

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190399661 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DOR E ESCORIAÇÕES NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190399661 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: DOR E ESCORIAÇÕES NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190399661

Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

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

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190399661

Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmi Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmi Carlos dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20
7 - Profissão: metalurgista 8 - Endereço: R. mango 9 - Número: 2732 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Parque Ilhares 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
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: 0029 CONTA: 280368
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (assinalar 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, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão da invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com o resultado da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 nascituro (vai 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 26/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmi Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmi Carlos dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20
7 - Profissão: metalurgista 8 - Endereço: R. mango 9 - Número: 2732 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Parque Ilhares 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
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: 0029 CONTA: 280368
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (assinalar 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, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão da invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com o resultado da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 nascituro (vai 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - (*) 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 26/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmo Carlos Dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmo Carlos Dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20

7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: R. mango 9 - Número: 2772 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Parque Iluminado 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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: 19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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 INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 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: 0029 CONTA: 280368

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 (assinalar 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, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da extensão das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 nascituro (vai 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 26/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 064	02 Data do chamado 01/10/18	03 PRO (código) 2902	04 Saída do PA 12:19	05 Chegada ao local 12:34
	06 Saída do local 12:51	07 Chegada ao 1° hospital 18:05	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua David Calder / Benjamin Constant	11 Bairro Centro	12 Município-UF Teresina - PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência U. E. LIGEM DIAUIENSE				
Dados do Paciente	14 Nome Acelmin Carlos dos Santos	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 38 Anos 18/02/80	1-Dia 2-Mês 3-Anos 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 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	
	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 Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 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 Pulso 80 Resp. PA 13x8 TAX. 98/7 SatO2 98/7	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim Exposta Fechada 2 - Não 3 - Suspeita
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)			
	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Igualado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	Polícia cava com motocicleta paciente resgatado por PM e rescues.				
	CONFERE COM O ORIGINAL Maurício Veloso Cantanhede Gerente Administrativo SAMU				

Responsável pela recepção
Dr. Henrique Rodrigues
CRM: 15167

Socorristas
Médico
AE/TE
Enfermeiro
Conductor

Enfermeiro
Conductor

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CUIDADO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Conde de Ruy, 455 - Lda C
Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-70

**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

CITOTECNIA - OK
NEUROLOGIA
Cirurgia

Imp: 01/10/2018 13:13:39

(User: REGISLANE)

(Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		Prontuário: 414097
Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS	Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS	
End.Resid.: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento: 18/02/1980	Idade: 38a7m11d	Sexo: Masculino Fone: 86-98808-3889
Responsável: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		CNS: 201261857720007
Profissão: AUTONOMO	CPF:	* RG: 172004
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DEPARTAMENTOS DE
- SSPPI DPVAT
CONTEUDO NÃO VERFI

27 JUN 2019

CENTRO SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 465 Lda
Centro-Norte CEP: 64.002-707
Teresina-PI**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 686997	Data: 01/10/2018 13:12:00	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Construção:
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de Poltrauma há 14, apresentando distúrbio de consciência. Aberto de lesão 5m.

(A) Das Ações Pervias e Colar Cervical estabilizando Cervical dolorosa

(B) Mu. sem Alteração a 54 99% (ar ambiente)

(C) AC: 3NF, RT e SR; PA: 130/90; P: 80bpm.

(D) Glaucoma 15 e Pupila miosírica fotoperigerosa

(E) Dor e Deformidade com MIE. a Dor abrandando a palpção.

FC:	Pulso:	Tempo: 01/10/2018
Diagnóstico Inicial:		Classe: 100
Conduta Médica:		U.S. abd. abd.

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

• Solicito Rx de cervical, torax, pelve. e MIE

US Abdomen.

• Solicito Glaucoma Capilar

Dr. H. B. B.

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar à Unid. Origem:
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência:
	☐ Inalterado	☐ Por Evasão	DATA SAÍDA: / /
	☐ A Pedido		HORA: :
ÓBITO:	☐ Até 24 Hs	☐ Família	☐ Internação na Unidade
	☐ De 24 a 48 Hs	☐ IML	Proced. Solicitado:
	☐ Após 48 Hs	☐ Anat. Patol.	CID Compatível:
DESTINO:		Prof. Solicitante	
		Internação:	

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional - BE

Dr. Hormone Oliveira Rodrigues
Clínico e Cirurgião Geral
CRM-PI 3240 / CRM-MA 5167



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 064	02 Data do chamado 01/10/18	03 PRO (código) 2902	04 Saída do PA 12:19	05 Chegada ao local 12:34
	06 Saída do local 12:51	07 Chegada ao 1° hospital 18:05	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua David Calder / Benjamin Constant	11 Bairro Centro	12 Município-UF Teresina - PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência U. E. LIGEM DIAUIENSE				
Dados do Paciente	14 Nome Acelmin Carlos dos Santos	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 38 Anos 18/02/80	1-Dia 2-Mês 3-Anos 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 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	
	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 Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 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 Pulso 80 Resp. PA 13x8 TAX. 98/7 SatO2 98/7	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim Exposta Fechada 2 - Não 3 - Suspeita
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)			
	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Igualado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	Polícia carro com motocicleta paciente resgatado por PM e rescues.				
	CONFERE COM O ORIGINAL Maurício Veloso Cantanhede Gerente Administrativo SAMU				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Conde de Roraima, 455 - Lda C
Centro - Teresina - PI - 63010-70

**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

CIRURGIA
NEUROLOGIA
SUS SUS

Imp: 01/10/2018 13:13:39

(User: REGISLANE)

(Estação: RECEPCAO2)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		Prontuário: 414097	
Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS	Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS		
End.Resid.: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020			
Nascimento: 18/02/1980	Idade: 38a7m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98808-3889
Responsável: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		CNS: 201261857720007	
Profissão: AUTONOMO	CPF: *	RG: 172004	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DEPARTAMENTOS DE
- SSPPI
- DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

CENTRO SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 465 Lda
Centro-Norte CEP: 64.002-700
Teresina-PI**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 686997	Data: 01/10/2018 13:12:00	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Correlação: -
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
CID Secundário: V299		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de Poltrauma há 14, apresentando distúrbio de consciência. Abundante de hem. Sh.

(A) Das Aterias Perivas e Colas Cervicais estabelecendo Cerebral dolorosa

(B) Mu. sem Alteração a 54 99% (ar ambiente)

(C) AC: 3NF, RT e SR; PA: 130/90; P: 80bpm.

(D) Glaucoma 15 e Refrataria moderada fotossensível

(E) Dor e Deformidade com MIE. a Dor abrandando a palpitação

FC: 100	FC: 100
FC: 100	FC: 100

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

• Solicito Rx de cervical, torax, pelve. e MIE

US Abdomen.

• Solicito Glaucoma Capilar

Dr. H. B. B.

ALTA:	() Melhorado	() Administrativa	() Retornar à Unid. Origem:
	() Curado	() Por Indisciplina	() Transferência:
	() Inalterado	() Por Evasão	
	() A Pedido		
DESTINO:	() Família	() Internação na Unidade	DATA SAÍDA: / /
	() IML	Proced. Solicitado:	HORA:
ÓBITO:	() Anat. Patol.	CID Compatível:	

JANE SIMONE OLIVEIRA RODRIGUES
Médica de Família e Comunidade
SAME-OUT
CONFERE COM O ORIGINALProf. Solicitante
Internação:Dr. Hormone Oliveira Rodrigues
Clínico e Cirurgião Geral
CRM-PI 3240 / CRM-MA 5167

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional - BE



Dados do Chamado	01 N° do chamado 064	02 Data do chamado 01/10/18	03 PRO (código) 2902	04 Saída do PA 12:19	05 Chegada ao local 12:34
	06 Saída do local 12:51	07 Chegada ao 1º hospital 18:05	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Amílcar Mendes / Benjamin Constant				
	11 Bairro Centro	12 Município-UF Tere-Pi	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência U. E. LIGEM DIAVENSE				
	14 Nome Acelmin Carlos dos Santos				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
Tipo de Ocorrência	16 Idade 38 Anos 18/02/80		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
	Se idade ignorada, preencha com 999		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Exame Físico	19 Vítima		20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado		1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado		1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
Assistência	23 Glasgow = 15		RESPOSTA VERBAL		24 Sinais Vitais
	1 - Abertura ocular 2 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		1 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 80 Resp. PA 13x8 TAX. Sat02 98%
Hospital de Destino	26 Pupilas		27 Pulso		25 Local da lesão
	1 - Iguais 2 - Desiguais		1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		25 Local da lesão (Diagrama de corpo humano com setas indicando a localização da lesão)
Observações Interdisciplinar	28 Sangramento		29 Escala de Dor de 0 a 10		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Comendador José Pereira, 465 Loja C CEP: 64.002-470 Teresina-Pi
	1 - Sim 2 - Não		29 Escala de Dor de 0 a 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		30 Fratura		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Comendador José Pereira, 465 Loja C CEP: 64.002-470 Teresina-Pi
	1 - Aspiração 2 - Orogênio 3 - Curativos 4 - Prancha longa/curta 5 - Colar cervical 6 - Krad 7 - Imobilização de extremidades 8 - Reanimação cardiopulmonar 9 - Assistência obstétrica		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Comendador José Pereira, 465 Loja C CEP: 64.002-470 Teresina-Pi
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		
Observações Interdisciplinar	34 Óbito		35 Observações		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Comendador José Pereira, 465 Loja C CEP: 64.002-470 Teresina-Pi
	1 - Sim 2 - Não		35 Observações Paciente como com motocicleta paciente resgatado por PM 112 + escuridão		
Responsável pela recepção: Socorristas: Médico: AE/TE: Enfermeiro: Condutor:					



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

Urgência - UT
Neurologia
Cirurgia

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 01/10/2018 13:13:39

DADOS DO PACIENTE:

(User: REGISLANE)

(Estação: RECEPCAO2)

Nome:	ACELMIR CARLOS DOS SANTOS	Prontuário:	414097
Mãe:	MARIA DA SILVA SANTOS	Pai:	ANTONIO CARLOS DOS SANTOS
End.Resid.:	RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento:	18/02/1980	Idade:	38a7m11d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-98808-3889
Responsável:	ACELMIR CARLOS DOS SANTOS	CNS:	201261857720007
Profissão:	AUTONOMO	CPF:	* RG: 172004
G. Instrução:	Médio Completo	E.Civil:	Casado(a)
End.Local.:	-		

DEPARTAMENTOS DE
SSPPI
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	686997	Data:	01/10/2018 13:12:00	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				
Acid.Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Típico:	Não
CID Secundário:	V299				

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

DADOS CLÍNICOS:

Paciente admitido de Poltrauma há 14, politraumatizado dissecção
com uso de máquina. Abundante de há 5h.

- (1) Ocas Alergias Perivas e Colas Cervicais entabulando Cervical do braço
- (2) Mv. sem Alterações e 97% (ar ambiente)
- (3) AC: BNF, RT e SR ; PA: 130/90 ; P: 80bpm
- (4) Glóbulos 15 e Placas modernas potroagendos
- (5) Dor e Deformidade com MIE. a Dor abrandando a palpção

FC:	bpm	01/10/2018
Temperatura:	36,0	01/10/2018
Pressão Arterial:	130/90	01/10/2018
Diagnóstico Clínico:	Politrauma	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Solicito Rx de cervical, torax, pelve. e MIE
- US Abdomen
- Solicito Glóbulos Capilar

ALTA:	() Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
DESTINO:	() Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs	() Família () Patol.	DATA SAÍDA: / / HORA: : () Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:
ÓBITO:	Prof. Solicitante Internação:		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

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

Dr. Hormone Oliveira Rodrigues
Clínico e Cirurgião Geral
CRM-PI 3240 / CRM-MA 5167

Assinatura - Profissional - BE



COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUI
Av. Maranhão 757 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-99 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/08

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 018231785

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

CORREÇÃO	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	297	314,47

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	19725	22/02/2019
Anterior:	19428	23/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	25/03/2019
Consumo Medido:	297	21/02/2019
Consumo Faturado:	297	22/02/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Apresentação:
	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fed.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	195

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 297 A R\$ 0,957855 = 284,48
JAN/19 365	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 22,22
DEZ/18 57	MULTA POR ATRASO 01/19-00 6,76
NOV/18 0	JUROS POR ATRASO 01/19-00 1,01
OUT/18 96	
SET/18 299	
AGO/18 232	
JUL/18 184	
JUN/18 208	
MAI/18 211	
ABR/18 159	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 297 - 0,523558

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 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

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

*Você pode pagar pelas datas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes ou depois por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO FZC6.737A.1AE0.8044.75D1.5023.0972.4888

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 53,46	Base de Cálculo: 284,48
Energia: 103,28	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 17,48	Valor do ICMS: 76,80
Encargos: 11,02	Valor do PIS: 4,01
Tributos: 99,24	Valor do COFINS: 18,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	INCR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Linha	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Estabilidade	0,00			0,00			0,00	
Consumo	TERESINA-MACALIBA			Período de			12/2018	R\$ 19,43

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 757 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-59 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 04/98

Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 018231285

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	297	314,47

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	19725	Atual:	22/02/2019
Anterior:	19428	Anterior:	23/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/03/2019
Consumo Medido:	297	Emissão:	21/02/2019
Consumo Faturado:	297	Apresentação:	22/02/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dia de Consumo:	30
	Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	195

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
JAN/19 365	CONSUMO 297 A R\$ 0,957855 =	284,48
DEZ/18 57	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	22,22
NOV/18 0	MULTA POR ATRASO 01/19-00	6,76
OUT/18 96	JUROS POR ATRASO 01/19-00	1,01
SET/18 299		
AGO/18 232		
JUL/18 184		
JUN/18 208		
MAI/18 211		
ABR/18 159		

TABELA SEM TRIBUTOS:
R\$ 297 - R\$ 286,68

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 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

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25.
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode pagar pelas datas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes ou depois por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO F2C6.737A.1AE0.8044.75D1.5023.D972.48B8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	53,46		Base de Cálculo:	284,48
Energia:	103,28		Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	17,48		Valor do ICMS:	76,80
Encargos:	11,02		Valor do PIS:	4,01
Tributos:	99,24		Valor do COFINS:	18,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			DMC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Especialidade	0,00			0,00			0,00	
Consumo	TERESINA-MACAUBA			Período de			12/2018	19,43

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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 nº9.613/98.

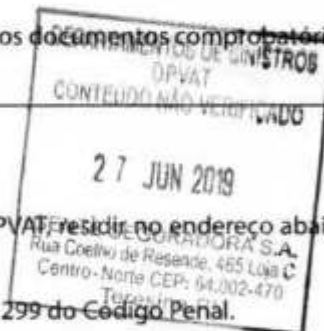
Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Acelmin Carlos dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 842.787.223/20, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Acelmin Carlos dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 842.787.223/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-656</u>

Teresina, 26 de Junho de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques.
Assinatura do Declarante

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Acelmi Carlos Dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 842.787.223/20 do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima
Acelmi Carlos Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 842.787.223/20, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, 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 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(86)99534-6565</u>

Teresina, 26 de Junho de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 N° do chamado 064	02 Data do chamado 01/10/18	03 PRO (código) 2902	04 Saída do PA 12:19	05 Chegada ao local 12:34
	06 Saída do local 12:51	07 Chegada ao 1º hospital 18:05	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Amílcar Calder / Benjamin Constant S	11 Bairro Centro	12 Município-UF Tere-Pi	Código IBGE	
	13 Ponto de referência U.E. LICEU DIAUIENSE				
Dados do Paciente	14 Nome Acelmin Carlos dos Santos	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado			
	16 Idade 38 Anos 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade Ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espandimento 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	
	19 Vitima 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 Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 3 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 80 Resp. 13x8 PA 13x8 TAX. 98/1 SatO2 98/1	25 Local da lesão DEPARTAMENTOS DE SINISTRA DPVAT EU DO NÃO VERIFICADO
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 7 Central 1 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sanguinamento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim Exposta Fechada 2 - Não 3 - Suspeita
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)				
	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	Polícia como com motocicleta paciente repentinamente dor em HIE + esclerose				
	CONFERE COM O ORIGINAL Márcia Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor James	



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	1-Dia 2-Mês 3-Anos 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				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais
	1 - Abertura ocular 2 - Espontânea 3 - À voz 4 - À dor 5 - Nenhuma		1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma	1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum	Pulso Resp. PA TAX. Sa:02
Assistência	26 Pupilas		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10		25 Local da lesão
	1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 1 - Aspição 2 - Prancha longa/curta 3 - Oxiênio 4 - Colar cervical 5 - Curativos 6 - Kred 7 - Imobilização de extremidades 8 - Reanimação cardiopulmonar 9 - Assistência obstétrica		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		OBSERVAÇÕES INTERDISCIPLINAR
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte		1 - Sim 2 - Não 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar Políson carro com motocicleta paciente referindo dor em D1E + escomatose					
Responsável pela recepção Socorristas Médico AE/TE Enfermeiro Conductor					

RECEBIMENTO DE SINISTRO
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
CENTRO NORTE
RUA CORDEIRO DE RESENDE, 465 LOPES
CENTRO-NORTE CEP: 64.002-470
TERESINA-PI



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Acelmir Carlos dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 414097

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

CLINICA - UR
NEUROLOGIA
Cirurgia

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 01/10/2018 13:13:39

DADOS DO PACIENTE:

(User: REGISLANE)
(Estação: RECEPCAO2)

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		Prontuário: 414097	
Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS	Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS		
End. Resid.: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020			
Nascimento: 18/02/1980	Idade: 38a7m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98808-3889
Responsável: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS	CNS: 201261857720007		
Profissão: AUTONOMO	CPF: * RG: 172004		
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)		
End. Local: - - - -			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2018

COMPANHIA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-70
Teresina-PI

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 686997	Data: 01/10/2018 13:12:00	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de Politrauma há 14, provavelmente distribuído em um único momento. Abundante de 5h.

- Das Aterias Perivas e Colas Cervicais entabulando Cervical de brasa
- Mv. sem Alterações e 5h PP (ar ambiente)
- AC: BNF, RT e SR; PA: 130/90; P: 80bpm
- Glaucosa 15 e Róptas mucosas fotossensíveis
- Dor e Dorabilidade com MIE e Dor abdominal a palpção

PA: 130/90	Pulso: 80bpm	FC: 80bpm
------------	--------------	-----------

Diagnóstico: Politrauma

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Solicitado Rx de cervical, torax, pelve. e MIE
- US Abdominal
- Solicitado Exame Capilar

Dr. Horacio

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar à Unid. Origem:
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência:
OBITO:	☐ Inalterado	☐ Por Evasão	
	☐ A Pedido		
DESTINO:		DATA SAÍDA: / /	HORA: :
☐ Até 24 Hs		☐ Internação na Unidade	Proc. Solicitado:
☐ De 24 a 48 Hs		☐ Família	
☐ Após 48 Hs		☐ INL	CID Compatível:
☐ Anat. Patol.		Prof. Solicitante Internação:	

CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Hormone Oliveira Rodrigues
Clínico e Cirurgião Geral
CRM-PI 3240 / CRM-MA 5157

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional - BE



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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 01/10/2018 13:13:39
(REGISTAR)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		Prontuário:	414097			
Mãe:	MARIA DA SILVA SANTOS		Pai:	ANTONIO CARLOS DOS SANTOS			
End.Resid.:	RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020						
Nascimento:	19/02/1980	Idade:	38a7m11d	Sexo:	Masculino	Fone:	86-98908-3889
Responsável:	ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		CNS:	201261857720007			
Profissão:	AUTONOMO		Documento:	RG: 1720044 - SSPPI			
G. Instrução:	Médio Completo		E.Civil:	Casado(a)			
End.Local.:							

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	686997	Data:	01/10/2018 13:12:00	Clas. Cor:	Indefinido	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/10/18 15:00h ESPECIALISTA: NCK

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Poltrona
Sem sinais de Alarme
Flusqu 15
e 20: Sem conduta vcn

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Solicitante

Dr. Elton Bezerra
CRM 12.384.633-30
NEUROCIRURGIA
CRM - 5518

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

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

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Solicitante

CONFERE COM O ORIGINAL

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUJ
Rua De. Otto Elko 1421 Rodenão - Fone: 36 3218 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 05.920.907/0001-05



LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Frontizários 414097)
Endereço: **RUA ANTÔNIO TOSIAZ DE OLIVEIRA N. 1232 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65820-020**
Nascimento: **10/02/1980** Idade: **38 Anos** Sexo: **Masculino** Órgão: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **660957**
Requisição: **878104** Solicitação: **01/10/2018** Solicitante: **HORMONE OLIVEIRA RODRIGUES**
Código: **1082151** Contêiner: **SU 3**

RELATÓRIO

Cod SIA 0205G26046

Data Exame: 01/10/2018

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tímica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagem de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagem de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e reflexos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatómicas.
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.



VERA LUCIA)

TERESINA - PI 01/10/2018

vera lucia
VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 027.628.623-34 CRM: 1727
Profissional Responsável

**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 36a5m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 559879
Requisição: 661581 Solicitação: 31/07/2016 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 827747 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 31/07/2016

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- PEQUENA ÁREA HIPODENSE EM TOPOGRAFIA NÚCLEO-CAPSULAR À DIREITA.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/07/2016

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável



**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 37a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 619869
Requisição: 765243 Solicitação: 10/08/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 950952 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 10/08/2017

TORNOZELO ESQUERDO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 21/08/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





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

PAGE: 3/100 E

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 38a9m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 656997
Requisição: 879101 Solicitação: 01/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1089158 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 01/10/2018

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS, SACRO ILÍACAS E SINFESE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP. 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 38a9m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 686997
Requisição: 879102 Solicitação: 01/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1089159 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0204060176

Data Exame: 01/10/2018

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

O estudo radiológico do membro inferior esquerdo (perna) foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

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

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável




HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
 Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
 Nascimento: 18/02/1980 Idade: 38a7m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 686997
 Requisição: 879104 Solicitação: 01/10/2018 Solicitante: HORMONE OLIVEIRA RODRIGUES
 Controle: 1089161 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 01/10/2018

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas.
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(VERA LUCIA)

TERESINA - PI 01/10/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável


 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

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

RELATÓRIO MÉDICO

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

declaramos que ALEMEIN CARLOS DOS
SANTOS, foi vítima de acidente de trânsito
fato ocorrido em 01.10.18 às 12:00HS, sendo
sofrendo ferimentos que afetam, causando
com lesões no tornozelo esquerdo com
prontidão de várias escoriações, o mesmo
foi tratado de forma conservadora,
acompanhado de fisioterapia, com alta
definitiva, no laudo como sequelas
fontes das limitações dos movimentos
com redução de capacidade do
membro inferior esquerdo atingido,
sendo como comprometimento fun-
cional de 65%

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Edimar

02.08.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
9903-0929/9532-1987/8827-3736

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



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 004	02 Data do chamado 01/10/18	03 PRO (código) 2902	04 Saída do PA 12:19	05 Chegada ao local 12:34
	06 Saída do local 12:51	07 Chegada ao 1º hospital 18:05	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Amílcar Mendes / Benjamin Constant	11 Bairro Centro	12 Município-UF Tere - PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência U. E. LIGEM PIAUIENSE				
Dados do Paciente	14 Nome Acelmin Carlos dos Santos	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 38 Anos 1-Dia 2-Mês 3-Anos 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 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	
	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 80 Resp. 13x8 PA 13x8 TAX. 98/1 SatO2 98/1	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 7 Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeita Exposta Fechada
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Krad Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)				
	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	Polícia como com motocicleta paciente resgatado nos EUA HIE + escondimentos				
	CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cuntanhede Garante Administrativa SAMU				



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



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	19 - Acidente de transporte 20 - Tentativa de suicídio 21 - Queda 22 - Outros			
	19 - Agressão física-espantamento 20 - Agressão física-FAF 21 - Agressão física-FAB 22 - Urgência psiquiátrica	23 - Envenenamento 24 - Afogamento 25 - Queimadura 26 - Choque elétrico			
Acidente de Transporte	23 Vitima	24 Meio de locomoção	25 Outra parte envolvida	26 Equipamentos de segurança	
	27 Pedestre 28 Condutor 29 Passageiro 30 Ignorado	31 A pé 32 Ônibus/Micro-ônibus 33 Outro 34 Ignorado	35 Automóvel 36 Motocicleta 37 Ônibus/Micro-ônibus 38 Bicicleta	39 Objeto fixo 40 Animal 41 Outra 42 Ignorado	
Exame Físico	43 Glasgow	44 RESPOSTA VERBAL	45 RESPOSTA MOTORA	46 Sinais Vitais	47 Local da lesão
	48 ABERTURA OCULAR	49 Orientada 50 Confusa 51 Palavras inapropriadas 52 Palavras incompreensíveis 53 Nenhuma	54 Obedece a comandos 55 Localiza dor 56 Movimento de retirada 57 Flexão anormal 58 Extensão anormal 59 Nenhum	60 Pulso 61 Resp. 62 PA 63 TAX. 64 SatO2	65 Diagrama de corpo humano
Assistência	66 Pupilas	67 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	68 Fratura	69 Procedimentos realizados	
	70 Pulso Radial 71 Central 72 Chelo 73 Fino 74 Ausente	75 Sem Dor 76 Leve 77 Moderada 78 Intensa	79 1 - Sim 80 Exposta 81 Fechada 82 Não 83 Suspeita	84 1 - Sim 85 Não 86 Prancha longa/curta 87 Colar cervical 88 Kred 89 Imobilização de extremidades 90 Reanimação cardiopulmonar 91 Assistência obstétrica 92 Glicemia 93 Acesso Venoso 94 Medicamentos a) 95 b)	
Hospital de Destino	96 Hospital de Destino	97 Condições de entrada	98 Óbito	99 Sinais Vitais	
	100 Melhorado 101 Piorando 102 Inalterado	103 Antes do socorro 104 Antes do transporte 105 Durante o transporte	106 1 - Sim 107 Não	108 Diagrama de corpo humano	
Observações Interdisciplinar	109 Observações Interdisciplinar				
	110 Responsável pela recepção				



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

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

NOME DO PACIENTE: Acelmir Carlos dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 414097

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

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

UCLUT...
NEUROK
Cirurgia
SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 01/10/2018 13:13:39

DADOS DO PACIENTE:

(User: REGISLANE)
(Estação: RECEPCAO2)

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		Prontuário: 414097	
Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS	Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS		
End. Resid.: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020			
Nascimento: 18/02/1980	Idade: 38a7m1d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98808-3889
Responsável: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS	CNS: 201261857720007		
Profissão: AUTONOMO	CPF: *	RG: 172004	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)		
End. Local: - - -			

DEPARTAMENTOS DE
SSPPI
OPVAT
CONTEUDO NÃO VER

27 JUN 2019

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 686997	Data: 01/10/2018 13:12:00	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S-1e SEP: 64.002-470
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de Politrauma há 14, politraumatizado distritivo. com uso de respiração. Abundante de hem. Sh.

- (1) Ocas. Aneur. Pericard e Colar Cervical entabulizando Cervical de brônquia
- (2) Mu. sem Alterações e St 99% (ar ambiente)
- (3) AC: BNF, RT e SR; PA: 130/90; P: 80 bpm
- (4) Glaucoma 15 e Poplitas moventes potroagendos
- (5) Dor e Deformidade com MIE. a Dor abrandando a palpitação

PC: X	FC: 100	brm
Respiração: Normal	FC: 100	brm
Cond. Médica: E		ML: 0.5 abd. total

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Solicito Lx de cervical, torax, pelve. e MIE
- US Abdomen
- Solicito Glaucoma Capilar

Dr. Horne

ALTA:	DESTINO:	DATA SAÍDA: / /	HORA:
() Melhorado	() Família	() Internação na Unidade	
() Curado	() Patol.	Proced. Solicitado:	
() Inalterado		CID Compatível:	
() A Pedido		Prof. Solicitante	
ÓBITO:		Internação:	
() Até 24 Hs			
() De 24 a 48 Hs			
() Após 48 Hs			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

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

Assinatura Paciente

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

Dr. Hormone Oliveira Rodrigues
Clínico e Cirurgião Geral
CRM-PI 3240 / CRM-MA 5167

**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

Imp: 01/10/2018 13:13:39

(REGISLANE)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		Prontuário: 414097
Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS		Pai: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS
End. Resid.: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA - CEP: 65630-020		
Nascimento: 18/02/1980	Idade: 38a7m11d	Sexo: Masculino Fone: 86-98808-3889
Responsável: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS		CNS: 201261857720007
Profissão: AUTONOMO		Documento: RG: 1720044 - SSPPI
G. Instrução: Médio Completo		E. Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 686997	Data: 01/10/2018 13:12:00	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/10/18 15:00h	ESPECIALISTA: NCK
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Prolapso Sem sinais de Alarme Elaque 15 CD: Sem conduta vcn	
Carimbo/Assinatura	

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

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Dr. Elton Bezerra
CRM 384.633-70
NEUROCIRURGIA
CRM 45518

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Solicitante
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT
Rua Dr. Otto Elias 1913 Rodagem - Fone: 36 2214 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-110 CNPJ: 05.323.917/0002-01

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Fronteira: 414897)
Endereço: **RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1255 - RUA QUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65633-020**
Nascimento: **10/02/1950** Idade: **58a7m1d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **086957**
Requisição: **879134** Solicitação: **01/10/2018** Solicitante: **HORMONE OLIVEIRA RODRIGUES**
Controle: **1089181** Convenção: **6 U 5**

RELATÓRIO:

Doc. SIA: 0205020045

Data Exame: 01/10/2018

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e *foco dinâmico*, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagem de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegras.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagem de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatómicas.
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs. Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

João Simão
Médico: 041457
SAME - HUIT
CONFERE COM O ORIGINAL

TERESINA - PI 01/10/2018

vera lucia
VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.523.523-34 CRM: 1727
Profissional Registrado

(VERA LUCIA)

**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

Page 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 36a5m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 559879
Requisição: 661581 Solicitação: 31/07/2016 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 827747 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 31/07/2016

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- PEQUENA ÁREA HIPODENSE EM TOPOGRAFIA NÚCLEO-CAPSULAR À DIREITA.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/07/2016

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável



**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 37a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 619869
Requisição: 765243 Solicitação: 10/08/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 950952 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 10/08/2017

TORNOZELO ESQUERDO

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

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

Conclusão: Exame normal.

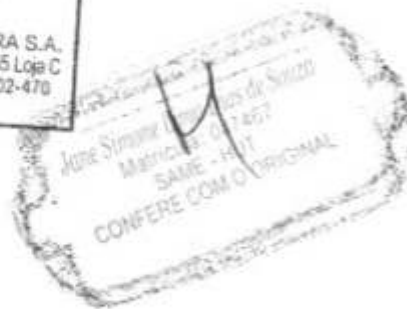
(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 21/08/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



**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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 38a9m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 686997
Requisição: 879101 Solicitação: 01/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1089158 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 01/10/2018

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS, SACRO ILÍACAS E SINFISE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Professional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 38a9m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 686997
Requisição: 879102 Solicitação: 01/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1089159 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 01/10/2018

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

O estudo radiológico do membro inferior esquerdo (perna) foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

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

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2018



CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ACELMIR CARLOS DOS SANTOS** (Prontuário: 414097)
Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA N 1253 - PARQUE ALVORADA - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/02/1980 Idade: 38a7m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 686997
Requisição: 879104 Solicitação: 01/10/2018 Solicitante: HORMONE OLIVEIRA RODRIGUES
Controle: 1089161 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 01/10/2018

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(VERA LUCIA)

TERESINA - PI 01/10/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 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	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES		
FILIAÇÃO	CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE		
NATURALIDADE	CRATEUS-CE	DATA DE NASCIMENTO	22/05/1971
DOC. ORIGEM	CERT.NASC. 529 L A1/F 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78		
TERESINA - PI	840.173.173-91		

ASSINATURA DO DIRETOR
Pedro Gomes de Moraes
Punto Certo

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0472263

Assinatura do Titular
Nelle Roze Soares Marques

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ACETMIR CARLOS DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
1720044 SSP PI

CNPJ
842.787.223-20

DATA NASCIMENTO
18/02/1980

PLACAÇÃO
ANTONIO CARLOS DOS SANTOS
MARIA DA SILVA SANTOS

PERMISSÃO
[] ACC
[] CAT. 198

Nº REGISTRO
00707545385

VALIDADE
01/09/2029

1ª HABILITAÇÃO
07/06/1999

OBSERVAÇÕES
HABILITADO P/ MOTOTAXISTA
APTO PARA TRANSPORTE REMUNERADO

Assinatura Carlos dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
03/09/2015

13987848365
91316123595

ANEXO 1 - CONTRATO DO REGISTRO LÍQUIDO
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-PI (PJAU)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1163190784

PROIBIDO PLASTIFICAR
1163190784

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 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	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES		
FILIAÇÃO	CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE		
NATURALIDADE	CRATEUS-CE	DATA DE NASCIMENTO	22/05/1971
DOC. ORIGEM	CERT.NASC. 529 L 11/F 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/78		
TERESINA - PI	840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR		

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0476263

ASSINATURA DO TITULAR

Nelle Roze Soares Marques




DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETIAN - PI Nº 014207567441
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01123397705 EXERCÍCIO 2019

ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

0218
0164
9824
0309
0809
1312
1395
3842
0745
9505
1419

CPF / CNPJ 84278722320 PLACA PTU-1314
PLACA ANT / UF - CHASSI 9C2MD4100HR020071

PAG/MOTOCICLE/NENHUMA

COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

HONDA/XRE 190

ANO FAB 2017 ANO MOD 2017

02P/01840C

CATEGORIA ALUGUEL

COR PREDOMINANTE AMARELA

1 P COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. COTAS ISENTO
2 P FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º IPVA
3 A

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO 30/04/2019

SEM RESTRIÇÕES OBSERVAÇÕES

TERESINA

LOCAL

02/05/2019

PI Nº 014207567441 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 CPF / CNPJ 84278722320 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 02/05/2019
RENAVAM 01123397705 PLACA PTU-1314

ANO FAB 2017 CAL TARE 09

CHASSI 9C2MD4100HR020071

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI

Nº 014207567441

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 01123397705 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

0218 0104 982F ACELIPTR CARLOS DOS SANTOS

0309 0809 1312 *****

1596 3882 0746 9200 1619 84278722320

PLACA ANT / UF PLACA CHASSI

9C2MD4100HR020071

PIU-1314

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NENHUMA

COMBUSTIVEL

ALCOOL/GAS

ANEXO

2017 2017

ANEXO

2017 2017

ANEXO

2017 2017

ANEXO

2017 2017

ANEXO

2017 2017

ANEXO

2017 2017

ANEXO

2017 2017

ANEXO

2017 2017

ANEXO

2017 2017

ANEXO

2017 2017

ANEXO

2017 2017

ANEXO

2017 2017

PI Nº 014207567441 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 02/05/2019

VIA 1 84278722320 PLACA PIU-1314

RENAVAM 01123397705 MARCA / MODELO HONDA / XRE 190

ANO FAB 2017 DATA 09 Nº CHASSI 9C2MD4100HR020071

PRÊMIO TARIFÁRIO 000,00 000,00 000,00

COTIZADO 000,00 000,00 000,00

COTA ÚNICA 000,00 000,00 000,00

SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 05.249.608/0001-04

DATA DE PAGAMENTO 30/04/2019

TERESINA LOCAL 02/05/2019

TERESINA LOCAL 02/05/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463686 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE RELATA QUE POS TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SEM FRATURAS DIAGNOSTICADA, O MESMO EVOLUI COM PARESETESIAS , SEM ATROFIAS E MANTEM MARCHA JUNTAMENTE COM FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SEM ALTERACOES.

Resultados terapêuticos: RELATO DE PARESTESIA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SEM PERCA DE FUNCIONALIDADE.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463686 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE RELATA QUE POS TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SEM FRATURAS DIAGNOSTICADA, O MESMO EVOLUI COM PARESETESIAS, SEM ATROFIAS E MANTEM MARCHA JUNTAMENTE COM FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SEM ALTERACOES.

Resultados terapêuticos: RELATO DE PARESTESIA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SEM PERCA DE FUNCIONALIDADE.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463686 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO SEM SEQUELA.
@PG 1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190463686 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO SEM SEQUELA.
@PG 1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <u>Acelmin Carlos dos Santos</u>		
RG: <u>1720044</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>03/09/15</u>
CPF: <u>840.787.223-20</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>	PROFISSÃO: <u>mototaxista</u>
ENDEREÇO: <u>Rua marajo</u>		Nº: <u>2772</u>
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>	BAIRRO: <u>Parque Itarare</u>	
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u></u> TELEFONE: <u></u>

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: <u>Nelly Rose Soares Marques</u>		
RG: <u>4.119.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/16</u>
CPF: <u>840.173.173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Recuso</u>
ENDEREÇO: <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Nº: <u>544</u>
BAIRRO: <u>Centro</u>	CIDADE: <u>Teresina</u>	UF: <u>PI</u> CEP: <u>64000-235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Acelmin Carlos dos Santos

Data do acidente de trânsito: 05/10/2018

Cobertura da vitima: Invalidez

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

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

LOCAL / DATA: Teresina 26 de Junho de 2019

Acelmin Carlos dos Santos

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELCO
DIGITAL

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kellly de Abreu Valverde
Teresina - PI

RECORREDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ACELMIN CARLOS DOS SANTOS. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 26/06/2019. Selo: AAD9646-57XP
www.tjpi.jus.br/pptalestra
KELLY DE ABBEU VALVERDE-ESCRIVENTE AUTORIZADA
Eml: 3.85 TJ.O.77 FMP/PI.O.10 Selo: 10.26 Total: 4,98 - OP: 154
PROCURAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 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 Manoel de Medeiros, 1125 - Centro - Teresina - PI
Fone: (86) 211-1419 - E-mail: cartorio3@teresianapi.pi.gov.br
CNPJ: 06.908.000/0001-91

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <u>Acelmin Carlos dos Santos</u>			
RG: <u>1720044</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>03/09/15</u>	
CPF: <u>842.787.223-20</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>	PROFISSÃO: <u>mototaxista</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua Marajo</u>		Nº: <u>2772</u>	
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>	BAIRRO: <u>Parque Itarana</u>		
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP:	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: <u>Nelle Rose Soares Marques</u>			
RG: <u>4.119.262-0</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>	
CPF: <u>840.173.173-90</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Recuso</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Nº: <u>544</u>	
BAIRRO: <u>Centro</u>	CIDADE: <u>Teresina</u>	UF: <u>PI</u>	CEP: <u>64000-235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Acelmin Carlos dos Santos

Data do acidente de trânsito: 03/30/2018

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina 26 de Junho de 2019

Acelmin Carlos dos Santos

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AÇO 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

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

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELCO
DIGITAL

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kelly de Abreu Valverde
Escritório Autenticado
Teresina-PI

TEST. DA VERDADE.
Selo: AAD49648-5JXP
www.tjpi.jus.br/pptalextre
KELLY DE ABREU VALVERDE-RECEBENTE AUTORIZADA
Eml:3,85 TJ:0,77 FIMP/PI10,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:154
PROCURAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 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 Manoel Nogueira, 1033 - Centro - CEP: 64.002-200 - Teresina - PI
Fone: (88) 3211-6119 - E-mail: notario@cartorio3.com.br
Cartório
Teresina
Piauí

01/10/18 12:00h

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0216381/19

Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

CPF: 842.787.223-20

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/10/2018

Titular do CPF: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ACELMIR CARLOS DOS SANTOS : 842.787.223-20

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: 27/06/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266085/19

Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

CPF: 842.787.223-20

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 01/10/2018

Titular do CPF: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ACELMIR CARLOS DOS SANTOS : 842.787.223-20

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: 05/08/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190463686

Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

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

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190463686

Vítima: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmi Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmi Carlos dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: R. Manoel 9 - Número: 2772 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Parque Ilarê 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
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: 0029 CONTA: 280368 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 (assinalar 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, conforme na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da permanência de invalidez decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
RUA COMENDADOR JOAQUIM DE ALMEIDA, 100 - LOJA C
TERESINA-PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 nascituro (vivereser)? 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 26/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmi Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmi Carlos dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20
7 - Profissão: metalurgista 8 - Endereço: R. mango 9 - Número: 2772 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Parque Ilarê 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
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: 0029 CONTA: 280368 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 (assinalar 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, conforme na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da extensão das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização ou avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 JUN 2019
RUA COMENDADOR JOAQUIM DE ALMEIDA, 100 - LOJA C
TERESINA-PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 nascituro (vivereser)? 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 26/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 JUN 2019

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmi Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmi Carlos dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: R. marajo 9 - Número: 2772 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Parque Ilharé 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: 0029 CONTA: 280368 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (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 (assinalar 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 documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da extensão da invalidez decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 nascituro (vai 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 26/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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



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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190463686
Nome do(a) Examinado(a): Acelmir Carlos dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Marajo, 2772
Parque Itarare Teresina PI CEP: 64078-365
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1720044
Data local do acidente: [01/10/2018]
Data local do exame: [19/08/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR , SEM IMOBILIZACAO

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Complicações: SEM COMPLICACOES

Data da Alta: 10/10/2018

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

PACIENTE RELATA QUE POS TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SEM FRATURAS DIAGNOSTICADA, O MESMO EVOLUI COM PARESETESIAS , SEM ATROFIAS E MANTEM MARCHA JUNTAMENTE COM FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SEM ALTERACOES.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☐ () Sim ☒ (X) Não

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

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☒ (X) "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Frederico Fonseca de Oliveira

CPF - 047.547.326-42

CRM/PI - 5058



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000415/2019-61

Complementar ao BO Nº: 100203.000414/2019-15

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

Data/Hora: 30/01/2019 - 15:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

531565

Data/Hora
01/10/2018 - 12:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Endereço
RUA BENJAMIM CONSTANT, Nº:
Complemento

Bairro
CENTRO NORTE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

RG: 1720044

Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS

Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA, Nº 1253

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-8123-2123

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



Nome: KAREN EMANUELLE COCONCEIÇÃO DE OLIVEIRA DOS SANTOS

RG: 4073008

Mãe: ELIZETE CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA, Nº 1253

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-8808-3889

Tipo Envolv.: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/XRE 190, ANO 2017, PLACA PIU-1314, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR, PASSAGEIRA KAREN, ACIMA QUALIFICADA, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA BENJAMIM CONSTANT, QUANDO UM VEICULO DE PLACA OJC-0160 -PRESIDENTE DUTRA-MA, QUE TRAFEGAVA NA RUA DAVID CALDAS INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADOS FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU, ENCAMINHADOS PARA O HUT, PRONTUÁRIO DE ACELMIR 414097, PRONTUÁRIO DE KAREN 490048. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA

ACELMIR CARLOS DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000415/2019-61

Complementar ao BO Nº: 100203.000414/2019-15

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000415/2019-61

Complementar ao BO Nº: 100203.000414/2019-15

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

Data/Hora: 30/01/2019 - 15:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

531565

Data/Hora
01/10/2018 - 12:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Endereço
RUA BENJAMIM CONSTANT, Nº:
Complemento

Bairro
CENTRO NORTE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

RG: 1720044

Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS

Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA, Nº 1253

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-8123-2123

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



Nome: KAREN EMANUELLE COCONCEIÇÃO DE OLIVEIRA DOS SANTOS

RG: 4073008

Mãe: ELIZETE CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA, Nº 1253

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-8808-3889

Tipo Envolv.: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/XRE 190, ANO 2017, PLACA PIU-1314, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR, PASSAGEIRA KAREN, ACIMA QUALIFICADA, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA BENJAMIM CONSTANT, QUANDO UM VEICULO DE PLACA OJC-0160 -PRESIDENTE DUTRA-MA, QUE TRAFEGAVA NA RUA DAVID CALDAS INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADOS FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU, ENCAMINHADOS PARA O HUT, PRONTUÁRIO DE ACELMIR 414097, PRONTUÁRIO DE KAREN 490048. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA

ACELMIR CARLOS DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000415/2019-61

Complementar ao BO Nº: 100203.000414/2019-15

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000415/2019-61

Complementar ao BO Nº: 100203.000414/2019-15

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

Data/Hora: 30/01/2019 - 15:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Endereço
RUA BENJAMIM CONSTANT, Nº:

Complemento

531565

539222

Bairro
CENTRO NORTE

Ponto de Referência

Data/Hora

01/10/2018 - 12:00



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ACELMIR CARLOS DOS SANTOS

RG: 1720044

Mãe: MARIA DA SILVA SANTOS

Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA, Nº 1253

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-8123-2123

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: KAREN EMANUELLE COCONCEIÇÃO DE OLIVEIRA DOS SANTOS

RG: 4073008

Mãe: ELIZETE CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA ANTONIO TOMAZ DE OLIVEIRA, Nº 1253

Complemento: PARQUE ALVORADA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: TIMON

Telefone(s): 86-8808-3889

Tipo Envolv.: VITIMA



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/XRE 190, ANO 2017, PLACA PIU-1314, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR, PASSAGEIRA KAREN, ACIMA QUALIFICADA, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA BENJAMIM CONSTANT, QUANDO UM VEICULO DE PLACA OJC-0160 -PRESIDENTE DUTRA-MA, QUE TRAFEGAVA NA RUA DAVID CALDAS INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADOS FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU, ENCAMINHADOS PARA O HUT, PRONTUÁRIO DE ACELMIR 414097, PRONTUÁRIO DE KAREN 490048. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA

ACELMIR CARLOS DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000415/2019-61

Complementar ao BO Nº: 100203.000414/2019-15

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 842.787.223-20 4 - Nome completo da vítima: Acelmi Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: Acelmi Carlos dos Santos 6 - CPF: 842.787.223-20
7 - Profissão: metalurgista 8 - Endereço: R. mango 9 - Número: 2732 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Parque Ilhares 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
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: 0029 CONTA: 280368
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (assinalar 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, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e decorrer de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com o resultado da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 nascituro (vai 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 26/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)