



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A 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 José Vizir Gomes MUNICÍPIO Alto Longá - PI

MÉDICO: Marcos Glebson Gomes Rabelo CRM: 4342 - PI

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetricia  Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Manoel dos Santos Oliveira

Idade: 29 anos Sexo:  Masculino ( ) Feminino

HDA: Paciente vítima de acidente de motociclista, apresentando ferimento contuso em dorso de mão esquerda. Fere entroado de corpo estranho no local. Apresenta déficit de movimento de extensão dos dedos (principalmente II, III e IV).

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

Espontânea

3 - Comandos

2 - A dor

1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

Orientado

4 - Confusa

3 - Palavras Inapropriadas

2 - Palavras Incompreensíveis

1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

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 mmHg PA: 100x80 mmHg Sat O: \_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio

( ) Hidratação Venosa

( ) Aspiração

Medicção Analgésico

Curativo

( ) Outros: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 SET. 2018

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clinica/Posto: Ortopedico

Senha:

ID: 31376

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

Marcos Glebson Gomes Rabelo AUT: 270481877

Médico

CRM: PT4342

Assinatura e carimbo do Médico



NOME DO PACIENTE: Manoel dos Santos Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 334672



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 00:15:01

(User: RAIMUNDA SOARES)

(Estação: RECEPCAO01)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

Nº FE 27/06/2018  
05/06/2018

## 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: 29a8mild	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
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S-U-S
id.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

## DADOS CLÍNICOS:

Paciente refere dor no rosto dorsal de m<sup>et</sup>  
esforçado com incisão de pele aperto de 3<sup>o</sup> - 8<sup>o</sup>  
de dedos. Qualidade explosiva na sob de costela que induz  
lres indoses

co. Ondulantes + patente alterações

RAIO-X REALIZADO 10/10  
DATA 03/07/2018  
Técnico: [Signature]

Dr. Lafayette Macedo  
MÉDICO  
CRM-PI 16474

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

Diagnóstico Inicial: CID:

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

## DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 SET. 2018

## GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja G

Centro - Norte CEP: 64.002470

ALTA:	( ) Melhorado	( ) Administrativa	( ) Retornar à Unid. Origem:
	( ) Curado	( ) Por Indisciplina	( ) Transferência:
	( ) Inalterado	( ) Por Evasão	
	( ) A Pedido		
		DATA SAÍDA: / / .	HORA: : .

BITO:	DESTINO:		( ) Internação na Unidade
			Proced. Solicitado:
			CID Compatível:
			Prof. Solicitante
			Internação:

J. Maria do Socorro Dias de Souza  
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

**HOSPITAL DE URGENCIA 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:

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

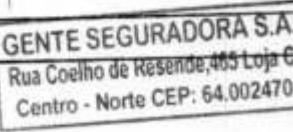
## DADOS DO ATENDIMENTO:

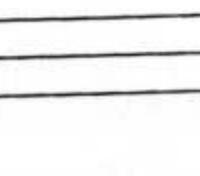
<u>Código:</u> 671661	<u>Data:</u> 27/06/2018 00:13:24	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

<u>Data/Hora Solicitação:</u> 27/06/18 03:00	<u>ESPECIALISTA:</u> NCR
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u> Acidente de trânsito Vítima em motocicleta TC caiu de cima da moto ao lado da moto	
 <u>Carimbo/Assinatura</u> solicitante	

<u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: ___/___/___ ___:___	<u>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</u>
 <u>Carimbo/Assinatura</u> Prof. Parecer	

<u>DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):</u>	<u>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</u>
<u>Data/Hora Solicitação:</u> ___/___/___ ___:___	<u>ESPECIALISTA:</u> DPVAT
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u>  <u>GENTE SEGURADORA S.A.</u> <u>Rua Coelho de Resende, 405 Loja 6</u> <u>Centro - Norte CEP: 64.002-470</u>	
<u>Carimbo/Assinatura</u> solicitante	

<u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: ___/___/___ ___:___	<u>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</u>
 <u>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</u>	

## DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E MONITORAMENTO

Nome:

**MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA**

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

17 SET 2018  
17 SET 2018





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 28.06.18

NOME DO PACIENTE: <u>Manoel dos Santos Oliveira</u>		BONTUÁRIO Nº: <u>334672</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA:		Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Arthur</u>		CPF Nº:
AUXILIAR:		CPF Nº:
ANESTESIA:		CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Ediane</u>		CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>n. 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>02</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>banda n. 15</u>	UND	<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>fitas n. 8,5</u>	UND	<u>02</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>luvas n. 6,5</u>	UND	<u>—</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>n. 3-0</u>	UND	<u>02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Conciliar</u>			
PROLENE							

mononylon 4.0 - 02

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
17 SET. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

MOD - 094



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Manoel dos Santos de Oliveira

Diagnóstico pré-operatório

Tumor de Nenhum tipo B2, 3: 0-4c esq.

Operação - Tipo

TUMORECTOMIA

Cirurgião

Dr Arthur

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ediane

Anestesista

Dr Cari

Anestesia

Seraf

Anestésico(a)

Data da Operação

28/06/18

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

*[Handwritten signature]*

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

*- Splema e crura no MIE  
- Atravessou a arteria traumática.  
- LHC.*

*- TROMBOMA DE: - RET. Profundo à diaphragma  
- RE Cervical B 2', 3' e 4c.*

*- rins  
- medula.*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 SET. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

*DR. ARTHUR SAMPAIO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 3200-PI*





**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 [M] 49Y  
SC-101% PESADO F [09-13] 0601 2015

EXP: 19.09.2015



AP

E



MÉDICO  
LIVIO PARENTE

RO MEDICO LIVIO PARENTE  
59648-01 MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA  
C. 1011% PIAUHO P.

EXP.10.09.2018  
[M] 48Y  
[0948] 0601 2011

TEC:FB



**PERFIL  
E**

DEPARTAMENTO  
CONTEÚDO  
GENTE S...  
Rua Célio  
Centro - I...



CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 OUT. 2018

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



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			
<b>1418984</b> <i>Francisco das Chagas Pinheiro Martins</i> <i>Pessoal de Padrão - Policial Clássico</i> <b>LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83</b>			



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

SEGURUO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURUO DPVAT

DETTRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO		Expedição BAHIA C. 2017	
VIA	010804122810	HOME	
1686	JOAQUIM DOS SANTOS OLIVEIRA	DATA EMISSÃO	
0114	4d3a	EXERCÍCIO	2017
1834	1a3c	DATA EMISSÃO	16/03/2017
bd54	9a37	PLACA	
9810	32970591704	CPF / CHPF	PIR-11541
B160	Giant	CHASSIS	
9117	PLACAR ANTUF	9IC2AB0100GK052344	
ESPECIE: H PLACA/ TITLÉ: N		COMBUSTIVEL:	gasolina
MARCA/ MODELO: HONDA/FOR 110I		ANO/FAB.	2016
CAP/POV/CHL: 02P/010947C		CATEGORIA:	PARTICU
P V A		COTA ÚNICA:	1º SEDE / COTAS: 1º TPIVA 2º TACO 3º TACO
msegurado.com.br		VEIC. COTA ÚNICA:	1º PREMIO TOTAL (R\$) — PREMIO TOTAL (R\$)
msegurado.com.br		PARCELA RUA:	000,00
msegurado.com.br		PARCELA MUNICÍPIO / COTAS:	000,00
msegurado.com.br		DATA DE PAGAMENTO:	185,50
msegurado.com.br		OBSEVAÇÕES:	
msegurado.com.br		A/F/TD: UNICO/UNICO/PORTO DE GOMES NBC HON TAXA NAO VALIDO PARA TRANSFERENCA	
msegurado.com.br		LOCAL:	ALTO LONÇA
msegurado.com.br		DATA:	16/03/2017

PNº 012712789069 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE È O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

1	33970491304	CPF / CHPF	PIR-8641
1	01080412880	HONDA / P/PI	PIR-8641
2016	09	ANO FAB. / [VAL INF.] 2016	9C2JB0100GR115X344

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00	000,00	000,00	000,00
000,00	000,00	000,00	000,00

DATA DE PAGAMENTO:	185,50
INSCRIÇÃO:	112/02/2017

SEGURO DA LÍDER - DPVAT

CNPJ OR. 24.111.591/0001-04  
[www.seguradatorialider.com.br](http://www.seguradatorialider.com.br)

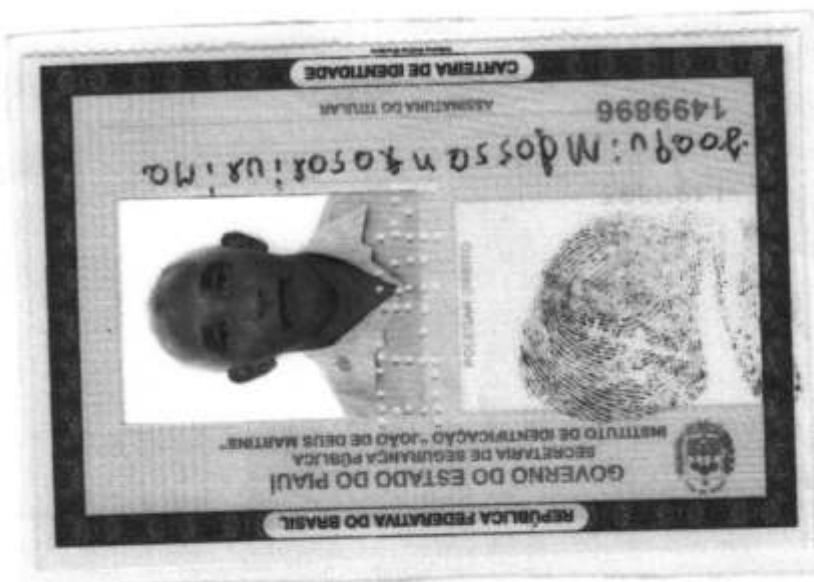
CENTRAL DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 SET. 2018

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



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



Eletrobras  
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO

1122199-2

Para contatar com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 05.842.748/0001-88 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Impostos e contribuições para SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 008245459

A TEF's Social da Energia Elétrica - TEEI foi criada  
pela Lei nº 10.436 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		KWH	DATOS DA LEITURA
Atual:	7891		Data da Leitura: 10/07/2018
Anterior:	7795		Atual: 12/06/2018
Constante da Multiplicação:	1,000		Anterior: 09/06/2018
Consumo Médio:	96	FCAM	Próxima Leitura: 06/07/2018
Consumo Faturado:	96		Emissão: 10/07/2018
			Apresentação: 28

NORMAL

Classe/Subclasse	Línea	Número Medidor	Ponto	Código Ref.	Média 12 meses
RESID. EX. RENDA	MONO	A1126919		1.4.1.1	111

HISTÓRICO 12M		DESCRITIVO DA CONTA		
Mês/Ano		CONSUMO	30 A R\$ 0,286056 =	8,58
JUN/14	115	66 A R\$ 0,490396 =	32,36	
MAI/14	158	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,43	
ABR/14	60	DIFERENCA D: TARIFA	18,96	
MAR/14	115	SUBVENCAO BIXA RENDA	28,29	
FEV/14	103	PARCELAMENTO DE DEBITOS 10/1:	39,96	
JAN/14	115	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,45	
DEZ/17	116			
NOV/17	115			
OUT/17	116			
SET/17	110			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
0 A 99 - 0,27700				
99 A 999 - 0,35500				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Anc Valor R\$ Início consumo da sua fatura é dia 01/07/2018, de fornecimento de energia elétrica a partir de 20/06/2018, em função das contas revisadas neste faturamento. O não pagamento poderá gerar multa e inclusão do nome no consumo de débitos (SCDP), impondo ainda multa (ramal, capital, varredura) e a revisão da tarifa no valor de R\$ 150,70 (valor histórico). Caso tenha o seu débito pendente favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 800 085 0600 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 68BD.E99C.497F 1333.5CB8.1D1C.8614.5D18

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

INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE

6,67	13,74	27,48	3,99	7,98	15,06	3,97
0,00				0,00		0,00

05/2018 29,38

ALTOS

Eletrobras  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 05.842.748/0001-88 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

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

Nº da Nota Fiscal: 008245459 FCAM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 de 1. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

83E50000000 2 99000017000 3 00000001122 1 19920718008 4



# 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:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fernanda Cardoso Guerra 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 APÓ 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## 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. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

À, **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 Cicero do Belo – 290, Bairro Centro, CEP: 64.360.000, no município de Alto Longá, Estado do Piauí. XXXXXXXXXXXXXX.

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:

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

Alto Longá – PI, 31 de Julho de 2018

*X Manoel dos Santos Oliveira*  
MANOEL DOS SANTOS OLIVEIRA

1º OFÍCIO



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

Em testemunho, *[Assinatura]* da verdade

Alto Longá/PI 03/08/2018

*Leide Daiana Oliveira*  
Escrevente/Juramentada

# 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

VALDECY NASCIMENTO DE SOUSA

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 médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
VALDECY NASCIMENTO DE SOUSA

\_\_\_\_\_  
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**

---

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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 Antigical	Número 455	Complemento Casa
Bairro Flor do Dia	Cidade Alto Longá	Estado PI
Email		CEP 64.360.000
		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        |

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.R.: 4727 D/V: 013 CONTA N.R.: 00023422 D/V: 8  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ N.R.O. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA N.R.: \_\_\_\_\_ D/V: \_\_\_\_\_ CONTA N.R.: \_\_\_\_\_ D/V: \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para pagamento de sinistros, 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DISPAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 SET. 2018

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

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

**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 DF 16:43:22

LOT: 18\_11342-3 TERM: 048496

LOCALIDADE: ALTO LONGA

AG. VINCULADA: 0029

CONTROLE: 013167856

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4727 013 00023422-8

MANUEL DOS SANTOS OLIVEIRA

VALOR:



DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

214-522538404-4

1ª VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO 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 PRINCIPAL 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

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Pai: JOAQUIM DOS SANTOS OLIVEIRA

Endereço: RUA ANGICAL, Nº 455

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: ALTO LONGÁ

### 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 SEQUE O LAUDO MEDICO EM ANEXO.APOS O ACIDENTE FOI LEVADO AO HOSPITAL LOCAL DA CIDADE DE ALTO LONGA . E, EM SEGUITA TRANSFERIDO PARA HUT EM TERESINA .ERA O TINHA DECLARAR.

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

*X 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, 455 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

034.000.013-93

Data do Acidente

26/06/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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.

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

Teresina, 13 de Setembro de 2018

Local e Data

Manoel dos Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A 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

José Vizinha Gomes

MUNICÍPIO Alto Longá - PI

MÉDICO: marcos Glebson Gomes Rabelo

CRM: 4342 - PI

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: manuel dos santos oliveira

Idade: 29 anos

Sexo:  Masculino    ( ) Feminino

HDA: Paciente vítima de acidente de motociclista, apresentando lesão em dorso de sua esquerda. Repre entrador de corpo estranho no local. Apresenta déficit de movimento de extensão dos dedos (principalmente II, III e IV).

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

Espontânea

3 - Comandos

2 - A dor

1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

Orientado

4 - Confusa

3 - Palavras inapropriadas

2 - Palavras incompreensíveis

1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

Obedece a comandos

5 - Localizador

4 - Movimento de retirada

3 - Flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ax. 36.5 °C P: 64 bpm R: 16 mm PA: 100x80 mmHg Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio

( ) Hidratação Venosa

( ) Aspiração

Medicção analgesia

Curativo

( ) Outros: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 SET. 2018

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clinica/Posto: Ortopedia

Senha:

ID: 31376

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

Marcos Glebson Gomes Rabelo Aut: 270481877

Médico

CRM: PI 4342

Assinatura e carimbo do Médico



Eletrobras  
Distribuição Piauí

Para constatação com a  
Eletrobras, informe  
esta NÚMERO

SEU CÓDIGO

1122199-2

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 729 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-88 | Insc. Estadual: 18.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impostos autorizado pela SRF/PI 06/98

Nº da Nota Fiscal: 006245459

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA-MES	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 DIA  
CPF: 00002035608333  
CEP: 64.360-000 - ALTO LONGA

DADOS DE LEITURA		DATA DE LEITURA			
Atual:	7891	Atual:	10/07/2018		
Anterior:	7795	Anterior:	12/06/2018		
Comitê de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/08/2018		
Consumo Médio:	96	Entrega:	06/07/2018		
Consumo Faturado:	96	Aproximada:	10/07/2018		
NORMAL		28			
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Sufixos	Urgente	Número Medidor	Ponto	Código Pkt.	Média 12 meses
RESID. EX. RENDA	MONO	A1126919		1.4.1.1	111
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo:		DESCRICAÇÃO DA CONTA			
JUN/18	115	CONSUNO	30 A R\$ 0,286056 =	8,58	
MAI/18	158	66 A R\$ 0,400396 =	32,36		
ABR/18	60	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	7,43		
MAR/18	115	DIFERENÇA D. TARIFA	18,96		
FEV/18	103	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	18,29		
JAN/18	115	PARCELAMENTO DE DEBITOS 10/12	39,96		
DEZ/17	116	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA --	2,45		
NOV/17	115				
OUT/17	116				
SET/17	110				
TARIFA SB1 TRIBUTOS:					
8 A 35 - 0,27620					
31 A 35 - 0,35930					

#### MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO

Mes/Anc Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a regras de fornecimento de energia elétrica a partir de 25/07/2018, em função das contas revisadas neste faturamento. O não pagamento pode ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEDON. Informamos ainda existem contas vencidas e já ressarcidas no valor de R\$ 150,70 (valor histórico). Caso tenha o ato de pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA CPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO: 68BD.E99C.497F 1333.5CB8.1D1C.8614.5D13

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

#### INDICATORES DE CONTINUIDADE

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

ALTOS 05/2018 29,38

Eletrobras  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 729 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-88 | Insc. Estadual: 18.301.383-5

SEU CÓDIGO

1122199-2

TOTAL A PAGAR - R\$

99,00

MÊS FATURADO

07/2018

VENCIMENTO

15/07/2018

Nº da Nota Fiscal: 006245459 FCAM

#### 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

83650000000 2 99000017000 3 00000001122 1 19920718088 4



## 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 ECONOMIAS	ENDEREÇO PARA ENTREGA CONS. POR ECONOMIA	ÁGUA LIGADA	ESGOTO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS			LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA
			ANTERIOR	ATUAL	(M <sup>3</sup> ) DIAS (M <sup>3</sup> )
06/2018 -	13	05/2018 -	13		
04/2018 -	13	03/2018 -	14	497	508
02/2018 -	13	01/2018 -	14	19/06/2018	19/07/2018
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR			
1	11	R 53012			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR ECONOMIA	VALOR R\$
AGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	11 M3	31,93
MANUTENCAO DE HIDROMETRO		1,90
07/2018		
		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

TOTAL R\$ 33,83

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS	Base de Calculo: 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)
PARÂMETROS (Valores Médios)	CLORO

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 sinistru, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Valdecy Nascimento de Sousa<sup>3</sup>, 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	Número	Complemento
TRU - Engraxate cicero do Belo	514	
Bairro	Estado	CEP
Centro	PI	68.360.000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Valdecysonsa@hotmail.com</u>		<u>86.98197-9467</u>
<b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</b> <b>CONTEUDO NÃO VERIFICADO</b> <u>17 SET. 2018</u>		
<b>GENTE SEGURADORA S.A.</b> Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470		
Local e Data <u>Alto Longo, 13 de setembro de 2018</u> Assinatura do Declarante <u>Valdecy Nascimento de Sousa</u>		

## 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 Easa, 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: 9L2JB01006R052344

Data do Acidente: 26/06/2018

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

X Joaquim dos Santos Oliveira

Assinatura do Declarante

1º OFÍCIO

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



Reconheço verdadeira(s) firma(s) de  
Joaquim dos Santos Oliveira  
03/08/2018

Em local: Alto Longá-PI da verdade

Alto Longá/PI 03/08/2018

Leide Dajana 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: 64.002-470