

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Heijo Lima de Andrade,
RG nº 1788129 PI, data de expedição 03/10/09
Órgão SSP, portador do CPF nº 645 701 073 81 com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av: Eng. Alvaro de Noronha, nº 3403
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 Ómerson Lucas Lima Pereira cujo o condutor era
Raimundo Cesar Marques de Araujo

Veículo: Agele
Modelo: Chevrolet Agele
Ano: 2011
Placa: N15 2268
Chassi: BAGCN48X0BR 148388
Data do Acidente: 22-09-2018
Local e Data: Av. Marechal de Castilho Branco
Teresina 27/10/18



Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Cartório
Themistocles Cardoso
Teresina - PI

TERESINA-CANTO 2º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANAELZA GONÇALVES DE SAMBENO PEREIRA
RUA LINDOLFO NOGUEIRA, 100 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (86) 3221-7880 • E-mail: anaelza@teresina.mtsp.gov.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: HEIJO LIMA DE ANDRADE, DOU
DA VERDADE, TERESINA-PI, 27/09/2018, Emol. 23.71
FE. EM TEST. DA
TJ:0049 Selos nº 37816 (Total 14,71 Selos) RJ 19/77
JUDITE DE CASTRO ORLANDO - Procuradora Autorizada

Tabelia Encravento autorizado





Dados do Chamado	01 Nº do chamado <i>5552</i>	02 Data do chamado <i>22/08/2018</i>	03 PRO (código) <i>2500</i>	04 Saída de PA <i>23/08/2018</i>	05 Chegada ao local <i>23/08/2018</i>			
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>23/08/2018</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>23/08/2018</i>	08 Saída do 1º hospital <i>23/08/2018</i>	09 Chegada ao 2º hospital <i>23/08/2018</i>				
Dados do Paciente	10 Endereço <i>monchique - Branca</i>	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE				
	13 Ponto de referência							
	14 Nome <i>Emerson Lucas Lima Pereira</i>	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado						
	16 Idade <i>28</i>	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência <i>HUT</i>	01 Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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			
Acidente de Transporte	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro _____ 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>				
Exame Físico	23 Glasgow = <i>15</i>	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais P脉搏 <i>72</i> Resp. _____ PA _____ TAX. _____ SatO2 <i>99</i>	25 Local da lesão			
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor <i>+</i> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa 10				
Hospital de Destino	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) _____ b) _____	32 Hospital de Destino <i>HNT</i>	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 02 JAN. 2019	Não Removido GENTE SEGURO S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C CEP: 6402470
Observações Interdisciplinar	<p>Paciente vítima de colisão entre carro e moto com trauma contuso em antebraço. Evolui com dor, deformidade e limitação de movimento. Conscious e orientado.</p> <p>CONFERE COM O ORIGINAL <i>Vilma R. Santos</i> <i>Mariânia Veloso Cantanhede</i> Gerente Administrativa SAMU</p> <p><i>Glauco Rocha Silva</i> MEDICO CRM: 01.7110 Responsável pela recepção</p> <p><i>Socorristas</i> Médico CRM: 01.7110 AE/TE <i>Jair</i></p> <p><i>Enfermeiro</i> Conduzor <i>Joca</i></p>							

Milton



NOME DO PACIENTE: Emerson Lucas Leima Pereira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 489 225

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".

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



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA		Prontuário: 489225
Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA	Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA	
End. Resid.: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 30/07/1990	Idade: 28a1m24d	Sexo: Masculino Fone: 86-99456-5426
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão: SEGURANÇA	CPF:	* RG: -
G. Instrução: Não informado	E.Civil:	Comcubinato
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685632	Data: 22/09/2018 23:57:52	Condução: AMBULÂNCIA DO SANGUE
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: SUDS
Acid. Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V499

DADOS CLÍNICOS:

Acidente envolvendo paciente automobilista (consciente). Não perde consciência.

- A - Unha morna clara
- B - Dorsalite fisiológica
- C - GNF, abdome mole, pulso rítmico
- D - Pupilas + normais (fotossensível, olhar fixo)
- E - Sintomas de boca, dor, visões, dores no estômago. Unhas

PA _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ RA: bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ex. Antibiograma D / Bruce
Ortopedia

Técnico: _____
Glaucia Costa e Silva
DATA: 22/09/2018
PROFISSIONAL: _____
CONFERE COM O ORIGINAL

<u>ALTA:</u>	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA:</u> / / - / / - / / <u>HORA:</u> : :
	<input type="checkbox"/> A Pedido		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
<u>ÓBITO:</u>		<u>DESTINO:</u>	<u>Proced. Solicitado:</u>
<input type="checkbox"/> Até 24 Hs		<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs		<input type="checkbox"/> IMT	<input type="checkbox"/> Exames
<input type="checkbox"/> Após 48 Hs		<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input type="checkbox"/> Prof. Solicitante
			<u>Internação:</u>
			<i>Kleusa Juracy Falcão da Silva</i> <i>Medicina - UFRN</i> <i>SAAE - HUT</i>
			<i>CONFIRME COM O ORIGINAL</i>

Assinatura Paciente ou Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Carimbo- Assinatura Profissional - BE

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64012-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 23/09/2018 00:00:58
(PATRICIA MESQUITA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA		Prontuário: 489225
Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA	Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA	
End. Resid.: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 30/07/1990	Idade: 28alm24d	Sexo: Masculino Fone: 86-99456-5426
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão: SEGURANÇA	Documento:	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Comcubinato	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685632	Data: 22/09/2018 23:57:52	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL	Convênio:S U S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 23/09/18 : ESPECIALISTA: *Osteopatia*
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Doen - braç D e dor C
apni traz.
Doen: Edema e dor -
braç D. Numerarante Ok*

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1 :
*Rx: gravata com
CD: Intervi p/
ang.*

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/1 : ESPECIALISTA: *Dr. Cláudia Oliveira*
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:
Ortopedico tratamento

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1 :

 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



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



HOSPITAL DE URGENCIA DE TEREZINA

Rua Dr. Ovídio Tito 1620 Residencial - Fone: 86-3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNPJ: 05.552.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 15224 - Em: {26/09/2018}

Internação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:
223444	405225	EMERSON LUCAS LIMA FERREIRA	On top
Evolução:			
Alergias:			
Diagnóstico/Comorbidades:			

Hoya! 
Vonkawo.

486

10

10

Diagnóstico/Comorbidades

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Dieta ORAL TIPO LIVRE, ✓
LARVACIONAL DISCO
LIN 4322

100

1
CLORETO DE SODIO 0,9% (SÓRIO FÍSIOLOGICO)
500ML SIST. FECHADO

卷之三

TENOXICAM 2.0MG/ML, PO P/SOL. INT.

1.00 Angola EV 12/12h

4 BANITIDINA 25MG/ML. INJ. C/2ML.

50,00 mg EV 12/12h

Observações detalhadas:

NISTRO

10

VERIFICADO
2019
DORA S.A.
de,465 Loja
P: 64.002470
documentos e com-
bilader.

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

BY VAI

02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.000-2470



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

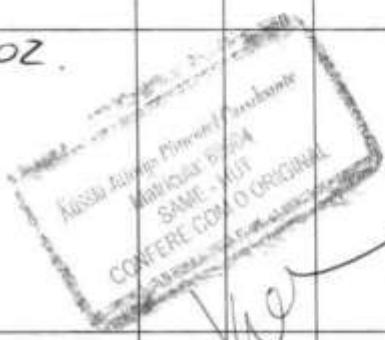
DATA 27/09/18

NOME DO PACIENTE	<u>Enauerlheus kum Peimpo</u>	PRONTUÁRIO N°	<u>489.225</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Histeria</u>	CIRURGIA:	<u>RAD cípico</u>
ANESTESIA:	<u>BPB</u>	Nº DA SALA:	<u>06</u>
CIRURGIÃO:	<u>LEANNUO</u>	CPF N°:	<u>167 786 998-41</u>
AUXILIAR:	<u>DJ. LUMIN</u>	CPF N°:	
ANESTESIA:		CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Lana</u>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA N°	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N°	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				DEPARTAMENTO DE SINISTROS	02.		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				DPVAT			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				CONTEUDO NAO VERIFICADO			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				02 JAN. 2019			
ALCOFIL				GENTE SEGURADORA S.A.			
MONONYLON	2.0	03		Rua Coelho de Resende, 465 Loja C			
FITA UMBILICAL				Centro - Norte CEP: 64.002-470			
VICRYL	0	02.		ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:	lauz.		

MOD - 094





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Emerson Lucas Lima Dutra		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura aberta de braço direito		
Operação - Tipo	DRAM cl placa e nesofix		
Cirurgião	Leandro	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	27.9.18	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista	<p>Grande dificuldade tecnicamente com o volume do braço e a complexidade das fraturas.</p>		
Acidente Durante a Operação			

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Abordagem RDT
limpeza e antissepsie; exposição
fratura total; desvanece nesofix
desvanece do nervo radial
limpeza e enxugado das fraturas
fixar cl placa e nesofix
infuso p/ placa
cicatrizar

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2608

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
02 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Dom Joaquim de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: EMERSON LUCAS LIMA DE SOUZA		Prontuário: 459225	Data: 27/07/18
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: 23	Peso: 80,5 kg	Altura: 1,68
Procedimento(s) proposto(s): FRACTURA DE ÚMERO		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
ANAMNESE			
1 - Patologias cardíocirculatórias	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
8 - Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
OBSERVAÇÃO GERAL: (ZMC = 77) CF > 40% T. CIN OS RISCO CV INCREMENTAL ETIUSMA SOCIAL			
EXAME FÍSICO			
PA: 160/90	P脉: 110 (<input type="checkbox"/> arritmico)	Mallampati: (1) (2) <input checked="" type="checkbox"/> (3) (4)	
1. Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Alterado:	
3. Neurológico	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
4. Abdome	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
5. Vias aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> Possível VAD		
6. Extremidades	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
EXAMES COMPLEMENTARES			
HB	TP / RNI	Uréia	
HT	TTPa	Creatinina	
Plaquetas	Glicemia		
ECG: TAQILÍCOPRÍA SÍNUSAL, SI SIVOLI RX Tórax			
ECO:			
ASA: I	Anestesia proposta: (<input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Outro: 110% ALTO DO PLETO PO ALVO INFERIOR + 50%)		
OBSERVAÇÃO DE CRPA:			
Anestesiologista:	CRM:	Dr. Alvaro Regis de C. Melo Anestesiologista CRM-PI 5386 / ROC 2836	

Nº 0172
CONFIRME CHAMADA
VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
0-2 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 61.002-171



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1520 - Redenção - Fone: 86-3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA** (Frontário: 488225)

Endereço: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 30/07/1990 Idade: 28a2m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 685632

Requisição: 876363 Solicitação: 23/09/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1085540 Convenio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 23/09/2018

BRACO DIREITO

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

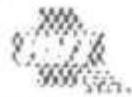
- Fratura oblíqua no terço distal do úmero.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/10/2018

Vera L. Rios
VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente: **EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA** (Prontuário: **489225**)
 Endereço: **RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **30/07/1990** Idade: **26a2m4d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERRAÇÃO** Atendimento: **223444**
 Requisição: **877762** Solicitação: **27/09/2018** Solicitante: **LEANDRO PONCE LEAL**
 Controle: **1087358** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 247

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 27/09/2018

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil os seguintes aspectos foram observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura oblíqua no terço distal do úmero, fixada por placa metálica.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/10/2018

Vera Lúcia Rios Araujo
VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.526.623-34 CRM - 1727
 Professional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3219 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA** (Frontuário: **488225**)

Endereço: **RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010**

Nascimento: **30/07/1990** Idade: **26a2m4d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **685632**

Requisição: **876533** Solicitação: **23/09/2016** Solicitante: **FÁBIO MARCOS DE SOUSA**

Controle: **1085539** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204040019**

Data Exame: **23/09/2016**

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/10/2016

Vera Lúcia Rios Araujo
VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável





PROBLEMS

1650253936

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO	21/10/14
2.212.129		
NOME		
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO		
EVA MOURA DA SILVA		
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA		
NATURALIDADE		
BARÃO DE GRAJAU-MA		
DOC. ORIGEM		
CERT. NASC. 39751 L 53A F 097		
EXP TERESINA-PI 27/08/99		
TERESINA - PI		
839.502.303-00	ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190008502 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190008502 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

PROCURACÃO PARTICULAR

(PREENCHER COM LETRAS LEGIVEIS E SEM RASURAS)

OUTORGANTE:

Name: Emerson Lucas Lima Pereira

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 3205306

CPF: 030.359.883-05

Profissão: Vigilante

Endereço: R. José Marques da Rocha, N° 3447 B. Mimoso

Cep: _____

Telefone: (86) 99472939

OUTORGADO:

Nome : Keylly moura de oliveira

Estado civil: Solteira

CPF:839.502.303-00

Profissão: Corretor (A)

Endereço: R:vinte e quatro de janeiro n:554 bairro : Centro THE-PI

CEP:64.018-650

Telefone : (86) 9-9472-9591 / (86) 9-8807-7820



Pelo presente instrumento particular da procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo assim estabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitido para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

Vitima Emerson laetus lima Pereira
Tirixia - Peru 30.10.18

LOCAL DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



TERESINA CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANAELIA GONÇALVES DE SÁMPAO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-202 - TERESINA-PI
Fone: (086) 321-7888 • E-mail: anaelia@terra.com.br

RECOMENDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA
DOL FE. EM TEST. NA VERDADE, TERESINA-PI, 30/10/2018.
Emerson.71 D.O.74 Selos Total 4.71 Selos 0881-145-5423 363)

JUDITE DE VASCONCELOS - trecento Autorizada



CARTOGRAFIA
NÉSTOR DE NOTAS
GR. OFICIO DE CASTRO
judita de Castro
Buenos Aires, 1911.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001401/19

Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

CPF: 030.377.883-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2018

Titular do CPF: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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

EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA : 030.377.883-05

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: 02/01/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

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

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190008502

Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

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



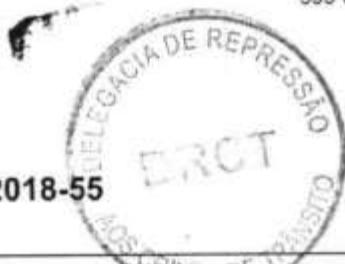




Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

595 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003806/2018-55



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

Data/Hora: 31/10/2018 - 15:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	495525	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO		22/09/2018 - 23:20
Tipo Local		
VIA PÚBLICA		
Município	Bairro	
TERESINA	PRIMAVERA	
Endereço		
AV. MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº:		Ponto de Referência
Complemento		PONTE DA PRIMAVERA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA (28 ANOS)	Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 3205306 SSP PI	
Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA	
Endereço: RUA JOSÉ MARQUES DA ROCHA, Nº 3384	
Bairro: BUENOS AIRES	
Cidade: TERESINA	

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO COMO PASSAGEIRO DE UM VEÍCULO I/CHEVROLET AGILE LTZ, COR PRATA, PLACA NIS-2268-PI, DE PROPRIEDADE DE HELIO LIMA DE ANDRADE E CONDUZIDO POR RAIMUNDO CÉSAR MARQUES DE ARAUJO, QUANDO SE ENVOLVEU NUMA COLISÃO COM UM AUTOMÓVEL FIAT UNO QUE INVADIU A PREFERENCIAL; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 489225); QUE, HOUVE PERÍCIA NO LOCAL. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

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

Emerson Lucas Lima Pereira
 EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA (28 ANOS) - Noticiante
 Responsável pela Informação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

030.344.883-05 Emerson Lucas Laima Pereira

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

Nome completo:

Emerson Lucas Laima Pereira

CPF:

030.344.883-05

Profissão:

Vigilante

Bairro:

Memória

E-mail:

Endereço:

Rua José Marques da Rocha

Cidade:

Teresina

Estado:

Piauí

Número:

3447

Complemento:

CEP:

1861994729591

TeL (DDD):

(86) 994729591

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0023 013** CONTA: **10416 3**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 (assinalar uma das opções):

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Olive
02 JAN. 2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na identidade da pessoa, nº. de identificação: 455, Loja C permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou comp. (herdeiro(a)): Sim Não Se a vítima deixou comp. (herdeiro(a)), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 declaração 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.

Local e Data: **Teresina - Piauí 20.12.18**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Emerson Lucas Laima Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Kelly Souza de Oliveira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



Dados do Chamado	01 N° do chamado 3352	02 Data do chamado 22/01/2018	03 PRO (código) 2500	04 Saída de PA 23/01/2018	05 Chegada ao local 23/01/2018
Local da Ocorrência	06 Saída do Local 23/01/2018	07 Chegada ao 1º hospital 23/01/2018	08 Saída do 1º hospital 23/01/2018	09 Chegada ao 2º hospital 23/01/2018	
Dados do Paciente	10 Endereço monchique - Brancas	11 Bairro	12 Município-UF Pi	Código IBGE 00000000000000000000000000000000	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome Emerson Lucas Lino Pereira	15 Sexo M	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade 28	1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência HUT	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais P脉搏 72 Resp. 99 PA 99 TAX. 99 Sat02 99	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa 10	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos	<input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>	OPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO D 2 JAN. 2019
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>	Não Registrado GENTE SEGURO S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C CEP: 64.024-070	
Observações Interdisciplinar	<p>paciente intérino de colisão entre veículos com trauma contuso em antebraço evolui com dor, deformidade e limitação de movimento. Conserva orientação</p> <p>CONFIRME COM O ORIGINAL Márcia R. Santos Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU</p>				
	Glaucio Rocha de Silva MÉDICO CRM 7110 Responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor	Joa	



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA		Prontuário: 489225
Mãe:	MARINILDE RODRIGUES DE LIMA	Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA
End. Resid.:	RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento:	30/03/1990	Idade: 28anos24d
Responsável:	O MESMO	Sexo: Masculino Fone: 86-99456-5426
Profissão:	SEGURANÇA	CNS:
G. Instrução:	Não informado	CPF: * RG: -
End. Local.:	- - -	
E.Civil:	Comcubinato	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685632	Data: 22/09/2018 23:57:52	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S D S
Acid. Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V499

DADOS CLÍNICOS:

Acidente vítima de acidente automobilístico (cont x contra). Não perdeu conscientia.

- A- visão clara
- B- respiração regular
- C- GNF, abdome macio, pele sem lesões
- D- Pupila + (bilateral) i (fibrilante), circunfer. 15
- E- Vertebral, braço, dor, exame negativo, dor no antebraço direito

PA X mmHg	P脉: _____	FC: / / bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: DATI-BR			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ex. Antibiótico N / Braco
Ortopedia

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
ÓBITO:		DESTINO:	DATA SAÍDA: / / HORA: : :
<input type="checkbox"/> Até 24 hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade	
<input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs	<input type="checkbox"/> IML	Proced. Solicitado:	
<input type="checkbox"/> Após 48 hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input type="checkbox"/> CID Compatível:	



Assinatura Paciente ou Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Carimbo- Assinatura Profissional - BE
DEVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
02 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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: 10/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 00000070716-3

Nr. da Autenticação 4F28A7C765694670

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SERI2 06/08

Nº da Nota Fiscal 012526278

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.456 de 26 de abril de 2002.

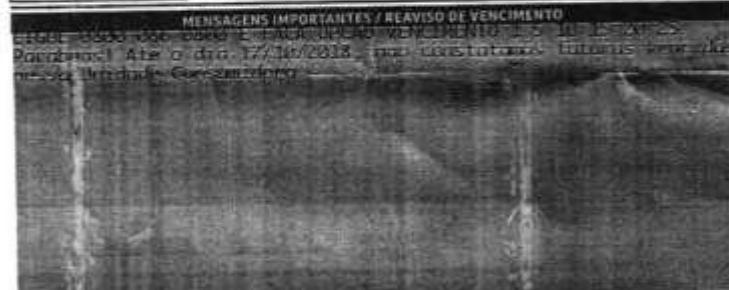
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2018	26/10/2018	151	137,35

MARINILDE RODRIGUES DE LIMA
R. JOSE MARQUES DA ROCHA 3447 3384 MEMORARE
CPF: 00081488777349
CEP: 64.009-100 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	5314		Atual:	18/10/2018
Anterior:	5363		Anterior:	18/09/2018
Constante de Multiplicação:	1.000		Próxima Leitura:	20/11/2018
Consumo Médio:	151		Emissão:	17/10/2018
Consumo Faturado:	151	FCAM	Apresentação:	18/10/2018

FORMATO DE LEITURA		TIPO DE LEITURA	DIAS DE CONSUMO
NORMAL	IRREGULAR		20
Formato de Leitura:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Post.	Média 12 meses
RESIDENCIAL RENDA	PRIMO	4100533300			151
HISTÓRICO kWh		DESCRIPÇÃO DA CONTA			
Set/18 175		CONSUMO 30 A R\$ 0,286549 = 8,59			
AGO/18 173		70 A R\$ 0,491412 = 34,39			
JUL/18 145		51 A R\$ 0,737111 = 37,59			
JUN/18 170		CONTR. ILUMINACAO PUB (COSIP) 7,00			
MAI/18 138		DIFERENCA DE TARIFA 45,36			
ABR/18 164		SUBVENCAO BAIXA RENDA 32,88			
MAR/18 160		DESC. S/MULTA PARCELAM. ESPECIAL 0,41			
FEV/18 155		DESC. S/JUROS PARCELAM. ESPECIAL 4,44			
JAN/18 132		DESC. S/COR. MON. PARCELAM. ESPECI 1,80			
DEZ/17 175		CANC. DESC. S/JUR. PARCELAM. ESPEC 8,88			
TARIFA SEM TRIBUTOS:		CANC. DESC. S/COR. MON. PARCELAM. E 3,60			
8 A 175 - 0,207526		CANC. DESC. S/MUL. PARCELAM. ESPEC 0,82			
31 A 175 - 0,465206		CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00 0,31			
181 A 51 - 0,533898		MULTA POR ATRASO 09/18-00 2,76			
		PARCELAMENTO DE DEBITOS 11/60 27,12			
		JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00 0,46			



RESERVADO AO FISCO C342.3873.8DFD.62A9.472D.5689.FC31.1BBD

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuidor:	26,04	Base de Cálculo:	125,95
Energia:	49,51	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	7,79	Valor do ICMS:	27,70
Encargos:	7,89	Valor do PIS:	1,24
Tributos:	34,70	Valor do COFINS:	5,76

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Mês	DIC		FIC		DMIC		D/CR	
	Monat	Bimestral	Monat	Bimestral	Anual	Monat	Bimestral	
Linhas	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03	
0,00			0,00			0,00		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

02 JAN, 2019



Aguas de
Teresina

CNPJ 27157474001107
Av. Presidente Dutra, 1005, Pq. 123 - CEP 64017-000, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 15 / (86) 98114-3199

TO 1.37
28181884118748

MATRÍCULA 13428373-2 FATURA Nº 152908410
MÊS/ANO 10/2018

NOME / ENDERECO
INHABITANTE MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO:
801-000-44-000060

CEUPO 001 NÚMERO DO HIDÔMETRO
Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS/ANO	TIPO	UDO	FATURADO
06/2018	Lído	81	18
08/2018	Lído	81	18
07/2018	Lído	81	18
06/2018	Lído	81	18
05/2018	Lído	82	18
04/2018	Lído	83	19

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA LECTURA
ANTERIOR 04/09/2018 125
ATUAL 04/10/2018 126

CONSUMO MÊS/M3

10

REF 12.7410018
PIS/PASEP 09.771.158-8.65
COFINS 09.771.158-3.82

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (0)

0 a 18	2,6918	50
18 a 25	4,9488	50
25 a 999999	6,5300	50

DESCRIÇÃO VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51 REF. 26,51
> Residencial-Normal 10,0 m3
VALOR DE ESGOTO - 13,26
> Residencial-Normal 10,0 m3 13,26

NÃO RES. INICIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (0)

► VENCIMENTO 16/10/2018 TOTAL A PAGAR 39,77

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/96, Art. 8º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	3.120	3.114	6	1,37	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	3.072	3.032	40	5,94	Inferior a 15,00
pH	3.096	3.039	57	6,87	6,00-9,50
TURBOID	3.122	3.096	26	1,04	Inferior a 5,00

CHARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	914	910	4	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	914	914	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 04/10/2018 HORA DA EMISSÃO: 11:07

TO 1.37 28181884118748

Aguas de
Teresina

MATRÍCULA 13428373-2

FATURA Nº 152908410
MÊS/ANO 10/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DRVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

02 JAN. 2019

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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 Keylly Menezes de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Emerson Lucas Leimor Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.377.883-05, do sinistro de DPVAT cobertura Inciviliz da Vítima Emerson Lucas Leimor Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.377.883-05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Vinte e Quatro de Janeiro</u>	Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP
Email	Telefone comercial (DDD) <u>(86) 994729591</u>	Telefone celular (DDD)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

Tereshne - PI, 20 de 12 de 18
Local e Data

Keylly Menezes de Oliveira
Assinatura do Declarante

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