EIC:	1,45%	1,45
Instituições:	37,27	Valor do COFINS:	6,41%	6,70

	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
	0,00			0,00			0,00

ROT: 17 01 31 11 020100

COMPANHIA ENERGIA DO PARANÁ
Av. Marquês 759 - Centro - Curitiba - PR
CNPJ: 06.540.746/0001-91 Insc. Estadual: 8.301.383-5

SEU CÓDIGO

0051867

TOTAL A PAGAR - R\$

153,03

MÊS FATURADO

06/2019

VENCIMENTO

02/07/2019

Nº da Nota Fiscal: 023634305

FCAM

83660000001 9 53030017000 4 000000000051 3 85700619008 8



SEQ.: 00143 UC: 0051867-0 DT. LEIT.: 25/06/2019 T. ENTR.: 03
LEITURA: 13221 NORMAL TOTAL: 153,03 CARGA: 010
DT. VENC.: 02/07/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Terecina-PI

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consulta sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 322 81 93 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Ismael de Jesus dos Santos

RG nº 357 2741, data de expedição 01/10/13

Órgão SSP Piauí, portador do CPF nº 061 707 353-84

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Alex Diniz, nº 1694

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Glauco Gomes Vieira, cujo o condutor era

Glauco Gomes Vieira

Veículo: Moto Modelo: Fan 150 Ano: 2014

Placa: PID 0725 Chassi: 9C2KC1680ERS76731

Data do Acidente: 15/04/18

Local e Data: 08/07/2018

Ismael de Jesus dos Santos

Assinatura do Declarante

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Trigueira, 1223 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (081) 3213-0188 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Tribunal: Justiça Estadual de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ISMAEL DE JESUS DOS SANTOS DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 08/07/2019. www.tjpi.jus.br/portalexta. Selo: AAD59674-9AR1

Jessica Aline de Meneses Silva ESCRIVENTE AUTORIZADA Em: 13/05/2019 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 303 DECL DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEL DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Jessica Aline de Meneses Silva Escrivente Autorizada Teresina-PI



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

NOME DO PACIENTE: Glauco Gomes Vieira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 366440

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: GLAUCO GOMES VIEIRA	Prontuário: 366440		
Mãe: MARIA HELENA GOMES VIEIRA	Pai:		
End. Resid.: AV GIL MARTINS 1848 - REDENÇÃO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 09/05/1985	Idade: 33a11m5d	Sexo: Masculino	Fone: 86-3229 -2731
Responsável: GLAUCO GOMES VIEIRA	CNS: 700302996228032		
Profissão:	Documento: Reg.Nasc: nao informado		
G. Instrução: Não alfabetizado	E.Civil: Solteiro(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 716926	Entrada: 14/04/2019 10:21:05	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve história Clas. Risco: PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM TÍBIA DIREITA SEGUE COM DOR E EDEMA LOCAL. SAT 9% G:15		HELENILSA CARVALHO DE SOUSA COREN - 307586 Em: 14/04/2019 10:26:16

SSVV: (Hora: ____:____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA EM MID, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA

Diagnóstico Inicial:
?

Exames Complementares:
(1194685) - PERNA DIREITA

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto) DATA: / / HORA:

Assinatura do paciente ou responsável
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEOT 12409
LEOCÁDIO SOARES DA SILVA
CRM-PI 4468 Em: 14/04/2019 10:35:59

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

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

CID:



Fundação Municipal de Saúde



MÉDICO ASSISTENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENF. OU AP LEITO

CLÍNICA

PRONTUÁRIO

Ortopédica

366440

NOME DO PACIENTE

GLAUCO GOMES VIEIRA

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES / ALERGIAS

14/04/19

1 DIETA ZERO

2 SF 0,9% 1000 ml EV P/ 24H

3 DIPIRONA 1G EV DIL 6/6H

5 TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H

6 TRAMADOL 100MG DIL EV 8/8H

7 OMEPRAZOL 1 AMP EV 1X DIAS

8 SV + CG

9

*19 de 2022
(11:20)*

Dr. [2023] [2023]
ORTOPÉDICA / INJUNTA
CRM-PI 4488 - TCO 12.888

Kassia Jussara Pinheiro Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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



Fundação Municipal de Saúde



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	EN.F. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
GLAUCO GOMES VIEIRA	366440	Ortopédica			
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES / ALERGIAS		
14/04/19					
1	DIETA ZERO				
2	SF 0,9% 1000 ml EV P/ 24H				
3	DIPIRONA 1G EV DIL 6/6H				
5	TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H				
6	TRAMADOL 100MG DIL EV 8/8H				
7	OMEPRAZOL 1 AMP EV 1X DIAS				
8	SV + CG				
9					

Kassia Juliana Pinheiro Cavalcante
Matriculada: 68804
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Leocádio Soares
Ortopedia / traumatologia
Cra-01-1488 - TEOT 1093

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



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

196923

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**236960****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **GLAUCO GOMES VIEIRA**

6 - Prontuário: 366440

7-CNS: 700302996228032

8-Nascimento: 09/05/1985

9-Sexo: **Masculino**11-Mãe: **MARIA HELENA GOMES VIEIRA**

12-Fone: 86-3229 -2731

13-Resp: **GLAUCO GOMES VIEIRA**14-Cor: **Preta**End: **AV GIL MARTINS 1848 - REDENCAO - CEP: 64000-010**16-Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: **PI**

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PERNA D

21 - Condições que justificam a internação:

TTO CIRURGICO

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

EX FISICO + RX

-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tibia

24-CID Prin:

S822

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050500**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA**

Tempo SUS

4

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02**01**

CPF

892.673.703-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LEOCÁDIO SOARES DA SILVA**14/04/2019****Dr. Leocádio Soares**
CLÍNICA / TRAUMATOLOGIA
R. Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

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:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (LEOCADIO)

Consulta Local: 716926

Consulta SUS:

Impressão: 14/04/2019 10:59:58

Elizangela de Costa Sales Bezerra

**COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS**

01 placa DCP 415 Estruta
08 parafusos

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

Dr. Leocadio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-DI 446X - TEOT 12409

Data: 14/04/19

Matrícula: 68804
SANE - MUT
CONFERE COM O ORIGINAL

responsável pelo Preenchimento



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 15 JUL 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-420 Teresina-PI
--

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	3-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	236960

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: GLAUCO GOMES VIEIRA	6 - Prontuário: 366440
7-CNS: 700302996228032	8-Nascimento: 09/05/1985
11-Mãe: MARIA HELENA GOMES VIEIRA	9-Sexo: Masculino
13-Resp: GLAUCO GOMES VIEIRA	12-Fone: 86-3229 -2731
15-Ender: AV GIL MARTINS 1848 - REDENCAO - CEP: 64000-010	14-Fone: 86-3229 -2731
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
31-Cod.Procedi-mento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)
	Quant. Soli-cidata: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA	

38-Profissional Responsável: LEOCÁDIO SOARES DA SILVA	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Leocádio Soares ORTOPEDIA / FISIOTERAPIA CRM-PI 4408 - TEOT 12409 41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: 14/04/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 892.673.703-91	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

OSTEODISINTOMIA DE TÍBIA

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) CONFIRMAÇÃO ORIGINAL LANTONIO EURIVAN	



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/04/19

NOME DO PACIENTE: <u>Glauco Gomes Vieira</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>366440</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Leocádio</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Dr. Bergiete Barbosa Bezerra</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Bergiete Barbosa Bezerra</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Augusta</u>	CPF Nº:



MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	30	
ALCOOL 70%	ML			PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Escovas</u>	unid	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA		05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Elisangel</u>		02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Oregon</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	3.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: <u>Elisangel</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

GRAUO Gomes Vitoria

Diagnóstico pré-operatório

FRAT. DIAF. TIBIA (D)

Operação - Tipo

RAFI

Cirurgião

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEUT 12409

1º Assistente

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra

2º Assistente

3º Assistente

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3349

Instrumentador(a)

Anestesiista

Dr. José Roberto

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

14/2/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Lavagem em SDA, ash antiseptico com MDS pastado.
- 2) Anestesia + bloqueio Antisseptico com tempo 10 min.
- 3) Incisão antero-medial + dissecção + RAFI com placa DEP inferior e superior.
- 4) FMC com SDO, 5% e fixação por placa anti-pla.
- 5) Curativo e antisséptico com BPD.
- 6) A SIDA

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TEUT 12409

HUT
HUT
HUT

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO																																																																																																														
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																																																													
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA																																																																																																													
EXAMES DE URINA																																																																																																																			
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA																																																																																																																			
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																																																																																																														
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE																																																																																																													
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO																																																																																																															
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS																																																																																																													
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS																																																																																																														
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS																																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th colspan="2">OXIGÊNIO</th> <th colspan="2">TOTAL DE DOSES</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">LÍQUIDOS</td> <td>SO-UTO</td> <td>500</td> <td></td> <td rowspan="4"> DEPARTAMENTOS DE DPVAT CONTEÚDO NÃO VER 16 JUL 2018 GENTE SEGURADOR Rua Coelho de Resende, 40 Centro-Norte CEP: 64.0 SEQUÊNCIA PI </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SANGUE</td> <td>400</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>300</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>200</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">TEMPERATURA T</td> <td></td> <td>260</td> <td></td> <td rowspan="2"> 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>240</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P. ARTERIAL V O PULSO</td> <td>38</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>200</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">INÍCIO E FIM ANESTESIA X</td> <td></td> <td>180</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>160</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</td> <td></td> <td>140</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">RESPIRAÇÃO O</td> <td></td> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES				1	2			LÍQUIDOS	SO-UTO	500		DEPARTAMENTOS DE DPVAT CONTEÚDO NÃO VER 16 JUL 2018 GENTE SEGURADOR Rua Coelho de Resende, 40 Centro-Norte CEP: 64.0 SEQUÊNCIA PI			SANGUE	400				300				200			TEMPERATURA T		260		2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			240			P. ARTERIAL V O PULSO	38	2					200				INÍCIO E FIM ANESTESIA X		180					160				INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		140					120				RESPIRAÇÃO O		100					80						60						40						20						10			
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES																																																																																																															
		1	2																																																																																																																
LÍQUIDOS	SO-UTO	500		DEPARTAMENTOS DE DPVAT CONTEÚDO NÃO VER 16 JUL 2018 GENTE SEGURADOR Rua Coelho de Resende, 40 Centro-Norte CEP: 64.0 SEQUÊNCIA PI																																																																																																															
	SANGUE	400																																																																																																																	
		300																																																																																																																	
		200																																																																																																																	
TEMPERATURA T		260		2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15																																																																																																															
		240																																																																																																																	
P. ARTERIAL V O PULSO	38	2																																																																																																																	
		200																																																																																																																	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		180																																																																																																																	
		160																																																																																																																	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		140																																																																																																																	
		120																																																																																																																	
RESPIRAÇÃO O		100																																																																																																																	
		80																																																																																																																	
		60																																																																																																																	
		40																																																																																																																	
		20																																																																																																																	
		10																																																																																																																	
SÍMBOLOS																																																																																																																			
TÉCNICAS																																																																																																																			
OPERAÇÕES																																																																																																																			
CIRURGIÕES																																																																																																																			
ANESTESISTAS																																																																																																																			
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																																																																																																			
PARTICULARIDADES																																																																																																																			



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **017.997.373-81**

Nome: **GLAUCO GOMES VIEIRA**

Data de Nascimento: **09/05/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **05/02/2004**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **09:33:38** do dia **16/07/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3A30.2EA9.398A.4FBB**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




0501401

Keylly Moura de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
BARÃO DE GRAJAU-MA DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

DOC. ORIGEM
CERT.NASC. 39751 V 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/1999

TERESINA - PI
839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190430255 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUCO GOMES VIEIRA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (PÁG 6,7 E 9).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

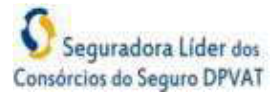
Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239815/19

Vítima: GLAUCO GOMES VIEIRA

CPF: 017.997.373-81

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLAUCO GOMES VIEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GLAUCO GOMES VIEIRA : 017.997.373-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430255

Vítima: GLAUCO GOMES VIEIRA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLAUCO GOMES VIEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190430255 Vítima: GLAUCO GOMES VIEIRA

Data do Acidente: 14/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESEMPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.997.373-81 4 - Nome completo da vítima: Glaucio Gomes Vianna

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

5 - Nome completo: Glaucio Gomes Vianna 6 - CPF: 017.997.373-81
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Av. Gil Martins 9 - Número: 5809 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mucamba/Tabuleto 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: Piau 14 - CEP: 64.019.630
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 5606 013 CONTA: 107393 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que ☒ assinarei uma das opções:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na perícia realizada pela Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou descendente (vã nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina, Piauí, 15.07.19

Glaucio Gomes Vianna

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Kelly Manoel de Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Sá, 155 Loja C
Bairro: Centro CEP: 64.002-470
Teresina - PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU

DATA: 08/07/2019

HORA: 08:44:50

TERMINAL: 20041026

CONTROLE: 200410260066

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1506, 013.00107393-0

NOME: GLAUCO GOMES VIEIRA

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002564/2019-63

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 09/07/2019 - 12:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

534981

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

14/04/2019 - 10:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

REDENÇÃO

Endereço

RUA DR. OTTO TITO, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

HUT

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GLAUCO GOMES VIEIRA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 369146244 SP

Mãe: MARIA HELENA GOMES VIEIRA

Endereço: RUA BARROSO, Nº 1838

Bairro: VERMELHA

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG150 FAN ESDI, PLACA PID-0725-PI, COR PRETA, RENAVAM 1045049791, PROP. DE ISMAEL DE JESUS DOS SANTOS, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 366440). TESTEMUNHA: CICERO SARMENTO PEREIRA, AV. IND. GIL MARTINS, 1949-TABULETA. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.



Narceiza De Maria Chato Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Glauco Gomes Vieira
GLAUCO GOMES VIEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DE PESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.997.373-81 4 - Nome completo da vítima: Glaucio Gomes Vieira

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

5 - Nome completo: Glaucio Gomes Vieira 6 - CPF: 017.997.373-81
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Av. Gil Martins 9 - Número: 5809 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mocauba/Tubulota 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PIAUI 14 - CEP: 64.059.630
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 994729591

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO INFORMAL ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5606013 CONTA: 1073930
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinarei uma das opções:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, e o dispor do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(v)nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Teresina, Piauí 15.07.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Glaucio Gomes Vieira

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Kelly Moura de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):