

25 JUN 2019

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Maria Da Anunciação De Macedo Santos
RG: 1.559.749 ORG. EMISSOR: SS01PI D. EXPEDIÇÃO: 23/10/14
CPF: 653.534.123-20 ESTADO CIVIL: Casada PROFISSÃO: Do Lar
ENDEREÇO: Rua Promotoria Q-057 A C-21A Nº: 21
COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Promotoria
CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64000-000 TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Roze Soares Marques
RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SS01PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Recurso
ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro Nº: 544
BAIRRO: Centro CIDADE: Teresina UF: PI CEP: 64000-235

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

Maria Da Anunciação De Macedo Santos

Data do acidente de trânsito: 26/03/2019

Cobertura da vítima: Imensidade

5º OFÍCIO

LOCAL / DATA: Teresina PI 13/06/19Maria da Anunciação de Macedo Santos

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO))

Cartório 5 Ofício de Notas e Protesto de Títulos

MARIA HILDA SILVA FEITOSA - Tabelião Interina

CNPJ: 33.373.668/0001-71 - CNS: 07.969-9

RUA BARROSO, 91, CENTRO, CEP: 64001130, TERESINA-PI

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DA ANUNCIAÇÃO DE MACEDO SANTOS, DOU FÉ. EM TEST. 9 DA VERDADE. TERESINA-PI, 13/06/2019. Selo: AAE29077-2EGG
www.tjpi.jus.br/portalexta. Flávia Maria

FLÁVIA MARIA DOS SANTOS MACIEL PINHEIRO-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - 09-27

CA: TÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Flávia M. dos S. Maciel Pinheiro
Escritório: Comprimada
Teresina-PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214734/19

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SAI

CPF: 653.534.123-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2019

Titular do CPF: MARIA DA ANUNCIACAO
DE MACEDO SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS : 653.534.123-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/06/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214734/19

Número do Sinistro: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SAI

CPF: 653.534.123-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2019

Titular do CPF: MARIA DA ANUNCIACAO
DE MACEDO SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214734/19

Número do Sinistro: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SAI

CPF: 653.534.123-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2019

Titular do CPF: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000079802-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190397419

Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Data do Acidente: 26/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 14/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	653.534.123-20	MARIA DA ANUNCIAÇÃO DE MACHO SANTOS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
MARIA DA ANUNCIAÇÃO DE MACHO SANTOS		653.534.123-20	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Do lar	com Premiação 0-057 C-21A	21	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Premiação	Teresina	PI	64027-140
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(86) 99534-6565		

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004 ☐ CONTA: 79802 ☐ 8
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 26 JUN 2019
 GENTE DE PEDIDO
 COELHO DE REGISTRO
 Nº 15.550.802-420

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 24/06/19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria da Anunciação de macho Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU

DATA: 24/06/2019

TERMINAL: 20041011

HORA: 11:42:43

CONTROLE: 200410110215

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00079802-8

NOME: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SA

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANCA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 3428556501

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002229/2019-65



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

Data/Hora: 12/06/2019 - 10:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. BARÃO DE GURGUEIA, Nº:

Complemento

Data/Hora

26/03/2019 - 09:00

530916

530920-2

Bairro

TABULETA

Ponto de Referência

MOSSORÓ PEÇAS



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: **MARIA DA ANUNCIÇÃO DE MACÊDO SANTOS**

RG: 1559749 PI

Mãe: MARIA VIEIRA DO ESPIRITO SANTO

Endereço: QD-57, CS-21, LOTE A, Nº

Bairro: PROMORAR

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

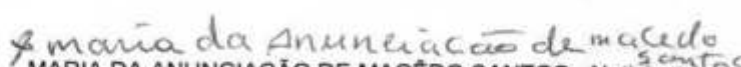
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO HONDA/CG150 FAN ESDI, PLACA PSK-9054-PI, COR VERMELHA, RENAVAL 1076178402, PROP. DE JOÃO DIAS DOS SANTOS, CONDUZIDA POR ANTONIO FERNANDES VIEIRA JUNIOR, E QUE TRAFEGAVAM PELA VIA CITADA, SENTIDO NORTE, QUANDO, SENTADA DE LADO NA MOTO, ESCORREGOU E CAIU. FOI SOCORRIDA PELO CONDUTOR DA MOTO E LEVADA PARA A SUA RESIDENCIA. SENTIDO DORES E O BRAÇO INCHANDO, NO DIA 28/03/2019 DEU ENTRADA NA UPA. (PRONT. 145510). DEPOIS FOI TRANSFERIDA PARA O HUT. (PRONT. 507017). TESTEMUNHA: LUANA MAGNA RODRIGUES NASCIMENTO MONTEIRO, RUA SEIS, 757-PL. BOA ESPERANÇA, TIMON-MA. DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA


MARIA DA ANUNCIÇÃO DE MACÊDO SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	653.534.123-20	maria Da Anunciação De Macedo Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
maria Da Anunciação De Macedo Santos		653.534.123-20	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Do lar	Rua Premiera 0-057 C-21A	21	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Premiera	Teresina	PI	64027-140
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(86) 99534-6565		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 2004	CONTA: 79802	AGÊNCIA:	CONTA:
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa premissa ou garantia com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	

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

impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

Local e Data: Teresina - Piauí 24/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

maria da Anunciação de macedo santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 28/03/2019 11:37:55

(User: ALBERT MEDEIROS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

Nome: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS		Prontuário: 145510	
Mãe: MARIA VIEIRA DO ESPIRITO SANTO		Pai: ILARIO CARDOSO DE MACEDO	
End.Resid.: QD 58 LOTE 21 CASA A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 06/02/1956	Idade: 63a1m22d	Sexo: Feminino	Fone:
Responsável: O MESMO		CNS: 898000956173987	
Profissão:		Documento: CPF: 653.534.123-20	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 349783	Entrada: 28/03/2019 10:12:42	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Paciente com trauma em cotovelo E, ocasionado por queda de motocicleta há 2 dias, evolui com dor, edema e limitação funcional. Nega comorbidades e alergias		PABLO HENRIQUE SILVA MALTA COREN 196417 Em: 28/03/2019 10:56:38

SSVV: (Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm
Pressão: mmHg			
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: trauma em cotovelo ha 3 hs rx fraturar de epicondilo lateral do cotovelo encaminhado a cirurgia			
Diagnóstico Inicial: ?		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 26 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	

Confere C. m o Original

Tramat
CNPJ: 08.522.917/0035-19
UNIA RENASCENÇA
RUA RIO VERDE, 2810
RENASCENÇA III - TERESINA-PI
130514

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
Encaminhado para Exames

DATA: ____ / ____ / ____ **HORA:** ____ : ____

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Albert Medeiros
A Otorrinolaringologista
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
CRM3567 Em: 28/03/2019 11:37:53

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: 17/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000079802-8

Nr. da Autenticação 3687439F28A3B94C

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - LE 195965574

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

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

TC 1.38
28/02/2019

MATRICULA

12712485-3

FATURA Nº

150479904

MES/ANO

2/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR VALDEMAR S GOMES

CON PROMORAR Q-057 A

Q-061, Q-058-C-21A-PROMORAR-TERESINA - cep: 64027140

LOCALIZAÇÃO

008-00055-004010

GRUPO

008

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A05N213165

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	Tipo	LIDO	FATURADO
01-2019	Manobra	05	10
12-2018	Manobra	07	10
11-2018	Lido	10	10
10-2018	Lido	12	10
09-2018	Manobra	09	10
08-2018	Manobra	07	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA

ANTERIOR 16/01/2019

ATUAL 12/02/2019

LEITURA

1677

1684

CONSUMO MÊS M3

10

LEI 10748/02

PIS/PASEPIS: 4541,60% = 0,45

COFINS 20,4547,60% = 2,06

TABELA DE TARIFFAS

RESIDENCIAL	Faixa de consumo M3/M3 e (%)
M 10	0,9750 10
12 25	5,2000 15
20 999999	9,1500 25

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

VALOR REFERENTE AGUA - 28,45
> Residencial-Normal 10,0 m3

VALOR

28,45

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO M3/M3 e (%)

VENCIMENTO

25/02/2019

TOTAL A PAGAR

28,45

REGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO USE O CODIGO: 00 + NUMERO DA MATRICULA + DIGITO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal 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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2672	2669	3	1,49	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	2653	2575	78	5,80	Inferior a 15
PH	2681	2631	50	6,63	6,00-9,50
TURBIDEZ	2685	2645	40	1,75	Inferior a 5

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	744	740	4	Ausencia	Ausente
ESCHEWICHIA COLI	744	744	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 12/02/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:28

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 018211785

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

CONTA MÊS
FEVEREIRO/2019

VENCIMENTO
01/03/2019

CONSUMO (kWh)
297

TOTAL A PAGAR (R\$)
314,47

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

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
	kWh		
Atual:	19725	Atual:	22/02/2019
Anterior:	19428	Anterior:	23/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/03/2019
Consumo Medido:	297	Emissão:	21/02/2019
Consumo Faturado:	297	Apresentação:	22/02/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
	Código de Irregularidade:		

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

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 297 - 0,623068

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 JUN 2019

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

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	53,46			Base de Cálculo:	284,48		
Energia:	103,28			Alíquota ICMS:	27,00%		
Transmissão:	17,48			Valor do ICMS:	76,80		
Encargos:	11,02			Valor do PIS:	4,01		
Tributos:	99,24			Valor do COFINS:	18,43		
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Limite	DEC			FIC			DMC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00
Consumo TERESINA-MACALUBA				Período de apuração: 12/2018			
				Fino: 19,43			

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Da Anunciação de Macedo Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 653.534.123-20 do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima Maria Da Anunciação de Macedo Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 653.534.123-20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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



Endereço		Número	Complemento
<u>Rua 24 de Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 24 de Junho de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, João Dias dos Santos

RG nº 475.071, data de expedição 09/05/14

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 433.332.143-34

com domicílio na cidade de Timon, no Estado de

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

RUA 06, nº 767

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

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

_____, cujo o condutor era

ANTONIO FERNANDES VIEIRA JÚNIOR

Veículo: MOTO Modelo: FAM 150 Ano: 2015

Placa: PSK 9054 Chassi: 9C2KC1630FR202937

Data do Acidente: 26/03/19

Local e Data: Timon 30 de Junho 2019

João Dias dos Santos

Assinatura do Declarante

Antonio Fernandes Vieira Junior

Assinatura do Condutor

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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



CARTÓRIO 3º OFÍCIO EXTRAJUDICIAL - TIMON-MA

Av. Presidente Médica, 689 - Parque Plaza - CEP 65631-390
FONE: (99) 3326-8080

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOÃO DIAS DOS SANTOS, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, Timon-MA, 10/06/2019.

JUCIARE GOMES-ESCRIVENTE
Emol.: 15,00 FERC: 0,50 Total: 15,50 (38)



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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

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

Eu, João Dias dos Santos

RG nº 475.071, data de expedição 09/05/14

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 433.332.143-34

com domicílio na cidade de Timon, no Estado de

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

RUA 06, nº 768

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

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

Maria da Anunciação de Macedo Santos, cujo o condutor era

ANTONIO FERNANDES VIEIRA JUNIOR

Veículo: MOTO Modelo: FAM 150 Ano: 2015

Placa: PSK 9054 Chassi: 9C2KC1630FR202937

Data do Acidente: 26/03/19

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

Local e Data: Timon 30 de JUNHO 2019

João Dias dos Santos

Assinatura do Declarante

Antonio Fernando Vieira Junior

Assinatura do Condutor

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

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



CARTÓRIO 3º OFÍCIO EXTRAJUDICIAL - TIMON-MA
Av. Presidente Médici, 689 - Parque Piauí - CEP 65631-390
FONE: (99) 3326-8080

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOÃO DIAS DOS SANTOS. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.

Timon-MA, 10/06/2019.

JUCIENE GONÇES-ESCRIVENTE

Emol.:15,00 FERC:0,50 Total:15,50 (38)





Prefeitura
Municipal de
TERESINA
Piauí - Brasil

ATESTADO MÉDICO

Atesto que MARIA DA ANUNCIAÇÃO DE MACEDO SANTOS

Cart. Prof. Nº

Série

necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde
a partir de hoje.

CID: t009

Teresina, 02/04/2019

Dr. Paulo Henrique L. P. Silva
Otorrinolaringologista
CRM 3357

Carimbo/Ass. do Profissional de Saúde



NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Artigo 86 do

RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para

justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 28/03/2019 11:37:55

(User: ALBERT MEDEIROS)

(Estação: SALADESSO-PI)

Nome: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS		Prontuário: 145510
Mãe: MARIA VIEIRA DO ESPIRITO SANTO		Pai: ILARIO CARDOSO DE MACEDO
End.Resid.: QD 58 LOTE 21 CASA A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 06/02/1956	Idade: 63a1m22d	Sexo: Feminino Fone:
Responsável: O MESMO		CNS: 898000956173987
Profissão:		Documento: CPF: 653.534.123-20
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 349783	Entrada: 28/03/2019 10:12:42	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Paciente com trauma em cotovelo E, ocasionado por queda de motocicleta há 2 dias, evolui com dor, edema e limitação funcional. Nega comorbidades e alergias		PABLO HENRIQUE SILVA MALTA COREN 196417 Em: 28/03/2019 10:56:38

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

trauma em cotovelo há 3 hs
rx fraturar de epicondilo lateral do cotovelo
encaminho a cirurgia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Encaminhado para Exames

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Albert Medeiros
A Otorrinolaringologista
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM 3567 Em 28/03/2019 11:37:53

Confere C. m o Original

Fransat

CNPJ: 08.522.917/0035-19
UNIA RENASCENÇA
RUA RUI BARBOSA, 100
TERESINA-PI

170514



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

PACIENTE:

Manoel da Anunciação Santos

Registro:

Paciente apresenta dor e deformidade em tornozelo por trauma
há 3 dias.

Na presença de epicondilo lateral do cotovelo
encaminho a Cirurgia

ENCAMINHO PARA HOSPITAL DE REFERENCIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

CNPJ: 05.522.917/00035-19
UPA-RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III - CEP: 64.082-110
Teresina-PI
Framat

28/03/2019

TERESINA-PI 04/12/2018

As 18:40h

Dr. Albert Medeiros
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia de Coluna
CRM 3567

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



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

PACIENTE:

Maria da Anunciação Santos

Registro:

Paciente apresenta dor e deformidade em tornozelo qst trauma
há 3 dias.

Na futura de epicondilo lateral do cotovelo
encaminho a cirurgia

ENCAMINHO PARA HOSPITAL DE REFERENCIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

Imat
CNPJ 08.522.917/0003-19
UPA RENASCENÇA III
Rua Rio Verde Nº 2810
Teresina-PI

Confere Com o Original

28/03/2019
TERESINA-PI 04/12/2018

As 18:40h

Dr. Albert Medeiros
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 3567

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

NOME DO PACIENTE: Maria da Purificação de Macedo
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 507017 Santos

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



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

Imp: 30/03/2019 08:30:24

(User: EDUARDO)

(Estação: GESS002)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS	Prontuário: 507017		
Mãe: MARIA VIEIRA DO ESPIRITO SANTO	Pai: ILARIO CARDOSO DE MACEDO		
End.Resid.: QD 21 CASA A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 06/02/1956	Idade: 63a1m24d	Sexo: Feminino	Fone: 86-98829-3631
Responsável: O MESMO	CNS: 898000956173987		
Profissão: DO LAR	Documento: CPF: 653.534.123-20		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 714662	Entrada: 30/03/2019 08:11:17	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Evento recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: SOFREU TRAUMA EM MSE-COTOVELO, ENCAMINHADA DA UPA RENASCENÇA POR HD DE FRATURA EM EPICÔNDILO LATERAL. MEMBRO IMOBILIZADO. EVENTO TRAUMÁTICO HÁ 4 DIAS.		MARCO ANTONIO VERAS ROCHA COREN 274043 Em: 30/03/2019 08:21:25

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

TRAUMA DE COTOVELO E HÁ 4 DIAS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

RAIO-X REALIZADO
DATA 30/03/2019
Técnico: Sim

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

RX - 3rd Ddd & 1mm C

Ch: Otimização para Tratamento Cirúrgico

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 6791-26712501

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
CRM PI - 4809 Em: 30/03/2019 08:30:23

SUS



Prefeitura de
Teresina

ENFERMARIA:

29/03/2019 11:37

LEITO:

Fuamex

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE: UPA RENASCENÇA

Conferir com o Original

UPA RENASCENÇA
RUA FIAZ DE
SANTANA, 100
TERESINA - PI

NOME: MARIA DA ANUNCIACÃO DE MACEDO SANTOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO

DOR MODERADA.

AGUARDA TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

1. DIETA ORAL livre
2. ACESSO VENOSO SALINIZADO
3. DIPIRONA 1 AMP + AD EV 6/6H - - - - -
4. Tilatil 20mg-----1amp + ad ev de 12/12hrs - - - - -
5. TRAMADOL 100MG + 100ML SFO,9% EV LENTO 8/8 HORAS - SOS
6. BROMOPRIDA 1 AMP + AD EV 8/8H SN
7. CAPTOPRIL 25MG 1CP VO SE PAS> 160MMHG E/OU PAD> 100MMHG
8. AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR
9. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS

Dr. Tércio Danilo de Paula
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 10.000.000

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

SINAIS VITAIS

HORA	T	P	RSatO2	PA	Glicemia	Diurese
12						
18	36	79	121	134	115	411
24.00		71		114/90		
06.00						

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUN 2019

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

SUS

Correção



Prefeitura de
Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE: UPA RENASCENÇA

ENFERMARIA:

28/03/2019 07:56

LEITO:

NOME: *maia da Anacleto da Silva*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Fribora e paulo Alves

DOR MODERADA.

SEQUE ESTÁVEL

AGUARDA TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

CNPJ: 06.522.945/0003-19
RUA RENE DE ALMEIDA, 100
TERESINA - PI

Compare Com o Original

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
OBSERVAÇÕES

1. DIETA ORAL LIVRE
2. SCALP SALINIZADO
3. DIPIRONA 500 MG/ML 1 AMP + AD EV 6/6H
4. TILATIL 40MG 1 AMP EV 1X/DIA
5. RANITIDINA 1 AMP EV 12/12 HS
6. TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV LENTO 8/8 HORAS - SOS
7. BROMOPRIDA 1/2 AMP + AD EV 8/8H SN
8. AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR
9. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS

Dr. Albert Medeiros
Otorrinolaringologista
CRM 3605

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

06hs. P.A 104/56 P.69
6c 140mg/alt

18 565 110/76



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: UPA Renascença

Nome: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS

Data do exame: 28/03/2019

Id Paciente: UR145510

Data do laudo: 11-04-2019

Raio X de Cotovelo Esquerdo

- Fratura completa na topografia do epicôndilo lateral/capítulo do úmero.
- Espaços articulares preservados.
- Aumento das partes moles do cotovelo esquerdo.

Dr. Francisco Edward
Médico Radiologista
CRM-PI: 2738



**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE**

Paciente:MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS
Nascimento:06/02/1956

Motivo do Chamado:

AVALIACAO CLINICA/EXAME - HOSPITAL

Estabelecimento de Origem:

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA
RENASCENCA

Estabelecimento de Destino:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA
- HUT

Verificação do Estabelecimento de Destino:

Transferência Confirmada

Viatura:

Data/Hora Programada:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

CNPJ: 05.532.917/0001-19
RUA RESENDE, 465
RUA RIN
RENASCENCA
TERESINA-PI

Framat
Confere C. m o Original



PRESCRIÇÃO MÉDICA

INOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Maria de Amélia de Mendonça		Ortopédica	938		261
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
		OBSERVAÇÕES			
30/03/19	Fatima de Jesus E	HORÁRIOS			
		14:20 A			
		18:00 SGA 8 75 bpm			
		PA 160/73 mmHg			
		Célio Rodrigo C. Nunes CRM-PA 151608 - TE			
1	Dieta livre				
2	SF 0,9% 500 ml EV 12/12h + GLICOSE 50% - 2 AMP				
3	DIPIRONA 1 AMP + AD, EV, 8/8h, SE DOR				
4	Tramadol 100mg 01 amp + 100 ML SF0,9% EV 8/8h				
5	Tilatil 20 mg + AD EV 12/12 HS				
6	Plasil 1 AMP + AD EV 8/8 h SN				
7	CCGG + SSV				
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 JUN 2019 GENTE SEGURO S.A. Rua Cópia de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 61.002-470 Teresina-PI JOSE FERNANDO NCI Rua Cópia de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 61.002-470 Teresina-PI CPF: 036.831.233-33 Marcos Vitor P. de Carvalho Filho Traumatologia Ortopédica CRM-PA 151608 - TE PI 0574(11)					

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

	Mudança de Procedimento		Órtese e prótese - OPME
	Diária de UTI		Fatores de Coagulação
	Diárias de Acompanhante		Gasoterapia
	Hemoderivados		Nutrição Parenteral / Enteral
	Diálise / Hemodiálise		Procedimento fora da faixa etária
	Albumina Humana 20%		

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____
 PACIENTE: _____ Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Inte 1 furo de 5mm de diâmetro,
 unta de 2 fms de Bursch
 2,0, 1 fio de Bursch 1,5mm
 e 1 fio de cerclagem

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

DATA: _____ Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR



DATA: _____ Assinatura do Médico Solicitante



BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01, 04, 19

NOME DO PACIENTE: M ^{te} de Anunciado de M. S. S.	IDENTIFICAÇÃO: 507017
DIAGNÓSTICO: Anomalia estrutural	CIRURGIA: RGH c/ plano
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 01
CIRURGIÃO: Dr. Leandro	CPF Nº: 167786998-4
AUXILIAR: Dr. R. D. Andre	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Aline Melo	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Solange	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 6,5, 7,0 e 7,5	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8,0 e 8,5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	90	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	01		Preparação	ca	03	
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	3-0	03		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 26 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI			
FITA UMBILICAL							
VICRYL	1	02					
PROLENE							
				ENFERMARIA:	Falmi		
				CIRCULANTE:	Eliane		



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	235969

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS	6 - Prontuário: 507017		
7-CNS: 898000956173987	8-Nascimento: 06/02/1956	9-Sexo: Feminino	CPF: 653.534.123-20
11-Mãe: MARIA VIEIRA DO ESPIRITO SANTO	12-Fone: 86-98829-3631		
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:		
15-Ender: QD 21 CASA A - PROMORAR - CEP: 64069-990	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64069-990
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408020385	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO ÚMERO	Quant. Soli- cidata: 1
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030929	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	
Fornecedor da OPM: PIMES		

38-Profissional Responsável: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO	40-Tp. Documento: CPF	Dr. LEANDRO PONGE LIMA Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 2608
39-Data Solicitação: 01/04/2019	40-No.Doc. Méd. Solicitante: 887.204.893-15	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Placa de fratura um úmero

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 26 JUN 2019	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	52-CNS/CPF:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

MARIA BATISTA

lome:



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Maria da Anunciação de Macedo Santos</u>	Prontuário: <u>507012</u>	Data: <u>01/04/19</u>
Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem.	Idade: <u>63</u>	Peso: <u></u>
Procedimento(s) proposto(s): <u>rc de fratura de coracelo Direito, duplo, esquerdo.</u>		Apto? ☐ Sim ☐ Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	☐ Sim	☒ Não
2 - Patologias respiratórias	☐ Sim	☒ Não
3 - Antecedentes patológicos	☐ Sim	☒ Não
4 - Convulsão	☐ Sim	☒ Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	☒ Sim	☐ Não <u>crânio ligadura</u>
6 - Transfusão sanguínea	☐ Sim	☒ Não
7 - Uso de medicação	☐ Sim	☒ Não
8 - Alergia	☐ Sim	☒ Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	☐ Sim	☒ Não

hipertensão - Eh

avaliação cardiopulmonar em sono (m. thallus em 3460).

capacidade funcional > 4 met. - ausência de nódos cardiovasculares mto -
moderado

EXAME FÍSICO

PA: <u>128 x 72</u>	Pulso: <u>70</u> ☐ arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	☒ Normal ☐ Alterado:	
2. Cardiovascular	☒ Normal ☐ Alterado:	
3. Neurológico	☒ Normal ☐ Alterado:	
4. Abdome	☒ Normal ☐ Alterado:	
5. Vias aéreas	☐ Possível VAD	
6. Extremidades	☒ Normal ☐ Alterado:	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64010-000

EXAMES COMPLEMENTARES 30/03/19

HB	<u>11,6</u>	TP / RNI	<u>0,93</u>	Uréia	<u>37</u>
HT	<u>36,1</u>	TTPa		Creatinina	<u>0,8</u>
Plaquetas	<u>255000</u>	Glicemia	<u>106</u>		
ECG: <u>Ritmo sinusal, ATRV</u>				RX Tórax	
ECO:					

ASA: B Anestesia proposta: ☒ Geral ☒ Outro: Bloqueio de Pênis Proximal

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

Dr. A. A. Lima Melo
Médico Anestesiologista
CRM-PI 7123

CRM:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Marta da Anunciação de Macedo Santos

Diagnóstico pré-operatório fratura humerus MSU - (E)

Operação - Tipo hfh. cl. pleo + osteotomia de curvatura

Cirurgião Dr. Leandro 1º Assinante Dr. R. Andre

2º Assinante Dr. LEANDRO PONCE LEAL 3º Assinante

Instrumentador(a) Dr. LEANDRO PONCE LEAL Anestesia

Anestésico(a) Ortopedia e Traumatologia

Data da Operação 5/4/19 Início

Diagnóstico Pós-operatório Fim

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

Ante a lesão nódul; - exame e antissepsia;
com os
surgidos portais; dissociação por plano
Osteotomia do decurso em V.
Ligadura e redução do fratura
Fechamento cl. pleo e perfur
Fechamento do decurso cl. cirúrgico
Sutura por plano
Curativo

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



Prefeitura
Municipal de
TERESINA
Piauí - Brasil

RECEITUÁRIO

Nome : MARIA DA ANUNCIAÇÃO DE MACEDO SANTOS

USO INTERNO

1. Cefalexina 500mg _____ 28 comp
Tomar 01 comprimido VO de 6/6hs por 7 dias
2. Xefo 8mg _____ 01cx
Tomar 01 comprimido VO de 12/12hs

ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo **marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias**. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS:

Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Cirurgia realizada por :

DR LEANDRO

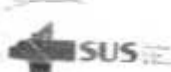
Teresina, 02/04/2019

Dr. Leandro L. P. Silva
Médico/CRM
Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE



238/261



Prefeitura
Municipal de
TERESINA
Piauí - Brasil

RECEITUÁRIO

Nome : MARIA DA ANUNCIAÇÃO DE MACEDO SANTOS

USO INTERNO

1. Cefalexina 500mg _____ 28 comp
Tomar 01 comprimido VO de 6/6hs por 7 dias
2. Xefo 8mg _____ 01cx
Tomar 01 comprimido VO de 12/12hs

ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo **marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias**. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS:

Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital
Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da
Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Cirurgia realizada por :

DR LEANDRO

Teresina, 02/04/2019


Dr. Leandro
Médico CRM
Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE





Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO
USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série
Série A - N°
180109

Carimbo da Unidade de Saúde

05.522.917/0036-08
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LINEU ARAÚJO"
Rua Magalhães Filho, nº 152 Centro
CEP 64001-350 - Teresina-PI

Nome do paciente <i>maria da Amélia M. Silva</i>		Número do Prontuário	
Endereço		Bairro	

7 uso oral

① Flunox 500mg — O.C. x
Total 1 cop 10 12/12h

3 dias
② Valer (ap. for) — O.C. x
Total 1 cop 10 1x/dia.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUN 2019

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

Data
02 05 19

Márcio Macedo Viana
Médico
CRM-PI 6252

Carimbo e assinatura do(a) profissional

RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que assistiu o(a)
ANUNCIANTE DO NOME SANTOS, FAZENDO
DE NÚCLEO DE EXAMES. Foto ocorrido EM
26.03.19 ÀS 9:00HS. Fcuso sofrido forte
trauma que reze. Curando com
Furto no Epicondilo Lateral do
cotovelo, tratado cirurgicamente
staves de ortossintese, com placa
furo com fio ortossintese, com
alta definitiva. Relato com o
seguido: fortes dores com Li
anterior dos membros,
com compressão de 75%

Emílio

18.10.19

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

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

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.559.749 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/10/14

NOME MARIA DA ANUNCIAÇÃO DE MACÊDO SANTOS

FILIAÇÃO MARIA VIEIRA DO ESPIRITO SANTO
ILARIO CARDOSO DE MACÊDO

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 06/02/1956

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 390 L 41 F 134
EXP CODO-MA 22/05/75

TERESINA-PI 653.534.123-20 ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 JUN 2019

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0001830

MAIO DA ANUNCIAÇÃO DE MACÊDO SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

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

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES		
FILIAÇÃO	CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE		
DATA DE NASCIMENTO	22/05/1971		
CRATEUS-CE	DOC. ORIGEM		
CERT. NASC.	529 L A1/F 141		
EXP CRATEUS-CE	25/09/78		
TERESINA - PI	ASSINATURA DO DIRETOR		
840.173.173-91	LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83		

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0476283

ASSINATURA DO TITULAR

Nelle Roze Soares Marques




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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190397419**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Promorar QD 57 CASA 21 A, 21 A - Teresina - PI - CEP 64027-140

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1559749**

Data e local do acidente: [**26/03/2019**] **Teresina -PI**

Data e local do exame: [**14/11/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura distal do úmero esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima apresenta limitação moderada dos movimentos do cotovelo esquerdo.

III. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com placa e parafusos, evoluindo sem complicações. A fratura está consolidada e a vítima encontra-se com alta definitiva.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do cotovelo esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Cotovelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental realizada em 08/07/2019. A indenização realizada foi referente a uma limitação funcional do cotovelo esquerdo em grau moderado. Conduta mantida.



DR. BERGIEL BARBOSA BEZERRA
MÉDICO
CRM-PI 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

Eu Maria da Anunciação de Macedo Santos
Rg 1.559.749 CPF: 653.534.123-20
Resido conjuntamente Promora. Q 057 A casa 25A
Bairro Promora Teresina - PI.

Venho por meio desta carta informar que
sofri acidente de trânsito no dia 26/03/2019
por volta das 9:00. Eu era passageiro de uma
Moto. Eu escoreguei e caí, fui pro casa pós pensar
que não havia procurado. Após dois dias inchou e
fiquei doendo muito ai que eu fui pro o Hospital
pro UPA do Roraima no dia 28/03/19 e lá
constaram fratura e fui encaminhado pro O HUT
onde eu fiz cirurgia no cotovelo esquerdo, gostaria
que vocês analisasse meu processo pois tenho fratura
fco no aguardo de vocês.



Teresina - PI 24.06.2019

x Maria da Anunciação de Macedo Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190397419 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do úmero esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta limitação moderada dos movimentos do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com placa e parafusos, evoluindo sem complicações. A fratura está consolidada e a vítima encontra-se com alta definitiva.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/11/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental realizada em 08/07/2019. A indenização realizada foi referente a uma limitação funcional do cotovelo esquerdo em grau moderado. Conduta mantida.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190397419 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do úmero esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta limitação moderada dos movimentos do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com placa e parafusos, evoluindo sem complicações. A fratura está consolidada e a vítima encontra-se com alta definitiva.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/11/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental realizada em 08/07/2019. A indenização realizada foi referente a uma limitação funcional do cotovelo esquerdo em grau moderado. Conduta mantida.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190397419 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE EPICONDILIO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 12/17/18

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190397419 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE EPICONDILIO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 12/17/18

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190397419 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE EPICÔNDILO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 12/17/18

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 1

**APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190397419 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA ANUNCIACAO DE MACEDO SANTOS **Data do acidente:** 26/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE EPICÔNDILO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 12/17/18

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 1

**APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00