



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA



SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA 26/06/18 HORA: 22:20 N° DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE José Vieira Gomes MUNICÍPIO Alto Longá - PI

MÉDICO: Marcos Glebson Gomes Rabelo CRM: 4342-PI

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Manoel dos Santos Oliveira

Idade: 29 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

HDA: Paciente vítima de acidente de motociclista, apresentando mão
contusa em dorso de mão esquerda. Repre entorçido de corpo extra-
neo no local. Apresenta déficit de movimento de extensão
dos dedos (principalmente II, III e IV).

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- (4) Espontânea
3 - Comandos
2 - A dor
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (6) Orientado
4 - Confusa
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- (6) Obedece a comandos
5 - Localizador
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal
2 - Extensão anormal
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. _____ °C P: 64 bpm R: 16 mm PA: 110x80 mmHg Sat O₂ _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa
() Aspiração (X) Medicação Analgesia
(X) Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT Clínica/Posto: Ortopedia Senha: ID: 31376

Marcos Glebson Gomes Rabelo
Médico

CRM 4342

Assinatura e carimbo do Médico

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



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Manoel dos Santos Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 334672

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
DPVAT	
CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
17 SET. 2018	1
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C	
Centro - Norte CEP: 64.002470	

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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



Imp: 27/06/2018 00:13:01

(User: RAIMUNDA SOUSA)

(Estação: RECEPCAO1)

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

Nome: MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA		Prontuário: 334672
Mãe: RAIMUNDA MACHADO DE OLIVEIRA	Pai: JOAQUIM DOS SANTOS OLIVEIRA	
End. Resid.: RUA ANGICAL N°454 - FLOR DO DIA - ALTO LONGA - PI - CEP: 64360-000		
Nascimento: 16/10/1988	Idade: 29a8m11d	Sexo: Masculino Fone: 86-98131-4682
Responsável: MARIA DO SOCORRO DIAS DE SOUSA		CNS: 163587900300007
Profissão: LAVRADOR	CPF: * RG: 2817845 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Solteiro(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 671661	Data: 27/06/2018 00:13:24	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
ativo 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:

Paciente refere trauma em região dorsal de mão (F)
exibindo com incapacidade para os dedos de 3º, 4º
dedos. Realizado exame na sala de exames que indicou
lesões tendões
com O Intelecto + presença de dor

Dr. Lafayette Macedo

Médico
CRM-PI 6474

RAIO-X REALIZADO
DATA 26/06/2018
Técnico: [assinatura]

PA <u> </u> X <u> </u> mmHg	Pulso: <u> </u>	FC: <u> </u> bpm	Temp.: <u> </u>
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 17 SET. 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 0 Centro - Norte CEP: 64.002470
--	--	---

ALTA: <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: _____
DESTINO: <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs		<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.
		DATA SAÍDA: / / HORA: :
		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível: _____ Prof. Solicitante Internação:

Manoel do Socorro Dias de Sousa
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Imp: 27/06/2018 00:15:01

(RAIMUNDA SOARES)

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

Nome: MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA		Prontuário: 334672	
Mãe: RAIMUNDA MACHADO DE OLIVEIRA		Pai: JOAQUIM DOS SANTOS OLIVEIRA	
End. Resid.: RUA ANGICAL N°454 - FLOR DO DIA - ALTO LONGA - PI - CEP: 64360-000			
Nascimento: 16/10/1988	Idade: 29a8m11d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98131-4682
Responsável: MARIA DO SOCORRO DIAS DE SOUSA		CNS: 163587900300007	
Profissão: LAVRADOR		Documento: RG: 2817845 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 671661	Data: 27/06/2018 00:13:24	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 27/06/18 03:00	ESPECIALISTA: NCR
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Acidente subarborizado em via pública, vítima de acidente de trânsito, vítima de acidente de trânsito, vítima de acidente de trânsito.	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

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

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

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

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO

Nome:

MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA

Admissão:	27/06/2018	B.E.:	671661	
Hora:	00:13	IDADE:	29a8m11d	
Espec.:		H D:		
Setor:	P A	KAN BAN:	I	
Gerenciamento de Risco:	Risco de Queda:	Risco de Ulcera por Pressão:	Risco de Flebite:	Usa Pulseira:
Intervenções:				

[Handwritten signature]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 SET. 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 28.06.18NOME DO PACIENTE: Manoel do Santo Oliveira PRONTUÁRIO Nº: 334672

DIAGNÓSTICO: _____ CIRURGIA: _____

ANESTESIA: _____ Nº DA SALA: 09CIRURGIÃO: Dr. Arthur CPF Nº: _____

AUXILIAR: _____ CPF Nº: _____

ANESTESIA: _____ CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Ediane CPF Nº: _____**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>nº 24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>01</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>-</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>80</u>		PVPI DE GERMANTE	ML		
ALGODÃO	BOLA	<u>-</u>		PVPI TÓPICO	ML		
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>-</u>		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>09</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>70</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.	<u>-</u>		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	<u>-</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	<u>02</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	<u>-</u>		<u>Lamina n: 15</u>	<u>unid 01</u>		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>lenas n: 8,5</u>	<u>unid 02</u>		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>luvas n: 6,5</u>	<u>unid 02</u>		
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>n: 3-0</u>		<u>unid 09</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Conciliar</u>			
PROLENE							

mononylon 4.0 - 02

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 SET. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente **Manuel dos Santos de Oliveira**
Diagnóstico pré-operatório **TERO DE NÚCLEO DO EL. 2, 3, 4 e 5.**
Operação - Tipo **TREMANIA MÚLTIPLO -**
Cirurgião **Dr Arthur** 1º Assistente
2º Assistente 3º Assistente
Instrumentador **Ediane** Anestesista **Dr. Caio** Anestesia **Etrel**
Anestésico(a)

Data da Operação **28/06/18** Início Fim
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

APRIMA e CHUPA NO MIE
CHUPA DA MENTE TRANSMISSA.
- LHC.
- TREMANIA DE ? - EL. 2, 3, 4 e 5.
- EL. 2, 3, 4 e 5.
- MÚLTIPLO
- MÚLTIPLO



DR. ARTHUR CAMPAIO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 3200-PI



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 9238 - Em: (27/06/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
217299	334672	MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA	POSTO 1	ANEXO 2 P01	LEITO	LAO TIE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Evolução: OBS: REALIZADO PROCEDIMENTO DE LIMPEZA DO FERIMENTO + SUTURA AGUARDANDO REALIZAÇÃO DE TENSIOGRAFIA						
Alergias:						
Diagnóstico/Comorbidades: LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 3º E 4º DEEDOS						
Seq.:	Descrição-Atendimento/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:						
Dieta	ORAL TIPO LIVRE,					
1	GLICOSE 5%, INJ. 500MG - "SORO GLICOSADO"	1,00	Frasco	EV	6/6h	
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. SOS	1,00	Ampola	EV	6/6h	
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h	
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL EM 100ml SF0,9% SOS	1,00	Ampola	EV	8/8h	
5	CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	6/6h	

Observações Gerais:

SSV + COGG

Laizy M. Macedo

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

solu aderço de rinocunço - OK

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: CDM
DATA: 27/06/2018 02:04:47



CENTRO MÉDICO
LÍVIO PARENTE

Cliente: MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA
Convênio: ULTRACON
Solicitante: Dr. ALBERT BASILIO MEDEIROS
Código: 359648.01

Idade: 29 anos
Sexo: MASC
Data: 19/09/2018 10:35:00

RX DO PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico com imagem digital FCR de alta resolução, nas incidências ântero-posterior e perfil demonstra:

- Discreta desmineralização óssea ao nível do punho esquerdo.
- Estrutura óssea visibilizada ao exame sem alterações.
- Partes moles radiologicamente normais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Leve desmineralização em ossos do punho esquerdo.
- Estrutura óssea visibilizada ao exame sem alterações significativas evidentes ao método.
- Pesquisar problema músculo-ligamentar.




Dr. Lívio Parente
CRM 213-PI

Dr. Lívio Parente Filho
CRM 2271-PI



CENTRO MÉDICO
LÍVIO PARENTE

Cliente: **MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA**
Convênio: **ALTO LONGA FLAVIO TETE**
Solicitante: **Dr. MEDICO NÃO DEFINIDO**
Código: **359648.02**

Idade: 29 anos
Sexo: MASC
Data: 04/10/2018 09:22:00

U.S MÃO ESQUERDA

O exame ultrassonográfico realizado com transdutor de alta resolução revelou:

- Exame de difícil realização técnica pela dificuldade de movimentação da mão pelo paciente.
- Alteração textura dorsal da mão esquerda ao nível de cicatriz cirúrgica dérmica, de aspecto pós-cirúrgico.
- Aumento de espessura e alteração textura em tendões flexores na região dorsal da mão esquerda em correspondência com 2º ao 4º quirodáctilos.
- Grupos musculares anatômicos.
- Não há evidências de coleções líquidas demonstradas ao método.

Impressão Diagnóstica:

- Exame de difícil realização técnica pela dificuldade de movimentação da mão pelo paciente.
- Alteração textura dorsal da mão esquerda ao nível de cicatriz cirúrgica dérmica, de aspecto pós-cirúrgico.
- Aumento de espessura e alteração textura em tendões flexores na região dorsal da mão esquerda em correspondência com 2º ao 4º quirodáctilos.

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	

Dr. Lívio Parente
CRM 213-PI

Dr. Lívio Parente Filho
CRM 2271-PI

CENTRO MEDICO LIVIO PARENTE
359648 01 MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA
SC.101% PUNHO F (09/03) 0601 2016

EXP.19.09.2016
[M] 49Y

TEC:FB


CENTRO
MÉDICO
LIVIO PARENTE

AP

E



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

MÉDICO
LIVIO PARENTE

TEC:FB

RO MEDICO LIVIO PARENTE
50648-01 MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA
C. 101% PUNHO P. [09.48] 0601 2017

EXP. 10.09.2018
[M] 48Y



PERFIL
E

DEPARTA

CONTEU

GENTE S

Rua Coelho

Centro - M



CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.817.845 DATA DE EMISSÃO 10/02/06

NOME MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA

RAIMUNDA MACHADO DE OLIVEIRA
JOAQUIM DOS SANTOS OLIVEIRA DATA DE NASCIMENTO 16/10/1988

ALTO LONGÁ-PI

CERT. NASC. 16139 L 27A F 266V
EXP ALTO LONGÁ-PI 23/11/90

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Manoel dos Santos Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
034.000.013-92

Nome
MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA

Nascimento
16/10/1988

Correios

Cartão de Identificação

Deve ser apresentado junto com o documento de identidade

Emissão
10/02/2006

 **CORREIOS**

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.183.175 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/08/17

NOME VALDECY NASCIMENTO DE SOUSA

FILIAÇÃO JOSEFA NASCIMENTO DE SOUSA
RAIMUNDO NONATO DE SOUSA

NATURALIDADE ALTO LONGÁ-PI DATA DE NASCIMENTO 07/01/1970

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 8458 L 47 F 184
EXP ALTO LONGÁ-PI 22/02/90
CPF 439.449.653-53
1418984

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Perito Policial

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Valdecy Nascimento de Sousa
1418984 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 SET. 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

Nº 012712789069

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CÓD. RENAVAM 1 01080412880 EXERCÍCIO 2017

NOME JOAQUIM DOS SANTOS OLIVEIRA

PLACA PIR-8641

CHASSI 9C2JB0100GR052344

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANO FAB 2016

ANO MOD 2016

COR PREDOMINANTE BRANCA

CATEGORIA PARTICU

VEIC. COTAS 1ª TPVA

2ª PARC

3ª PARC

PREMIO TOTAL (R\$) 000,00

DATA DE PAGAMENTO 16/03/2017

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

PARC. COTA ÚNICA 000,00

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - 30 POR SUA CARGA - A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012712789069 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 16/03/2017

RENAVAM 1 33970491304 CHASSI 9C2JB0100GR052344

PLACA PIR-8641

PREMIO TARIFÁRIO 000,00

DATA DE PAGAMENTO 16/03/2017

PARCELADO 000,00

DATA DE PAGAMENTO 16/03/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.340.888/0001-04
www.seguradoralider.com.br

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



POLEGAR DIREITA

Assinatura do Titular

14998896

CARTEIRA DE IDENTIDADE

João de Deus Martins

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83 - DECRETO Nº 80.260/83

Assinatura do Titular

14998896

339.704.913-04

EXP ALTO LONGA-PI 23/04/18

CERT. CASAM. 1292 L 6 F 273

DOC. ORDEM

ALTO LONGA-PI

NATURALIDADE

MANOEL MACHADO DE OLIVEIRA

MARIA ISABEL DE SENA ROSA

RELACÃO

JOAQUIM DOS SANTOS OLIVEIRA

NOME

850.351

REGISTRO GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 03/05/18

DATA DE NASCIMENTO 02/08/1962

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 SET. 2018

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180430802 **Cidade:** Alto Longá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 26/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA (LESÃO DE TENDÃO EXTENSORES DE 2º 3º E 4º DEDOS).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENORRAFIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180430802 **Cidade:** Alto Longá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA **Data do acidente:** 26/06/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NA MÃO ESQUERDA (LESÃO DE TENDÃO EXTENSORES DE 2º 3º E 4º DEDOS).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENORRAFIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: (2)

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Eu, **MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA**, brasileiro, piauiense, solteiro, RG nº. 2.817.845 - SSP/PI, CPF nº 034.000.013-92 nascido em 16 de Outubro de 1988, filho de Joaquim dos Santos Oliveira e de Raimunda Machado de Oliveira. Residente e domiciliado na Rua Angical - 455 - Bairro Flor do Dia, Zona Urbana, CEP: 64.360.000, neste município de Alto Longá, Estado do Piauí.

AUTORIZO, ao outorgante a **DAR** entrada no processo de indenização por invalidez do **Seguro DPVAT, Sinistro**, e receber as informações necessárias. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

A, **VALDECY NASCIMENTO DE SOUSA**, brasileiro, piauiense, casado, Funcionário Público Municipal, RG: 1.183.175 SSP/PI, CPF nº. 439.449.653-53, nascido em 07 de Fevereiro de 1970, filho de Raimundo Nonato de Sousa e de Josefa Raimunda do Nascimento. Residente e domiciliado na Rua Travessa Cícero do Belo - 290, Bairro Centro, CEP: 64.360.000, no município de Alto Longá, Estado do Piauí. XXXXXXXXXXXXX.

Para o fim especial de junto a **GENTE SEGURADORA S/A - DPVAT**, localizada na **Rua Coelho de Resende, 465 - Sl. C**, na cidade de **Teresina**, Estado do **Piauí**. Para assinar **Protocolo de Entrega de Documentos**, bem como receber todas e quaisquer documentações em nome do outorgante; podendo para tanto, dito procurador, assinar guias, assinar petições, pagar taxas se preciso for assinar toda e quaisquer documentação; enfim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato:

Alto Longá - PI, 31 de Julho de 2018

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

Manoel dos Santos Oliveira
MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA



Reconheço verdadeira(s) firma(s) de
Manoel dos Santos Oliveira

Em testemunho da verdade

Alto Longá/PI, 31/08/2018

Leide Daigna Oliveira
Escritor(a) Juiz(a)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339252/18

Vítima: MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 034.000.013-92

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/06/2018

Titular do CPF: MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA

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
DUT
Outros

VALDECY NASCIMENTO DE SOUSA : 439.449.653-53

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

MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA : 034.000.013-92

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: 17/09/2018
Nome: VALDECY NASCIMENTO DE SOUSA
CPF: 439.449.653-53

VALDECY NASCIMENTO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2018
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339252/18

Número do Sinistro: 3180430802

Vítima: MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 034.000.013-92

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/06/2018

Titular do CPF: MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 23/10/2018
Nome: VALDECY NASCIMENTO DE SOUSA
CPF: 439.449.653-53

VALDECY NASCIMENTO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180430802**

Vitima: **MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA**

Data do Acidente: **26/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **VALDECY NASCIMENTO DE SOUSA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180430802**.

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 13372962



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180430802
Vitima: MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA
Data do Acidente: 26/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: VALDECY NASCIMENTO DE SOUSA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180430802**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180430802**

Vitima: **MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA**

Data do Acidente: **26/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **VALDECY NASCIMENTO DE SOUSA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180430802**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **26/06/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 034.000.013-92	Nome completo da vítima Manoel dos Santos Oliveira
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Manoel dos Santos Oliveira		CPF titular da conta 034.000.013-92	Profissão Lavrador
Endereço Rua Angical		Número 455	Complemento Casa
Bairro Flor do Dia	Cidade Alto Longá	Estado PZ	CEP 64.360.000
Email			Telefone (DDD) 86.98127-2407

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 4727 (Informar dígito se existir)		DIV 013 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 00023422 (Informar dígito se existir)		DIV 8 (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.

Alto Longá 13 de Setembro de 2018
Local e Data

Manoel dos Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 SET. 2018

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

CAIXA AG 4727
OP 013
CONTA: 23422-8

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OVIDORIA 0800 725 7474

214-522538404-4

02/AGO/2018 HORA DE 16:43:22

LOT: 16.11342-3 TERM: 048496
LOCALIDADE: ALTO LONGA
AG. VINCULADA: 0029 CONTROLE: 013167856

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4727 013 00023422-8

MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA

VALOR : 

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

214-522538404-4

3 VIA

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 140600.000306/2018-11

Unidade de Registro: 15º DP - ALTO LONGÁ

Resp. pelo Registro: Raimundo Soares De Sousa Filho

Data/Hora: 16/07/2018 - 16:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

15º DP - ALTO LONGÁ

Tipo Local

OUTROS

Município

ALTO LONGÁ

Endereço

RUA PRICIPAL DA FLOR DO DIA, Nº:

Complemento

472642

Data/Hora

26/06/2018 - 22:00

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA

Mãe: RAIMUNDA MACHADA OLIVEIRA

Pai: JOAQUIM DOS SANTOS OLIVEIRA

Endereço: RUA ANGICAL, Nº 455

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: ALTO LONGÁ

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE ACIMA QUALIFICADO INFORMA QUE , NO DIA 26/06/2018, POR VOLTA DAS 22:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTO HONDA POP/ 110I, ANO 2016 , MODELO 2016, COR BRANCA , PLACA PIR 8641 , RENAVAM 01080412880 , CHASSI 9C2JB0100GR052344, EM NOME DE JOAQUIM DOS SANTOS OLIVEIRA,NA RUA PRINCIPAL DO BAIRRO FLOR DO DIA,QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU ,TENDO COMO CONSEQUENCIA LESÃO NOS DEDOS DA MAO ESQUERDA COMO SEGUE O LAUDO MEDICO EM ANEXO.APOS O ACIDENTE FOI LEVADO AO HOSPITAL LOCAL DA CIDADE DE ALTO LONGA , E, EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA HUT EM TERESINA ,ERA O TINHA DECLARAR.

Raimundo Soares De Sousa Filho - Mat. 108505X
AGENTE DE POLÍCIA

Manoel dos Santos Oliveira
MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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

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

Manoel dos Santos Oliveira

CPF da Vítima

034.000.013-92

Data do Acidente

26/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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.

Terexina, 13 de Setembro de 2018

Local e Data

Manoel dos Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 SET. 2018

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



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA



SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA 26/06/18

HORA: 22:20

Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE Univ. Vitoria Gomes

MUNICÍPIO Alto Longá - PI

MÉDICO: Marcos Glebson Gomes Rabelo

CRM: 4342-PI

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Manoel dos Santos Oliveira

Idade: 29 anos

Sexo: (X) Masculino () Feminino

HDA: Paciente vítima de acidente de motociclista, apresentando mão esquerda em dor de mão esquerda. Refere entorpecimento de corpo inteiro no local. Apresenta déficit de movimento de extensão dos dedos (principalmente II, III e IV).

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- (4) Espontânea
3 - Comandos
2 - A dor
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (5) Orientado
4 - Confusa
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- (6) Obedece a comandos
5 - Localizador
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal
2 - Extensão anormal
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ax. _____ °C P: 64 bpm R: 16 mm PA: 110x80 mmHg Sat O₂ _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
() Aspiração (X) Medicação analgesia
(X) Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clínica/Posto: Ortopedia

Senha: _____

ID: 31376

Marcos Glebson Gomes Rabelo
Médico

CRM: 4342

Assinatura e carimbo do Médico

Aut: 270481877

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 SET. 2018

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/0001-88 (Insc. Estadual: 15.301.382-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 008245459

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	16/07/2018	96	99,00

MARIA DO SOCORRO DIAS DE SOUSA
R. ANGICAL 455 455 FLOR DO LIA
CPF: 00002035608333
CEP: 64.360-000 - ALTO LONGA

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 7891	Atual: 10/07/2018
Anterior: 7795	Anterior: 12/06/2018
Constante de Multiplicação: 1,000	Proxima Leitura: 09/08/2018
Consumo Medido: 96	Emissor: 06/07/2018
Consumo Faturado: 96	Apresentação: 10/07/2018
NORMAL	28

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pó	Módulo 12 meses
RESID. EX. RENDA	MONO	A1126919		1.4.1.1	111

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo: 115	CONSUMO 50 A R\$ 0,286056 = 8,58
JUN/18 115	66 A R\$ 0,400396 = 26,36
MAR/18 158	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,43
ABR/18 60	DIFERENÇA DE TARIFA 18,96
MAR/18 115	SUBVENCAO BAIXA RENDA 28,29
FEV/18 103	PARCELAMENTO DE DEBITOS 10/12 19,96
JAN/18 115	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 2,45
DEZ/17 116	
NOV/17 115	
OUT/17 116	
SET/17 110	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 34 - 0,286056	
35 A 95 - 0,400396	

Mes/Anc	Valor R\$	UNIDADE CONSUMIDORA
06/2018	110,83	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/07/2018, em função das contas reatadas nesta fatura. O não pagamento desta fatura, também a inclusão do nome do consumidor na CERPO, impedem ainda a existência de contas vencidas e a reatada si no valor de R\$ 150,70 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 085 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISC 688D.E99C.497F 1333.5CB8.1D1C.8614.5D15

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 16,57	Base de Cálculo: 79,90
Energia: 31,43	Alíquota ICHS: 22,00%
Transmissão: 4,95	Valor do ICHS: 17,57
Encargos: 5,01	Valor do PIS: 0,77
Tributos: 21,89	Valor do COFINS: 3,55

INDICADORES DE CONTINUIDADE
6,87 13,74 27,48 3,99 7,98 15,96 3,97
0,00 0,00 0,00
ALTOS

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1122199-2	99,00
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
07/2018	16/07/2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/0001-88 (Insc. Estadual: 15.301.382-5)
Nº da Nota Fiscal: 008245459 FCM

83E50000000 2 99000017000 3 000000001122 1 19920718008 4



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 SET. 2018

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

ESCRITÓRIO ALTO LONGA

MATRÍCULA
02794294.5

CLIENTE
VALDECY NASCIMENTO DE SOUSA

CPF/CNPJ:
439.449.653-53

VENCIMENTO
26/07/2018

INSCRIÇÃO
002.001.509.0092.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL
TRV ENGRAXATE CICERO BELO, NUM. SN - PICARRA ALTO LONGA PI 64360-000

FATURA
07/2018-5

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA ESGOTO
LIGADA POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

06/2018 - 13	05/2018 - 13
04/2018 - 13	03/2018 - 14
02/2018 - 13	01/2018 - 14

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	11	R 53012

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M³)
497	508	11	30	0,37
19/06/2018	19/07/2018			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR ECONOMIA

VALOR R\$

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA
MANUTENÇÃO DE HIDROMETRO 07/2018

11 M3

31,93
1,90

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 SET. 2018

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

TOTAL R\$ 33,83

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS

Base de Cálculo:	33,83
IR: 1,42	COFINS: 1,01
CSLL: 0,34	PIS/PASEP: 0,22

CASO O SEU DÉBITO TENHA SIDO PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO

(Decreto nº 5.440 e Portaria 518/MS)

GERÊNCIA REGIONAL: GEN CENTRO NORTE

Mês/Ano 06/2018

REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA

TURBIDEZ (uT)

CLORO

PARÂMETROS (Valores Médios)

1,25

2,00

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 03/08/2018

MATRÍCULA
02794294.5

INSCRIÇÃO
002.001.509.0092.000

FATURA
07/2018-5

NÃO RECEBER APÓS
31/10/2018

VENCIMENTO 26/07/2018

VALOR R\$ 33,83

GRUPO: 12

FIRMA: 1

82630000000-5 33830001312-9 79429450720-5 18000050003-3

VIA AGESPISA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Valdecy Nascimento de Sousa inscrito (a) no CPF/CNPJ 439.449.653/53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manoel dos Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.000.013/92, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Manoel dos Santos Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.000.013/92, 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	TRU - Engraxate cicero do Belo		Número	514	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
centrio	Alto Longo	PI	68.360.000		
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)		
valdecysousa@hotmail.com			86. 98197-9447		

Alto Longo 13 de Setembro de 2018
Local e Data

Valdecy Nascimento de Sousa
Assinatura do Declarante

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joaquim dos Santos Oliveira,
RG nº 850.351, data de expedição 03/05/2018
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 339.704.913-04, com
domicílio na cidade de Alto Longá, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Angical - Bairro Flor do Dia, nº 455,
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 Manoel dos Santos Oliveira cujo o condutor era
Manoel dos Santos Oliveira.

Veículo: HONDA / POP 110I

Modelo: POP 110I

Ano: 2016 / 2016

Placa: PIR - 864J

Chassi: 9C2JB0100GRO52344

Data do Acidente: 26/06/2018

Local e Data: Alto Longá-PI, 26 de Junho 2018

Joaquim dos Santos Oliveira
Assinatura do Declarante

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



Reconheço verdadeira(s) firma(s) de

Joaquim dos Santos Oliveira

Em testamento da verdade

Alto Longá/PI 03/08/2018

Leide Dáigna Oliveira
Escrevente Juramentada

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