

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

POLEGAR DIREITO

Assinatura: Jaionara da Cruz Mendes Barbosa

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.111.000 DATA DE EMISSÃO 04/12/07

NOME JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

FILIAÇÃO MARIA DE JESUS MENDES DA SILVA

NATURALIDADE JOSÉ DA CRUZ BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO 16/11/1989

END. CARTEIRA SÃO FELIX DO PIAUÍ-PI

CERT. NASC. 8445 L A13 F 159V

EXP. SÃO FELIX DO PIAUÍ-PI 11/06/92

TERCEIRA - PI

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 22/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA

Número 96-393.639-66

Nascimento 6861/11/61

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

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

CÓDIGO DE CONTROLE 9429.A15D.63A8.0C8B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil às 11:12:43 do dia 07/04/2014 (hora e data de Brasília) dígito verificador: 00

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

DOMICÍLIO  
MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA  
1457994 SSP PI

CPF  
703.754.703-44

DATA NASCIMENTO  
10/09/1971

PRACÇÃO  
LUIZ PROCEDONIO DA SILVA  
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO  
ACC  
CATHB  
B

Nº REGISTRO  
02851011130

VALIDADE  
15/12/2022

HABILITAÇÃO  
29/04/2003



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1554660910



OBSERVAÇÕES  
A

Assinatura do Titular / Assinatura do Portador  
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO  
20/12/2017

70615801046  
PI320021300

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1554660910

PIAUI

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

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Geovaneide Nunes da Silva,

RG nº 1.157.001, 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. Henriqueta Teixeira, nº 2581,

complemento Santo Antonio 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 Cruz 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



Geovaneide Nunes da Silva  
Assinatura do Declarante

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



Reconheço como verdadeira(s) a(s) assinatura(s) de:  
Geovaneide Nunes da Silva  
Em Testemunho [assinatura] da verdade:  
Timon - MA, 18.10.2018  
Jandaina Jensen Carneiro e Silva  
Escritorinha Silva



## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 maria do Carmo Procondonio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703/114, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jaionara da Cruz Mendes Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 604.639.363/96, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Jaionara da Cruz Mendes 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 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 Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>Vunilha</u>	Cidade <u>Terresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64019-330</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>86.99982-3093</u>

Terresina 22 de outubro de 18  
Local e Data

maria do Carmo Procondonio  
Assinatura do Declarante

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

**Aguas de  
Teresina**

Nossa água muito bem tratada

CNPJ 27157475/000106 - IE 195965574

Av. Odilô Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI

Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.36  
20180807102232

MATRICULA

13650041-2

INSCRIÇÃO

MÊS/ANO

152256673

8/2018

NOME/ENDREÇO

MARIA DO CARMO PROCEDONIO 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 TIPO

07-2018 Lido

06-2018 Lido

05-2018 Lido

04-2018 Lido

03-2018 Lido

02-2018 Lido

LIDO

16

24

16

15

15

15

NATURADO

16

24

16

15

15

15

ECONOMIAS - CATEGORIAS/TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

ANTERIOR

11/07/2018

1441

ATUAL

07/08/2018

1458

LEITURA

1441

1458

CONSUMO MÊS M3

17

VAL 10,740012

PS.PROP 2,41+1,6500= 4,06

COPING 62,41+7,5000= 69,91

TABELA DE TARIAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

RESIDENCIAL

FADDA DE CONSUMO RS/M3 E (%)

18 2% 4.000 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

25 999999 0.5300 50

DISCIPLO

VALOR REFERENTE AGUA - 61,09

> Residencial-Normal

JUROS POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

17 0 m3

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

07/2018

VENCIMENTO

20/08/2018

TOTAL A PAGAR

62,41

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOTIFICAÇÃO

INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE AGUA PODERA SER MODIFICADA  
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADRÕES.

### NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, a 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 XX)

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
CORAPARENTE	2.808	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 XX)

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

20180807102232

**Aguas de  
Teresina**

MATRICULA

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

8265000000-3 62411535000-8 00201815225-2 66730100104-2





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003685/2018-41

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

Data/Hora

18/04/2018 - 17:30

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

QD 18 LOTE 18 CASA A, Nº:

Complemento

Bairro

PROMORAR

Ponto de Referência

BAR BACANA

481012

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA (28 ANOS)

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

CPF do Representante legal

E-mail

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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Tererina 22 de outubro de 18  
Local e Data

Taionara da Cruz Mendes Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 ENTRADA - BE**

**DADOS 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 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 (DESTA CIDADE)

**Motivo da Procura:** ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) **Convênio:** S U S

**Id. Trab.:** Não **Trajetos?:** Não **Típico:** Não **CID Secundário:** V299

**DADOS CLÍNICOS:**

*Fratura de plastrão lateral 11*

*com 70% de abertura*

*interna por 10 a 12 cm*

**PA:** X **mmHg** **Pulso:** **FC:** bpm **Temp.:**

**Diagnóstico Inicial:** **CID:**

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

**ALTA:**

( ) Melhorado ( ) Administrativa ( ) Retornar à Unid. Origem:

( ) Curado ( ) Por Indisciplina ( ) Transferência:

( ) Inalterado ( ) Por Evasão

( ) A Pedido

**DATA SAÍDA:** / /

**DESTINO:**

( ) Até 24 Hs ( ) Família

( ) De 24 a 48 Hs ( ) IML

( ) Após 48 Hs ( ) Anat. Patol.

**PROCED. SOLICITADO:** 0307050551

**CID Compatível:**

**Prof. Solicitante Internação:**

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

**DPVAT**

**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**23 JUL 2018**

**GENTE SEGURADORA S.A.**

Rua Coelho de Resende, 484 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.02470

**HORA:**

*Melquias N. da Silva*

Assinatura Paciente ou Responsável

*Dr. Bergiel Barbosa Bezerra*

Carimbo- Assinatura Profissional - BE

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



**Águas de Teresina**

CNPJ 27.157.474/0001-05  
Av. Odeante Araújo, 1035 - Pôrta - CEI - 64002-000 - Teresina - PI  
Telefone: 0800 123 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

Água muito bem tratada

TC 1.37  
20180920124529

MATRICULA

14122600-5

FATURA Nº

152770795

MÊS/ANO

9/2018

NOME / ENDEREÇO

MORADOR: GEOVANEIDE NUNES DA SILVA

RUA HENRIQUETA TEIXEIRA, 2581 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64028130

LOCALIZAÇÃO

013-00069-002275

GRUPO

013

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A05L118145

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	Tipo	LIDO	FATURADO
08-2018	Lido	24	24
07-2018	Multa	40	18
06-2018	Lido	17	17
05-2018	Lido	17	17
04-2018	Lido	14	14
03-2018	Lido	19	19

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA

21/08/2018

LEITURA

1742

ANTERIOR

20/09/2018

1755

CONSUMO TRÊS VAS

13

US PASSEI

25,30 x 1,65 x 10,77

COFINS

43,30 x 9,60% = 3,29

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO M3/MÊS (N)	VALOR
0	10	2,4510
10	25	4,9-30
25	9999999	8,5200

DESCRIÇÃO  
VALOR REFERENTE AGUA - 41,33  
> Residencial-Normal  
JUROS POR ATRASO  
Multa por atraso

VALOR	RENT.
41,33	13,0 m3
0,06	08/2018
1,91	08/2018

NÃO RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO M3/MÊS (N)

VENCIMENTO

02/10/2018

TOTAL A PAGAR

43,30

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE AGUA PODERA SER MODIFICADA CASO NAO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADROES.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.443/2007, 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 XX)

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 15,00
PH	3.353	3.341	12	6,90	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.349	3.160	189	2,08	Inferior a 5,00

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	905	892	13	Ausencia	Ausente
ESCHEIRICHIA COLI	905	905	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 20/09/2018

HORA DA EMISSÃO: 12:49

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

(86199982.3093)

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**

Carta nº 13512063



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

Jaionara da Luz Mendes Barbosa

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Jaionara da Luz Mendes Barbosa		604.639.363-96		Do lar	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Henriqueta Teixeira		2581			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Santo Antonio	Teresina	Piauí	64.028-130		
Email		Telefone (DDD)			
		86199982-3093			

Dedaro, 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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 1987 (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. 108586 (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome: _____ NRO. _____		<b>AGÊNCIA</b> NRO. _____ (Informar dígito se existir)	
<b>CONTA</b> NRO. 9 (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. _____ (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. _____ (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. _____ (Informar dígito se existir)	

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

Jaionara da Luz 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](http://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 BARBOSA **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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 Nº 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:
<b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO</b> TRAUMA CONTUSO JLEHO DIR OCORRIDO HOJE COM DOR LOCAL SEM DEFORMIDADE. RX JOELHO DIR COM FRATURA PLATO LATERAL DE TTO CIRURGICO. (S 82.1) ENCAMINHO AO HUT PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO.	
TERESINA-PI 18/04/2018 18:11	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

**FICHA DE RETORNO**

De:	Para:
<b>DIAGNÓSTICO</b>	
	
TERESINA-PI _/_/_	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



COMPROVANTE DE REGULACAO

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: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: JAONARA 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 CIRURGICO.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
RX			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:		FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:
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: Jailsonara 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 REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 OUT. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Loja C. Centro - Norte CEP: 64.002470

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

**DADOS 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 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:** AMBULANCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)

**Motivo da Procura:** ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) **Convênio:** S U S

**Id.Trab.:** Não **Trajetos?:** Não **Tipico:** Não **CID Secundário:** V299

**DADOS CLÍNICOS:**

*Fratura de plastrão lateral 11*

*com 70% de fratura*

*interna no 11º a 12º*

PA ☒ mmHg **Pulso:** ☐ **FC:** ☐ bpm **Temp.:** ☐

**Diagnóstico Inicial:** ☐ **CID:** ☐

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

☐

☐

☐

<b>ALTA:</b> <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:	<b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</b> <b>DPVAT</b> <b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b> 23 JUL 2018 <b>GENTE SEGURADORA S.A.</b> Rua Coelho de Resende, 466 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 HCRA:
		<b>DATA SAÍDA:</b> / /	
<b>ÓBITO:</b> <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<b>DESTINO:</b> <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade <b>Proced. Solicitado:</b> 0309050551	<b>Prof. Solicitante</b> <b>Internação:</b>
		<b>CID Compatível:</b> 582.1	

*Melquias N. da Silva*  
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura Profissional - BE

*Dr. Bergiel Barbosa Bezerra*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

FMS **SUS** **HUT**

# DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

0803

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	212580
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA	6 - Prontuário:	278143
CNS:	706004871921941	8-Nascimento:	16/11/1989
1-Mãe:	MARIA DE JESUS MENDES DA SILVA	9-Sexo:	Feminino
3-Resp:	MELQUIADES NUNES DA SILVA	RG:	3111000 - PI
5-End:	RUA HENRIQUETA TEIXEIRA, 2581. - SANTO ANTONIO - CEP: 64000-000	12-Fone:	86-99562-7209
6-Munic:	TERESINA	14-Cor:	Preta
		17-Cod.IBGE:	221100
		18-UF:	PI
		19-CEP:	64000-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Fratura do platô tibial*

2 - Condições que justificam a internação:

*Fratura*

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

4 - Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:	Tempo (h):
0408050551	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	3
9-Clinica:	30-Caráter: Ident.:	31-Docum.:
	02	01
	CPF	809.651.803-87
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	
BERGIEL BARBOSA BEZERRA	18/04/2018	

*Dr. Bergiel Barbosa Bezerra*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRU-PI 2503

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Mo. Emissão:	41-Data:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-Cidade:
38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado			

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
	16/05/18
48-Documento:	49-Num. Documento:
( ) CNS ( ) CPF	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Melquias N. da Silva*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

NÃO VERIFICADO

23 JUL 2018

50- Assinatura do Conselho

Rua Codinho de Resende, 485 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.00247

Impressão: 18/04/2018 23:34:05

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 68623  
AIH: 2218100220369

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES  
5828856

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES  
5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

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

**LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS**

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

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

CIRURGICO

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**

EXAME FISICO

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

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

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> BERGIEL BARBOSA BEZERRA CPF: 80963190387
<b>CARATER</b> URGÊNCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 18/04/2018
<b>DATA ADMISSÃO</b> 18/04/2018 23:25	<b>DATA ALTA</b> 20/04/2018 10:00
<b>MOTIVO ALTA</b> MELHORADO	

**CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

<b>TIPO ACIDENTE</b>	<b>CNPJ SEGURADORA</b>	<b>Nº DO BILHETE</b>	<b>SÉRIE</b>	<b>CNPJ DA EMPRESA</b>	<b>CNAE EMPRESA</b>	<b>CBOR</b>	<b>NATUREZA DA LESÃO</b>

**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO**

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> AARAUJO CRUZ MENDES CPF: 13178547304	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA</b> CPF: DATA ANALISE: 18/04/2018 23:58:07
<b>CRM:</b>	<b>CRM:</b>

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**

**CONTEUDO NÃO VERIFICADO**

23 JUL 2018

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





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador

Anestésico(a)

Data da Operação

Diagnóstico pré-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 19 / 04 / 18

NOME DO PACIENTE:	Jacouara da Cruz Mendes Barbosa	PRONTUÁRIO Nº	278143
DIAGNÓSTICO:	FMI - AUTO TIBIAL	CRURGIA:	MFC e PUL
ANESTESIA:	Rapide	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	G. Lactse	CPF Nº:	140-756 Frontiers
AUXILIAR:	Resid.	CPF Nº:	TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
ANESTESIA:	D. Aldo	CPF Nº:	CRM-P2 2560 SBO 10306
INSTRUMENTADORA:	Salomé	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	14	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANIA	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	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 Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 18	UNID.	01		Crepom 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							

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



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
GÊNCIA DE TERESINA - HUT

HO, AL DE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA		278143	28	Ortopédica	237	253	OBSERVAÇÕES
PRESCRIÇÃO MÉDICA							HORÁRIOS
DATA/HORA CÓDIGO							
DI : 18/04/2018	FRAT. PLATO TIBIAL						
20/04/18							
1	Dieta oral livre						
2	Jeito salinizado						
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
4	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
7	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN						
8	Curativos diários						
9	Cuidados gerais e sinais vitais						

Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo L. Paiva Filho  
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

CRM 3367

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

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



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HC ) TAL DE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

*CUB*  
MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
MONICA M. SILVA		278.143	Ortopédica	2371253		OBSERVAÇÕES	
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES		
19/04		DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO			16:05 - Pt admitida nesta		
19/04		SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN			Plano UNID de Frot. Plote		
19/04		RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H			Tubul D, praxidade da SRPA.		
19/04		CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H			Comunh, ciuidadada, praxia		
19/04		DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H			Neoplasia mediana mentera e		
19/04		TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H			comorbidades. <i>Tamilton, AD N. Souza</i>		
19/04		TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN			23:00 - Paciente apre-		
19/04		CURATIVO			sentando retenção		
19/04		CCGG + SSW			urinhária, passado		
19/04					SVA com débito =		
19/04					700ml. <i>cf</i>		

*Lao Kai Frontiers*  
TRANSMISSÃO E OR. 2004  
2004-2005 50% 100%

DEPARTAMENTO DE SINIST  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICA  
23 OUT. 2010  
GENTE SEGURADORA S  
Rua Coelho de Resende, 445 Loj  
Centro - Norte CEP: 64.0024



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - 100				IDADE _____ anos		DATA 19/04/2018	
NOME Jaelsonara				HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 50 min			
TIPO DE ANESTESIA: ( ) GERAL (x) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO				CIRURGIÃO _____			
CIRURGIA REALIZADA _____				CIRURGIÃO _____			
SINAIS VITAIS		HORÁRIO		ADMISSÃO		SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		118/66				122/74	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		99				100	
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)		100%				97%	
TEMPERATURA AXILAR (O° C)							
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)							
NOME/ MATRÍCULA		Jelyane					
ÍNDICE DE ADRITTEE KROULIK				ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
	Movimenta dois membros	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
	Tem apnéia	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
	Desperta, se solicitado	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
	Não responde	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO				TOTAL		10	
ESCALA DE DOR ALTA				ASS.		Jelyne Alcântara do Prado	
( ) Sonda Vesical				( ) Dreno de Sucção		( ) Dreno Torácico	
( ) DVE				( ) Sonda		( ) Sonda	
LUGAR DE ENFERMAGEM:				ALTA SRPA		ANESTESIOLOGISTA	
11:50 Admitida na SRPA em PUF de 100% para				Dra. Diabla Brasileira		DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
13:30 Recebe alta médica, estável.				MÉDICA ANESTESIOLOGISTA		DPVAT	
ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )				HORÁRIO		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) CIR ( )						23 OUT. 2018	

Jaicnara da Cruz Mendes

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Jaicnara da Cruz Mendes					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
DATA: 28/01/18 HORA: 18h			OBSERVAÇÕES		
<p>1 - Dieta geral</p> <p>2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h</p> <p>4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h</p> <p>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h</p> <p>6 - Piasil 01 amp + ADEV 8/8h</p> <p>7 - CCGG + SSVV</p>					
<p>8 - Cleparel 403 cap 5c 1x/dia</p>					
<p>Dr. Reginaldo Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PA 2009</p>					
<p>Dr. José Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA CRM-PA 2009</p>					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

GENTE SEGURO S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

MÉDICO/CRM:

Mod: 007





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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Francisca Janaina Mendes Costa

Diagnóstico pré-operatório Fract. distal. Femur

Operação - Tipo R.A.F.T.

Cirurgião Dr. Fernando

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) Rose

Anestesista Dr. Thiago

Anestesia Respire

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Quebra de 1 parafuso intra-op.

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Corte DMO sob Marking e esteriz
- 2) Prepou hab. real
- 3) Via LATERAL + dissecção
- 4) Redução
- 5) Fixação ci placa + parafusos
- 6) Lavagem ci SF 0,9%
- 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: 64.002470

Dr. Fernando C. de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 3447 - TEOT 11313

## FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Francisca Joana Mendes Costa		Nº DE REGISTRO	
DATA	21/05/18	P. ARTERIAL	15x75	PULSO	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE URINA				HEMATOCRITOS	ALTURA
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		WNL			
SISTEMA CIRCULATÓRIO		WNL			
SISTEMA RESPIRATÓRIO		WNL			
SISTEMA DIGESTIVO		WNL			
ESTADO MENTAL		Causa do fôlego			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		Fratura fêmur direito			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		APLICADO AS			
EFEITOS					
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES			
OXIGÊNIO		1. Mupen inalatório +			
1		mupen inalatório			
2		2. Anestesia local			
3		bambam + propofol 80			
LÍQUIDOS		12/3 Osmol 250			
SO-UTO 500		furosemida 15mg			
SANGUE 300		p. e. i. + 3mg fentol			
OUTROS 100		SEQUÊNCIA			
TEMPERATURA T		1. Mupen inalatório			
P. ARTERIAL		2. Anestesia local			
V O		3. Bambam 250			
PULSO		4. Propofol 80			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		5. Bambam 250			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		6. Bambam 250			
RESPIRAÇÃO O		7. Bambam 250			
SÍMBOLOS		DURAÇÃO 1 hora			
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES		Fratura fêmur direito			
CIRURGIÕES		Tarciso Costa			
ANESTESISTAS		Thiago Mendes			
PARTICULARIDADES		CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS			

MOD 76 - HUT

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

## FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Francisco Joseane Vitor Costa		Nº DE REGISTRO	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
27/07/18	15x75		18x12	36,5	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GEC
					88
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO					
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
SISTEMA DIGESTIVO					
ESTADO MENTAL					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					
APLICADO AS					
ELETROCARDIOGRAMA					
ASMA					
BRONQUITE					
CORTICOIDES					
ATARÁXICOS					
OUTROS					
FÍSICOS					
EFEITOS					
TOTAL DE DOSES					
1. Mergulho submerso + máscara					
2. Anestesia com óxido de nitrogênio + gás					
3. 213 Oxigênio 250					
4. 1500 ml de Soro fisiológico + 1000 ml de Soro fisiológico					
5. 1000 ml de Soro fisiológico + 1000 ml de Soro fisiológico					
6. 1000 ml de Soro fisiológico + 1000 ml de Soro fisiológico					
7. 1000 ml de Soro fisiológico + 1000 ml de Soro fisiológico					
8. 1000 ml de Soro fisiológico + 1000 ml de Soro fisiológico					
9. 1000 ml de Soro fisiológico + 1000 ml de Soro fisiológico					
10. 1000 ml de Soro fisiológico + 1000 ml de Soro fisiológico					
11. 1000 ml de Soro fisiológico + 1000 ml de Soro fisiológico					
12. 1000 ml de Soro fisiológico + 1000 ml de Soro fisiológico					
13. 1000 ml de Soro fisiológico + 1000 ml de Soro fisiológico					
14. 1000 ml de Soro fisiológico + 1000 ml de Soro fisiológico					
15. 1000 ml de Soro fisiológico + 1000 ml de Soro fisiológico					
DURAÇÃO					
1 hora e 30 minutos					
SÍMBOLOS					
TÉCNICAS					
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
PARTICULARIDADES					
INCIDENTE - ACIDENTE					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS					

Thiago Mendes Bastos  
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA  
CRM-PI 5187

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

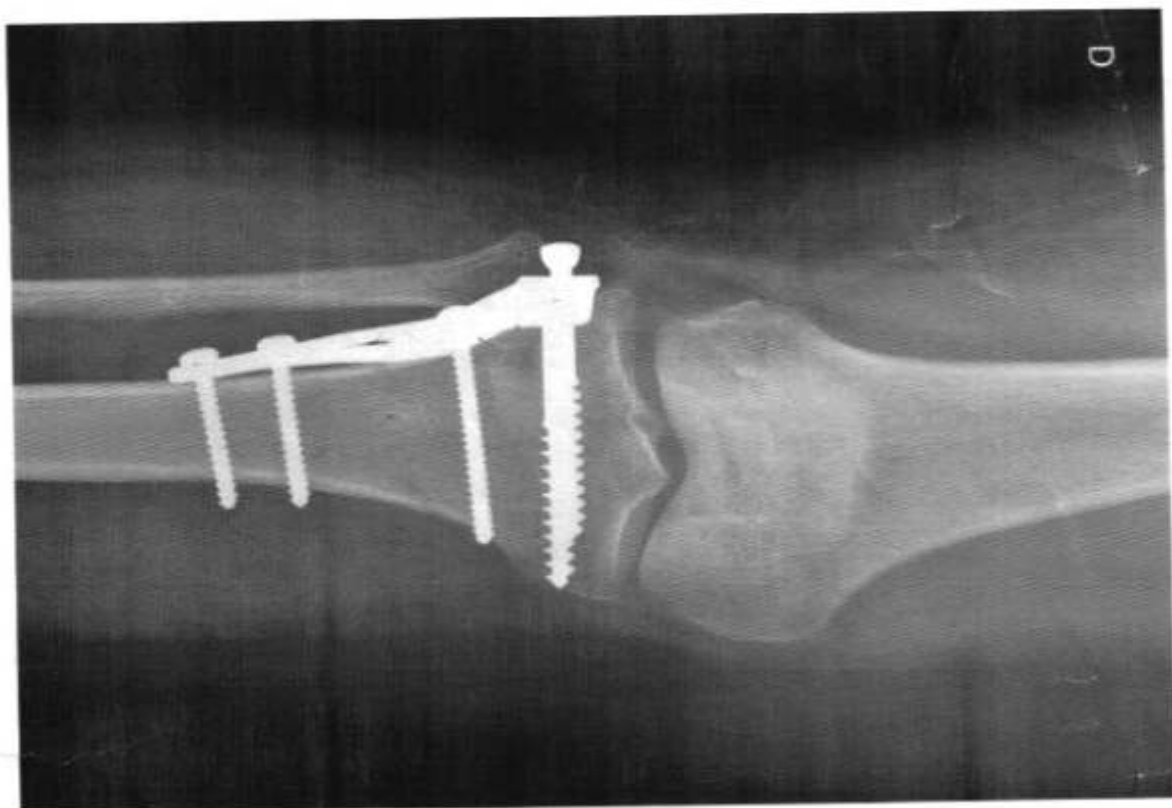
**Nº ORDEM.....:** 707032689**NOME.....:** JAIONARA DA CRUZ MENDES BARBOSA**MÉDICO SOLIC:****DATA LAUDO....:** 06/06/2018**CONVÊNIO:** SUS**DATA REALIZ:** 04/06/2018**IDADE:** 28 anos**CRM:** -PI**CÓDIGO:** 34380**RX JOELHO DIREITO**

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. Hígio Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-35Telefone: (86) 3227-6255  
Fax: (86) 3216-1520

HIPALPI  
JAONARA DA CRUZ MENEZES BARBOSA  
Idade: 0287Y  
Sexo: F



DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
23 OUT. 2018  
SEGURO S.A.  
de Resende, 465 Loja C  
Porte CEP: 84.002470

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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 MENDONÇA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>Jaionara da Cruz Mendes Barbosa</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão:
Identidade nº: <u>3.111.000 SSP/PI</u>	CPF nº: <u>604.639.363-96</u>	
Endereço: <u>Rua Henriqueta Teixeira n: 2581</u>		
<u>Bairro Santo Antonio, Teresina - PI</u>		
CEP: <u>64.028.330</u>	Telefone: <u>(86) 99405-4326</u>	

## 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, N° 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 pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer 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 Vitima Jaionara da Cruz Mendes Barbosa

Terminou - MA

18/10/2018

Local e data

1º OFÍCIO

Reconheço como verdadeira(s) e(s) firmada(s) de:

Jaionara da Cruz Mendes Barbosa

Jaionara da Cruz Mendes Barbosa

- Outorgante -

Em Testemunho

da verdade:

Wandaina Jansen Carneiro e Silva

Wandaina Jansen Carneiro e Silva  
Escritor

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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