

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO
16/11/1989

Documentação Civil e Cidadã Pública

Nascimento
Assinatura





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Giovaneide Nunes da Silva,

RG nº 6.157.001, data de expedição 31/10/12,

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 869.883.363-20, com

domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

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

R. Henrique Teixeira, nº 2581

complemento Santo Antônio, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Jaionara da Luz Mendes Barbosa cujo o condutor era

Jaionara da Cruz Mendes Barbosa

Veículo: moto

Modelo: FLASH / MV TEEN 50

Ano: 2012

Placa: 0EF-3406

Chassi: 93FTN7XACCM003507

Data do Acidente: 18-04-2018

Local e Data: Timon-MA 18/10/2018



Giovaneide Nunes da Silva
Assinatura do Declarante

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



Cartório do 1º Ofício
TIMON-MA

Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) feita(s) a(s)
Giovaneide Nunes da Silva
Em Testemunho
Jundaina Jansen Carneiro e Silva
Jundaina Jansen Carneiro e Silva
Escrivãnia silva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 OUT. 2018

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu maia do carmo prudomio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703-144, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jaionara da Cruz Nené Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 604.639.363-96, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDIZ da Vítima Jaionara da Cruz Nené Barbosa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 604.639.363-96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	Número	Complemento
<u>Rua Henrique Dias</u>	<u>790</u>	
<u>Venilha</u>	<u>PT</u>	<u>64019-330</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(86) 99982-3093</u>

Teresina, 22 de outubro de 18

Local e Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2010

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Celso de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Assinatura do Declarante

TC 1...36
2919997182222

MATRÍCULA

13650041-2

INSCRIÇÃO
MÊS/ANO

152256673
8/2018

NOOME/ENDEREÇO
MORADOR: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep:64019330

LOCALIZAÇÃO
002-00019-002030

GRUPO
002

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
A05N287017

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS/ANO TÍPO LIDO. MÉTRICO LITROS
06-2018 Lido 24 24
05-2018 Lido 16 16
04-2018 Lido 15 15
03-2018 Lido 15 15
02-2018 Lido 23 19

ECONOMIAS-CATEGORIAS/ TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR: 11/07/2018 LECTURA
ATUAL: 07/08/2018 1441 1458

CONSUMO MÊS M3 17
PIS/PASEP 62,41+1,65%+ 1,82
CORING 62,41+7,58%+ 4,14

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO (RS/M3 E%)
10 1.000 1.000
10 25 1.000 50
25 999999 0.500 50

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
VALOR REFERENTE ÁGUA - 61,09 IRR. VALOR
> Residencial-Normal 17,0 m3 61,09
JUROS POR ATRASO 07/2018 0,16
MULTA POR ATRASO 07/2018 1,16

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO RS/M3 E (%)

VENCIMENTO 20/08/2018 TOTAL A PAGAR 62,41

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERÁ SER MODIFICADA
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADRÕES.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços
conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2.718	2.700	18	1,32	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	2.803	2.327	481	10,01	Inferior a 15,00
pH	2.793	2.782	11	6,82	6,00-9,50
TURBIDEZ	2.803	2.559	244	2,56	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017,ANEXO X)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTais	473	472	1	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	473	473	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 07/08/2018 HORA DA EMISSÃO: 10:22

TC 1...36
2919997182222

Aguas de
Teresina

MATRÍCULA
13650041-2

INSCRIÇÃO
MÊS/ANO
152256673
8/2018

VENCIMENTO

20/08/2018

VALOR A PAGAR

62,41

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003685/2018-41

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

Data/Hora: 18/10/2018 - 16:02

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

18/04/2018 - 17:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

481012

Município

TERESINA

PROMORAR

Endereço

QD 18 LOTE 18 CASA A, N°:

Ponto de Referência

Complemento

BAR BACANA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA (28 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3111000 SSP PI

Mãe: MARIA DE JESUS MENDES DA SILVA

Endereço: RUA HENRIQUETA TEIXEIRA, Nº 2581

Bairro: SANTO ANTÔNIO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO FLASH/MV TEEN 50, COR VERMELHA, PLACA OEF-3406-PI, DE PROPRIEDADE DE GEOVANEIDE NUNES DA SILVA, QUANDO AO REDUZIR A MARCHA E OLHAR PARA O LADO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, SENDO SOCORRIDA POR DANUCIA MARIA ALVES DA SILVA, RG: 5007740 SSP-PI, RESIDENTE NA QD 46 LOTE 19 CASA B, PROMORAR, E LEVADA À UPA-RENASCENÇA III, E DEPOIS TRANSFERIDA AO HUT (PRONTUÁRIO 278143). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

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

Jaionara da Cruz Mendes Barbosa
JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA (28 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da **VÍTIMA** e do seu **REPRESENTANTE LEGAL*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: **Taionara da Cruz Mendes Barbosa** CPF da Vítima: **604.639.363-96** Data do Acidente: **18.04.2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

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

Taionara da Cruz Mendes Barbosa

Local e Data

Taionara da Cruz Mendes Barbosa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA		Prontuário: 278143
Mae: MARIA DE JESUS MENDES DA SILVA		Pai: JOSE DA CRUZ BARBOSA
End. Resid.: RUA HENRIQUETA TEIXEIRA, 2581. - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 16/11/1989	Idade: 28a:5m:2d	Sexo: Feminino Fone: 86-99562-7209
Responsável: MELQUIADES NUNES DA SILVA		CNS: 706004871921941
Profissão: DO LAR		CPF: . . . RG: 3111000 - PI
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660815	Data: 18/04/2018 23:25:34	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (ESTA CIRAE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
id.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Fratura aberta de fêmur
com - Voluta *lateral* *com* *deslocamento*

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Por Evasão <input type="checkbox"/> A Pedido		<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência: DATA SAÍDA: / / .	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 23/04/2018
		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: <i>06050551</i> <i>582.1</i>	
ALTA: <input type="checkbox"/> Até 24 Hs DESTINO: <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Após 48 Hs <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.		CID Comprometível: Prof. Solicitante Internação:	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 464 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470

Melquiades V. da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura Profissional - BE
Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
04/04/2018

 <p>Aguas de Teresina</p> <p>Águas muito bem tratadas</p>		<p>CNPJ 27157674000106 - IE 2001</p> <p>Av. Dulciano Ataíde, 1035 - Flávia - CEP 64028-130 - Teresina - PI</p> <p>Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199</p>																																	
		<p>MATRÍCULA 14172600-5 FATURA Nº 152270795</p> <p>MÊS/ANO 9/2018</p>																																	
<p>NOME / ENDEREÇO MORADOR: GEOVANEIDE NUNES DA SILVA</p> <p>RUA HENRIQUETA TEIXEIRA, 2581-SANTO ANTONIO-TERESINA-PI-cep:64028130</p>																																			
<p>LOCALIZAÇÃO 013-00069-002275</p>		<p>GRUPO 013</p>		<p>NUMERO DO HIDRÔMETRO A05L118145</p>																															
<p>HISTÓRICO DE CONSUMO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>MÊS / ANO</th> <th>TIPO</th> <th>UDO</th> <th>FATURADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>09/2018</td><td>L100</td><td>14</td><td>14</td></tr> <tr><td>07/2018</td><td>Média</td><td>26</td><td>17</td></tr> <tr><td>06/2018</td><td>L100</td><td>17</td><td>17</td></tr> <tr><td>05/2018</td><td>L100</td><td>17</td><td>17</td></tr> <tr><td>04/2018</td><td>L100</td><td>14</td><td>14</td></tr> <tr><td>03/2018</td><td>L100</td><td>19</td><td>19</td></tr> </tbody> </table>		MÊS / ANO	TIPO	UDO	FATURADO	09/2018	L100	14	14	07/2018	Média	26	17	06/2018	L100	17	17	05/2018	L100	17	17	04/2018	L100	14	14	03/2018	L100	19	19	<p>ESTRUTURAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal</p>					
MÊS / ANO	TIPO	UDO	FATURADO																																
09/2018	L100	14	14																																
07/2018	Média	26	17																																
06/2018	L100	17	17																																
05/2018	L100	17	17																																
04/2018	L100	14	14																																
03/2018	L100	19	19																																
<p>DATA ANTERIOR 21/08/2018 1742 ATUAL 20/09/2018 1755</p>		<p>CONSUMO TRÊS HABITANTES 13 LBI 12.7419912 PIS/PASEP 43,30 + 1,60% = 8,77 COFINS 43,30 + 1,60% = 1,91</p>																																	
<p>TABELA DE TARIFAS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>RESIDENCIAL</th> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>REF.</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E %</td> <td>VALOR REFERENTE ÁGUA - 41,33</td> <td></td> <td>41,33</td> </tr> <tr> <td>0 18 2,6510 50</td> <td>> Residencial-Normal 13,0 m3</td> <td>08/2018</td> <td>0,06</td> </tr> <tr> <td>18 25 4,9500 50</td> <td>JUROS POR ATRASO</td> <td>08/2018</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25 999999 0,5200 50</td> <td>MULTA POR ATRASO</td> <td>08/2018</td> <td>1,91</td> </tr> </tbody> </table>					RESIDENCIAL	DESCRIÇÃO	REF.	VALOR	FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E %	VALOR REFERENTE ÁGUA - 41,33		41,33	0 18 2,6510 50	> Residencial-Normal 13,0 m3	08/2018	0,06	18 25 4,9500 50	JUROS POR ATRASO	08/2018		25 999999 0,5200 50	MULTA POR ATRASO	08/2018	1,91	<p>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA</p>										
RESIDENCIAL	DESCRIÇÃO	REF.	VALOR																																
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E %	VALOR REFERENTE ÁGUA - 41,33		41,33																																
0 18 2,6510 50	> Residencial-Normal 13,0 m3	08/2018	0,06																																
18 25 4,9500 50	JUROS POR ATRASO	08/2018																																	
25 999999 0,5200 50	MULTA POR ATRASO	08/2018	1,91																																
<p>NÃO RESIDENCIAL</p> <p>FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E %</p>																																			
		<p>VENCIMENTO 02/10/2018</p>			<p>TOTAL A PAGAR 43,30</p>																														
<p>IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES</p>																																			
<p>MENSAGEM INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERÁ SER MODIFICADA CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADRÕES.</p>																																			
<p>NOTIFICAÇÃO</p> <p>Após 30 dias do vencimento, o não pagamento dessa fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.</p>																																			
<p>CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MÊS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLORO LIVRE</td> <td>3.290</td> <td>3.290</td> <td>0</td> <td>1,27</td> <td>0,20-5,00 mg/l</td> </tr> <tr> <td>COR APARENTE</td> <td>3.349</td> <td>3.061</td> <td>288</td> <td>8,46</td> <td>Inferior a 15</td> </tr> <tr> <td>pH</td> <td>3.353</td> <td>3.341</td> <td>12</td> <td>6,90</td> <td>6,00-9,50</td> </tr> <tr> <td>TURÍDIZ</td> <td>3.349</td> <td>3.160</td> <td>189</td> <td>2,98</td> <td>Inferior a 5,</td> </tr> </tbody> </table>					PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO	CLORO LIVRE	3.290	3.290	0	1,27	0,20-5,00 mg/l	COR APARENTE	3.349	3.061	288	8,46	Inferior a 15	pH	3.353	3.341	12	6,90	6,00-9,50	TURÍDIZ	3.349	3.160	189	2,98	Inferior a 5,	
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																														
CLORO LIVRE	3.290	3.290	0	1,27	0,20-5,00 mg/l																														
COR APARENTE	3.349	3.061	288	8,46	Inferior a 15																														
pH	3.353	3.341	12	6,90	6,00-9,50																														
TURÍDIZ	3.349	3.160	189	2,98	Inferior a 5,																														
<p>CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MÊS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COLIFORMES TOTAIS</td> <td>905</td> <td>892</td> <td>13</td> <td>Ausência</td> <td>Ausente</td> </tr> <tr> <td>ESCHERICHIA COLI</td> <td>905</td> <td>905</td> <td>0</td> <td>Ausência</td> <td>Ausente</td> </tr> </tbody> </table>					PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO	COLIFORMES TOTAIS	905	892	13	Ausência	Ausente	ESCHERICHIA COLI	905	905	0	Ausência	Ausente													
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																														
COLIFORMES TOTAIS	905	892	13	Ausência	Ausente																														
ESCHERICHIA COLI	905	905	0	Ausência	Ausente																														
<p>DATA DA EMISSÃO: 20/09/2018</p>					<p>HORA DA EMISSÃO: 12:49</p>																														

18/99982.3093

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

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA
Nº Sinistro: 3180498884
Vitima: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA
Data do Acidente: 18/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180498884**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

604.639.363-96

Nome completo da vítima

Taionara da Cruz mendes Barbosa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Taionara da Cruz mendes Barbosa	604.639.363-96	Do lar
Endereço	Número	Complemento
Rua Henriqueta Teixeira	2581	
Bairro	Estado	CEP
Santo Antônio	Piauí	64.028-130
Email	Telefone (DDD)	
	86199982-3093	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 22 de outubro de 18

Local e Data

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura
23 OUT. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Niterói - RJ CEP: 26.002-470

Taionara da Cruz mendes Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

Nº Sinistro: 3180498884

Vítima: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

Data do Acidente: 18/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180498884**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000108586-9

Nr. da Autenticação 7543A3E8A6BE0510

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180498884 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIONARA DA CRUZ MENDES **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
BARBOSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 13,14,15 PERTENCE A OUTRA VÍTIMA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/0015-32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde N° 2810
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA Renascença III	Para: HUT (ORTOPEDIA)
PACIENTE: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA	
Registro:	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<p>TRAUMA CONTUSO JOELHO DIR OCORRIDO HOJE COM DOR LOCAL SEM DEFORMIDADE. RX JOELHO DIR COM FRATURA PLATO LATERAL DE TTO CIRURGICO. (S 82.1)</p> <p>ENCAMINHO AO HUT PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO.</p>	
TERESINA-PI 18/04/2018 18:11	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
TERESINA-PI ___/___/___	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



AUTORIZAÇÃO: 198731825

Nº DA REGULAÇÃO: 23037

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074

ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

NASCIMENTO: 16/11/1989

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

TRAUMA CONTUSO JOELHO D OCORRIDO HOJE COM DOR LOCAL SEM DEFORMIDADES RX JOELHO D COM FRATURA NO PLATO LATERAL DE TTO CIRÚRGICO.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

RX

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

ATA: 18/04/2018 20:55:06

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





NOME DO PACIENTE: Jaisonara da Cruz M. Barbosa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 278143

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 OUT. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Loja C. Centro - Norte CEP: 64.002-470

OLETIM DE ENTRADA - BE

ADOS DO PACIENTE:

Nome: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA		Prontuário: 278143
Mãe: MARIA DE JESUS MENDES DA SILVA		Pai: JOSE DA CRUZ BARBOSA
End. Resid.: RUA HENRIQUIETA TEIXEIRA, 2581. - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
<u>Nascimento:</u>	<u>Idade:</u>	<u>Sexo:</u> Feminino <u>Fone:</u> 86-99562-7209
16/11/1989	28a:5m:2d	
Responsável: MELQUIADES NUNES DA SILVA		<u>CNS:</u> 706004871921941
Profissão: DO LAR		<u>CPF:</u> 3111000 - PI
G. Instrução: Médio Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
End. Local.: - - -		

ADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 660815	<u>Data:</u> 18/04/2018 23:25:34	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S
<u>id.Trab.:</u> Não	<u>Trajeto?:</u> Não	<u>Tipico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u> V299

DADOS CLÍNICOS:

Fratura de placa fibular

contato ferro interno p/ D. a. v.

<u>PA</u> X mmHg	<u>P脉:</u> _____	<u>FC:</u> _____ bpm	<u>Temp.:</u> _____
<u>Diagnóstico Inicial:</u>		<u>CID:</u> _____	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
		23 OUT. 2018	
<u>ALTA:</u> <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Por Evasão <input type="checkbox"/> A Pedido		<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência: <u>DATA SAÍDA:</u> / /	
		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 444 Loja C Centro - Norte CEP: 64 02470 <u>HORA:</u> 08:00:55	
<u>ÓBITO:</u> <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Após 48 Hs <input type="checkbox"/> Anat. Patol.		<u>DESTINO:</u> <input type="checkbox"/> Internação na Unidade <u>Proced. Solicitado:</u> 08080551 <u>CID Compatível:</u> 582.1 <u>Prof. Solicitante Internação:</u>	

Melquides V da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Bernardo Barbosa Bezerra
Carimbo- Assinatura Profissional - BE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

6868

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

212580

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

-Nome: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

6 - Prontuário: 278143

-CNS: 706004871921941 B-Nascimento: 16/11/1989 9-Sexo: Feminino

RG: 3111000 - PI

1-Mãe: MARIA DE JESUS MENDES DA SILVA

12-Fone: 86-99562-7209

3-Resp: MELQUIADES NUNES DA SILVA

14-Corr: Preta

5-Ender: RUA HENRIQUIETA TEIXEIRA, 2581. - SANTO ANTONIO - CEP: 64000-000

6-Munic: TERESINA 17-Cod. IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

0 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fratura do plato tibial
desv

11 - Condições que justificam a internação:

Fratura cravada

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

29-Clinica:

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

02 01 CPF 809.651.803-87

Tempo: 00:00

3

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRU-PI 2503

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

18/04/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-Num. Síntese:

41-UF/CEP:

37-() Acidente Trabalho Típico

38-() Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

43-CNPJ Empresa:

44-UF/CEP:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

46 - Nome do Profissional Autorizado:

47-Data Autorização:

16/05/18

DEPARTAMENTO NÃO VERIFICADO

48-Documento: 49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

M. Melquiades N. da Silva

50-Data: 07/05/2018 (Pai/Conselho)

Rua Codilho de Resende, 65 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

Impresso em 18/04/2018 23:34:05

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
706004871921941	JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA		16/11/1989	F	278143
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	8695627209	MARIA DE JESUS MENDES BARBOSA	MELQUIADES DA SILVA		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
			2581		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		
SANTO ANTONIO			TERESINA		
			UF		
			PI		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))			
CARATER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 18/04/2018	BERGIEL BARBOSA BEZERRA CPF: 80965190387		
DATA ADMISSÃO 18/04/2018 23:25	DATA ALTA 20/04/2018 10:00	MOTIVO ALTA MELHORADO	CRM	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
---------------	-----------------	---------------	-------	-----------------	--------------	------	-------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JAIONARA CRUZ MENDES CPF: 13178547104	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO / AUDITORIA
CRM:	CRM:
DATA ANÁLISE: 18/04/2018 23:59:07	CPF
	DATA ANÁLISE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 DEJ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 446 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.002-470



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 19/04/18

NOME DO PACIENTE:	<u>Jacqueline da Cruz</u>		
DIAGNÓSTICO:	<u>FMS - AUTO TBS</u>		
ANESTESIA:	<u>Roque</u>		
CIRURGÃO:	<u>G. Lautsi</u>		
AUXILIAR:	<u>Resid.</u>		
ANESTESIA:	<u>S. Mdo</u>		
INSTRUMENTADORA:	<u>Salomé</u>		
	CPF N°:	<u>278143</u>	

*Lao-Pé Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 2660 980110306*

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N.º 24	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N.º 7.5	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N.º	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	34	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMÂNIO	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO RIOHEK 05/ML	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N.º	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N.º	18	UNID. 01		Erepou 20cm	UNID. 02		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	03		CIRCULANTE: Celia			
PROLENE							

CONCELENE UMBILICAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Andrade, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



PRESCRIÇÃO MÉDICA



IV Fundação Municipal de Saúde

Fundação Municipal de Saúde	
Faiança da Cruz Mendes	
NOME DO PACIENTE 	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Francisca Janaina Mendes Costa		
Diagnóstico pré-operatório Fract. diff. Femur		
Operação - Tipo R.A.F.T		
Cirurgião Dr. Fernando	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) Rose	Anestesista Dr. Thiago	Anestesia Requie
Anestésico(a)		
Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Quebra de 1 parafuso in FHD-OP.

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

- 1) Reta dada sob nogueira estéril
- 2) Preparo hab. ecol
- 3) Vid lateral + disssecção
- 4) Redução
- 5) Fixação cl placa + parafuso
- 6) Lavacão cl SF d. gr.
- 7) Sutura
- 8) Curativo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

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

*Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3487 - TEOF 11313*

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Francisco Joaquim Piero Cosca					Nº DE REGISTRO		
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
27/05/18	15x75	80	Ritmica	36,5	88				
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. UREIA			
EXAMES DE URINA	btr								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		Nra							
SISTEMA CIRCULATÓRIO		Nra					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO		Nra					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO		Nra					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL		causas de fome					CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO		fractura femur dir.					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)							APLICADO AS	EFEITOS	
							TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO						1. Megace metab 1 metab 1000 2. Anestesia metab 1000 3. Glorolax 1000 4. Glorolax 1000 5. Glorolax 1000 6. Glorolax 1000 7. Glorolax 1000 8. Glorolax 1000 9. Glorolax 1000 10. Glorolax 1000 11. Glorolax 1000 12. Glorolax 1000 13. Glorolax 1000 14. Glorolax 1000 15. Glorolax 1000		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	500	500	500	500	500			
	400	400	400	400	400	400			
	SANGUE 300	300	300	300	300	300			
	200	200	200	200	200	200			
	OUTROS 100	100	100	100	100	100			
TEMPERATURA T	38	36	35	34	33	32			
P. ARTERIAL V O PULSO	260	240	220	200	180	160			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	140	120	100	80	60	40			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	140	120	100	80	60	40			
RESPIRAÇÃO O	10	20	40	60	80	100			
SÍMBOLOS							DURAÇÃO 1000		
TÉCNICAS	foguete subaracn + s. 1000					INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES	fractura de femur d.								
CIRURGIÕES	Terciaria Conto								
ANESTESISTAS	Thiago Piera								
PARTICULARIDADES									

Túlio Nóbrega Buttram
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-M 5307

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS
IMEDIATAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

OPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

23 OUT. 2018

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



FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE		Francisco Jucine Vieira Costa					
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
27/02/18	15x75		regular	febre			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITOS	GLICÉMIA	DOS. UREIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA CIRCULATÓRIO							
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA BRONQUITE			
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
TOTAL DE DOSES							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO						
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	38						
P. ARTERIAL V O PULSO							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS	Bloqueo Subaracnóide + Sopro D						
OPERAÇÕES	Frax D fratura de fêmur L D						
CIRURGIÕES	Tendão Canto						
ANESTESISTAS	Francisco Vieira Costa						
INCIDENTE - ACIDENTE							
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO DPVAT							
IMEDIATAS							
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO							
23 OUT 2018							
PARTICULARIDADES							
DEPARTAMENTO DE SINISTROS							
GENTE SEGURADORA S.A.							
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C							
Centro - Norte CEP: 64.002470							



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 707032689

DATA REALIZ: 04/06/2018

NOME.....: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

IDADE: 28 anos

MÉDICO SOLIC:

CRM: -PI

DATA LAUDO...: 06/06/2018

CÓDIGO: 34380

CONVÊNIO: SUS

RX JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura no platô tibial comprometendo a superfície articular fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Controle ortopédico.

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Av. Higino Cunha, 1642 – Inhotim – Teresina/PI
CEP 64014-220 – CNPJ 07 444 159/0002-25

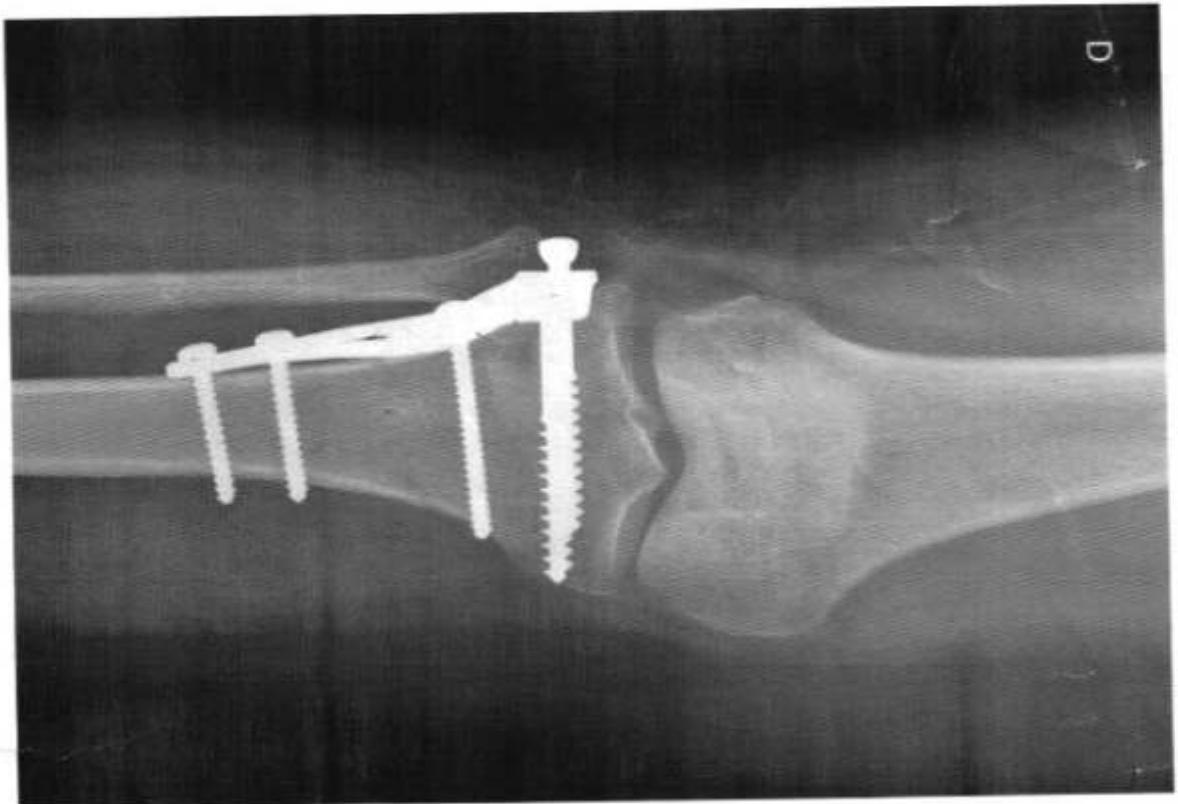
Telefone: (86) 3227-6255
Fax: (86) 3215-1520

**DEPARTAMENTO DE SINISTRO,
DPVAT**
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

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

HIPMI
JAQUELINE DA CRUZ MENDES BARBOSA
Idade: 026Y
Sexo: F



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 OUT. 2018
SEGURADORA S.A.
Av. das Resende, 465 Loja C
Porto CEP: 54.002-470

WC: 1888
WW: 4676

Exame: 04/06/2018-Hora: 16:58
Grau:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180498884 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIONARA DA CRUZ MENDES **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
BARBOSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA
PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE:		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: Solteira	Profissão:
Identidade nº: 3.111.000 SSP/PI	CPF nº: 604.639.363-96	
Endereço: Rua Henrique Teixeira nº 2581 Bairro Santo Antônio, Teresina - PI		
CEP: 64.028.330	Telefone: (86) 999405-4326	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
 Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI CPF nº: 703.754.703-44
 Profissão: Bacharel em Direito Telefone: (86) 9 9405-4326 / 9982-3093 / 8828-8177
 Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

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

Taionara da Luz mendes Barbosa

Timon-MA

18/10/2018

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Norte CEP: 64.002470

1º OFÍCIO

Reconheço como verdadeira(s) firma(s) da

Taionara Da Cruz mendes Barbosa

- Outorgante -



Em Testemunho

18/10/2018 da verdade.

Jandaina Jansen Correiro e Silva
Jandaina Jansen Correiro e Silva
Escrivente

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180498884 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIONARA DA CRUZ MENDES **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
BARBOSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA
PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00