

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004572/19

Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA

CPF: 666.482.463-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/09/2016

Titular do CPF: ALBERTINA FERREIRA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ALBERTINA FERREIRA COSTA : 666.482.463-91

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: 04/01/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

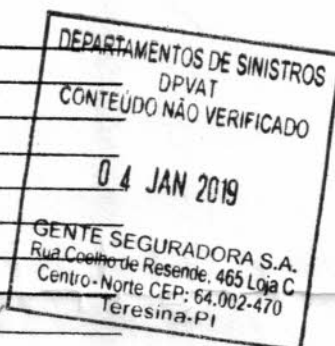
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Albertina Ferreira Costa
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Divorciada
Identidade: 1.200.110
CPF: 666.482.463-91
Profissão: Autônoma
Endereço: Rua Guanaei 5990 S. Francisco
CEP: 64-009.800
Telefone: (86) 3303-4104 99401-2688 99534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rize Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recusante
Endereço: Rua Du de Janeiro 544
CEP: 64-000.235
Telefone: (86) 99534-6565 99401-2688



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

Teresina 22/11/18

Local e data

Albertina Ferreira Costa

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Cartório
Themistocles
Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (0xx86) 3221-7886 • E-mail: atendimento@cartoriotsampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ALBERTINA FERREIRA COSTA, DOU
FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 22/11/2018, Emol.: 3,71
TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: AB. 52157 (F510P565)

JUDITE DE CASTRO LARAUJO - Escrevente Autorizada

☐ Tabeliã

☒ Escrevente autorizado





SAMU
192

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Prefeitura de
Teresina

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **11/09/2016** foi socorrida pelo SAMU a Sra. **Albertina Ferreira Costa** vitima de acidente de trânsito tendo sido removida para Hospital de Urgência de Teresina-HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando na guia de atendimento da mesma o nome da vitima de **Albertina Costa Sousa** ao invés **Albertina Ferreira Costa**.

Gomes

Teresina, 04 de Dezembro 2018.


Marília Veloso Cantanhede
Gerente Adm. e Financeira SAMU – THE



Rua Coronel Luís Ferraz, 3390. Bairro Macaúba.
Teresina-PI. CEP 64016-055
CNPJ 17.577.205/0013-70



86 3218 - 2880



fht.sam@teresina.pi.gov.br

DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 11/09/2016 do (a) paciente **ALBERTINA FERREIRA COSTA** o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1-Nome:onde consta ALBERTINA COSTA GOMES para **ALBERTINA FERREIRA COSTA**

Teresina, 26 de dezembro de 2018


Fábio Marcos de Sousa
Diretor Técnico - HUT
CRM: 3336
Diretor Técnico - HUT
CRM: 3336



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

Albertina Ferreira Costa
1117603

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JAN.2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.200.110
DATA DE EXPEDIÇÃO	02/08/17
NOME	ALBERTINA FERREIRA COSTA
FILIAÇÃO	ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO
NATURALIDADE	TIMON-MA
DOC. ORIGEM	CERT. CASAM. 21728 L B57 F 266
DATA DE NASCIMENTO	03/11/1968
CPF	666.482.463-91
EXP. TERESINA-PI	13/07/17
1117603	

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
 Agente de Registro Civil, Policial Classe Especial

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

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



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N.º do chamado 1704	02 Data do chamado 11/09/2016	03 PRO (código) 2899	04 Saída do PA 19h	05 Chegada ao local 19h15
	06 Saída do local 19:30	07 Chegada ao 1.º hospital	08 Saída do 1.º hospital	09 Chegada ao 2.º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço AV. PRESIDENTE KENNEDY / VISCONDE DA PARANÁ				
	11 Bairro PI CARREIRA I		12 Município-UF TERESINA-PI		Código IBGE
	13 Ponto de referência A PCEF CLUBE DOS ECONOMÁRIOS				
Dados do Paciente	14 Nome ALBERTINA COSTA SOUSA			15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	
	16 Idade 47 03/11/1968		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado		20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado		21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
	22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Cinturão 3 - Assento para criança		23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp. 20 PA 110/70 TAX SatO2 98%		25 Local da lesão 		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Dor 5 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Assistência	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração 1 - Prancha longa/curta Oxigênio 1 - Calor cervical Curativos 1 - Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)		
	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado		
Hospital de Destino	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		35 Não Removido		
	Observações Interdisciplinares Vítima de acidente de trânsito, refere dor na quadril, excoruações no M79. Informa uso de amitril 25mg 1x/dia.				
CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU					
Responsável pela recepção Ay: Hericles		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor HERMES	



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

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

NOME DO PACIENTE: Allen Van Costa Gomes
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 41432

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".



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 1704	02 Data do chamado 15/09/2016	03 PRO (código) 2899	04 Saída do PA 19h	05 Chegada ao local 19h15
	06 Saída do local 19:30	07 Chegada ao 1º. hospital	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço AV. PRESIDENTE KENNEDY / VISCONDE DA PARANÁ				
	11 Bairro PI CARREIRA I	12 Município-UF TERESINA-PI	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência A PCEF CLUBE DOS ECONOMIÁRIOS				
	14 Nome ALBERTINA COSTA SOUSA	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	2		
Tipo de Ocorrência	16 Idade 47	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	4		
	03 - 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	27			
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Cinto de segurança 3 - Assento para criança	23 Glasgow = 15
	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum				24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp. 20 PA 110/70 TAX SatO2 98%
Assistência	25 Local da lesão	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais			
	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 5	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intesa 10	
Hospital de Destino	30 Fratura 1 - Sim 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino HUT		
	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não	35 Condições de transporte 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	36 Observações Vítima de acidente de trânsito, refere dor no quadril, enxaquecas no MIG. Informa uso de amitril 25mg a 10h01 25mg.				
	37 Responsável pela recepção Resposta: Albertina				
Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Conductor			
Vitória Maria Pereira de Souza		HERMES			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 1000
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



CELLULOSE FIBERS)

DADOS DO PACIENTE:

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 12/3/16 às: 15

Do Dr. Luis.

PP: mm

alta e sim

Carina José Sales da Silva
Dr. Hugo José Sales da Silva
Ortopedia e Traumatologia
da Coluna Vertebral
CRM-PI 3638

Prof. Parecer



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	ALBERTINA COSTA GOMES			Prontuário:	419432
Mãe:	ROSA LINA MARIA DA CONCEICAO			Pai:	
End.Resid.:	RUA GUARACI, 5990 - VILA SAO FRANCISCO - TERESINA - PI - CEP: 64000-060				
Nascimento:	03/11/1968	Idade:	47a:10m:8d	Sexo:	Feminino
Responsável:	VERONICA JESUS SILVA (NORA)			Fone:	86-98162-8103
Profissão:	DO LAR			CNS:	160313690290004
G. Instrução:	Não informado			Documento:	RG: 1200110 - SSPPI
End.Local.:				E.Civil:	Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	568695	Data:	11/09/2016 19:44:26	Condução:	ACIDENTE DE TRÂNSITO
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				
Acid.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				Convênio:	S U S
				CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	CIRURGIAO GERAL	Laranja
Breve História:	ACIDENTE DE MOTO. NEGA TCE. REFER DOPR NA REGIAO DO OMBRILHO. APRESENTA LACERACAO NA REGIAO DO OMBRILHO E IMOBILIZACAO.		
		Profissional Clas. Risco:	
		AURICENIA FERNANDES TEIXEIRA	
		CPREN 166059	
		Em: 11/09/2016 19:54:03	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

queixas de dor
A visões visuais
B expensas, tórax expensível
C FC= 90bpm, abdome depressível
D G13, sem déficits
E dor na bacia e no ombro

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

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

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Tempo:	CID:
Diagnóstico Inicial:							

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX tórax, pelve e ombro

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

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

Procedimento

CID

Antônia Verônica de Jesus
Assinatura Paciente ou Responsável

03.10.16 Alta hospitalar

Assinatura - Profissional Médico



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
04 JAN 2019
GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MOD 007 - HUT

Top: 11/03/2016 19:54:17
SUSCRITO: TEIXEIRA

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Prontuário: 419432

Nome: ALBERTINA COSTA GOMES

Mãe: ROSA LINA MARJA DA CONCEICAO

Pai:

Mãe:	ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO	Par:	
End. Resid.:	RUA GUARACI, 5990 - VILA SÃO FRANCISCO - TERESINA - PI - CEP: 64000-060	Idade:	47a:10m:8d
		Sexo:	Feminino

Nascimento: 03/11/1968

Idade: 47a:10m:8d

Sexo: Feminino

Fone: 86-98162-8103

Responsável: VERONICA JESUS SILVA (NORA)

CNS: 160313690290004

Profissão: DO LAR

Documento: RG: 1200110 - SSPPI

G. Instrução: Não informado

E.Civil: Casado(a)

End. Local. :

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	568695	Data:	11/09/2016 19:44:26
---------	--------	-------	---------------------

Clas. Cor: Laranja

Convênio: S U S

Código: 568695

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA:

Data/Hora Solicitação: 1/1/2018: ESPECIALISTA: Dr. [illegible]
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Exame estival hemodinâmico, RX
torax e pelve normais
CD: alta da cir geral

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora:

Data/Hora:

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

ESPECIALISTA

Data/Hora Solicitação:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

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

Dr. Rafael Levi Louchard S. da Cunha
Médico do Esporte
CRM: 3807 SBOT: 12983
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Carimbo/Assinatura Solicitante: _____

DADOS DO PARECER: Data/Hora:

Data/Hora:

Carina de Assunção
Prof. Parecer

Carimã - São Paulo Sales da C.A.S.
Dr. Hugo B. Sales
Ortopedia e Traumatologia
da Coluna Vertebral
GRAM-PI 3638

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

OLTS¹

END OF APT

NAME DO PACIENTE _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO CLÍNICA

QUANT.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

HORÁRIO

ATA/HORA

CÓDIGO

06/05/30

Pro. from 1 and 2 and 10 (to)
Kings 2nd CV 1000 (to)

[Signature]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

04 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Laje C
Centro - Nono CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Data: 17/07/2018

Nome do Paciente: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Médico Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL

Exame: RM JOELHO DIREITO



Código

238649

TÉCNICA: Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) nos planos axial, coronal e sagital, ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura.

ACHADOS:

- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservados.
- Ligamentos cruzados e colaterais contínuos e com espessura preservada.
- Tendão do quadriceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habituais.
- Estruturas musculotendíneas sem evidência de anormalidade.
- Estruturas ósseas apresentam corticais íntegras e intensidade de sinal medular usual.
- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.
- Leve edema entre o epicôndilo femoral lateral e o trato iliotibial, sugerindo processo inflamatório por fricção.
- Cartilagens articulares com espessura preservada e intensidade de sinal homogênea.
- Ausência de derrame articular significativo.
- Não se identificam coleções líquidas ou lesões tumescentes na fossa poplíteia.

CONCLUSÃO:

- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.
- Leve edema entre o epicôndilo femoral lateral e o trato iliotibial, sugerindo processo inflamatório por fricção.



ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 3678



NEUROCENTRO

Nome: ALBERTINA FERREIRA COSTA Idade: 49 anos
Convênio: SUS Sexo: Feminino
Solicitante: Dr(a) DURVAL TERCIO NUNES LEAL Data: 04/07/2018 17:02
Código: 285281.02 RG 1200110 SSP PI CPF 66648246391

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBAR

TÉCNICA:

Sagital T2, sagital T1, sagital T2 com supressão de gordura, axial T2.

ACHADOS:

Leve desvio do eixo dorsolombar para esquerda.

Os corpos vertebrais lombares apresentam altura e alinhamento posterior preservado.

Imagem ovalada com hipersinal T2 e T1 na porção posterior paramediana direita do corpo vertebral de L2, com aspecto de hemangioma.

Osteófito marginal anterior em L5.

Os discos intervertebrais D12-L1 a L2-L3 têm altura e intensidade de sinal normal e não exibem protrusões ou herniações significativas.

Desidratação dos discos intervertebrais L3-L4 e L4-L5, com protrusões discais difusas comprimindo o saco dural, com fissura do ânulo fibroso na margem posterior dos discos.

O disco intervertebral L5-S1 tem altura e intensidade de sinal normal, com protrusão discal posterior paramediana direita tocando o saco dural.

Alterações degenerativas, com osteofitose nas articulações interapofisárias L2-L3 bilateralmente.

Demais articulações interapofisárias sem alterações importantes.

Forames de conjugação livres.

O cone medular é tópico, com calibre e intensidade de sinal normal.

Hipersinal T2 com supressão de gordura nos ligamentos interespinhosos L3-L4 a L5-S1, inferindo injúria.

Musculatura paravertebral posterior lombar de aspecto habitual.

CONCLUSÃO:

Leve desvio do eixo dorsolombar para esquerda.

Hemangioma na porção posterior paramediana direita do corpo vertebral de L2.

Espondilose lombar, discopatia degenerativa L3-L4 e L4-L5, com protrusões discais difusas comprimindo o saco dural.

Protrusão discal posterior paramediana direita L5-S1 tocando o saco dural.

Artrose nas interapofisárias L2-L3 bilateralmente.

Injúria dos ligamentos interespinhosos L3-L4 a L5-S1.




Dr. Leonardo Augusto Costa Martins
CRM - 3050



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DIPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lda C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CLINIMAGEM

medicina diagnostica avançada

Data: 17/07/2018
Nome do Paciente: ALBERTINA FERREIRA COSTA
Médico Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
Exame: RM JOELHO ESQUERDO



Código
238649

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) nos planos axial, coronal e sagital, ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura.

ACHADOS:

- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservados.
- Ligamentos cruzados e colaterais contínuos e com espessura preservada.
- Tendão do quadríceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habituais.
- Estruturas musculotendíneas sem evidência de anormalidade.
- Estruturas ósseas apresentam corticais íntegras e intensidade de sinal medular usual.
- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.
- Cartilagens articulares com espessura preservada e intensidade de sinal homogênea.
- Ausência de derrame articular significativo.
- Não se identificam coleções líquidas ou lesões tumescentes na fossa poplíteica.

CONCLUSÃO:

- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.



ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 3678

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



NOME DO PACIENTE				Tratamento		Nº Cartão SUS	
ALESSANDRO LOPES DA SILVA				4445969		708008340835227	
Data de Nascimento		Sexo		Data de Admissão		Nome da Mãe	
03/11/1968		M		12/01/10		ROSA LINA MARIA DA CONCEICAO	
Profissão				Conselho		Nº da Inscrição	
DUPLO - TERCEIRO ANO DE MEDICINA				1995		471641	

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

TECNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

LAUDO:

Consolidação parenquimatosa heterogênea, com focos de calcificação de perimeio e contornos ligeiramente irregulares, ocupando os segmentos apical e posterior do lobo superior direito, exibindo extensão hilar e envolvendo os brônquios segmentares do lobo superior do campo pulmonar direito, determinando atelectasia parcial do mesmo. Tal consolidação associa-se espessamento dos septos interlobulares adjacentes, além de apresentar bronquiectasias cilíndricas de perimeio, por vezes com paredes espessadas e sinais de impactação mucóide.

Há ainda, opacidades nodulares centrolobulares, com padrão de "árvore em brotamento", dispostas pelo lobo superior direito, sobretudo adjacentes à referida consolidação supracitada, e segmento basal medial do lobo inferior direito, que podem estar relacionadas a acometimento das pequenas vias aéreas.

Espessamento pleuropical à esquerda, associado a traves, estrias e opacidades parenquimatosas irregulares de aspecto fibroatelectásico adjacentes.

Espessamento da fissura oblíqua direita. A fissura oblíqua esquerda apresenta focos de espessamento de conformação nodular, medindo até 0,4 cm, inespecíficos, podendo estar relacionado a linfonodos intrapulmonares.

***** CONTINUA *****

(Folha 1 de 2)

Profissional		Nº Conselho	
PAULA FERNANDA ALVES DA SILVA		CRM 3610	
Assinatura		Assinatura	



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



Nome do Paciente		Prontuário	Nº Cartão SUS
ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO		4446969	708008342835227
Sexo	Idade	Profissão	Endereço
F	1200110		
Data de Nascimento		Conselho	Nº de Solicitação
1995		1995	471661

Micronódulo subpleural calcificado de aspecto residual, localizado na região medial do segmento superior do lobo inferior direito, medindo 0,2 cm.

Linfonodos paratraqueais proeminentes e com áreas centrais hiperdensas, não configurando linfonodomegalias (menor eixo axial inferior a 1,0 cm).

Não há evidência de derrame pleural.

Imagem cardíaca anatômica.

As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição habituais.

Tráfego carinal e brônquios principais de calibre e contornos normais.

Irregularidades corticais e aparentes fragmentos ósseos adjacentes aos processos espinhosos de D3, D7 e D8 (sequela de fratura prévia?

constitucional?)

OPINIÃO

O conjunto de achados pulmonares é inespecífico. A possibilidade de doença inflamatória / infecciosa (granulomatosa em atividade), pode ser incluída nos diagnósticos diferenciais, sendo necessária correlação com dados clínicos e ocupacionais.

Irregularidades corticais e aparentes fragmentos ósseos adjacentes aos processos espinhosos de D3, D7 e D8 (sequela de fratura prévia?

constitucional?)

DR. IAN DE OLIVEIRA SILVA

***** FIM *****

(Folha 2 de 2)



Nome do Médico		Nº Conselho
IAN DE OLIVEIRA SILVA		CRM 3610

Bula de Oliveira

Assinatura

NOME: ALBERTINA FERREIRA COSTA

MÉDICO: IRACEMA DE MOURA FALCÃO

NÚMERO: 414001

DATA: 07/11/2018

FATURA: 4825220



Udi
MEDICINA
DIAGNÓSTICA

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA

RELATÓRIO

TÉCNICA:

- Exame realizado em sequências de Spin-echo e Fast spin-echo ponderadas em T1, T2 e Gradiente, com e sem saturação de gordura, em corte multiplanares, sem infusão do meio de contraste paramagnético.

ACHADOS:

- Corpos vertebrais com altura e alinhamento posterior preservados, destacando-se esboços osteofitários marginais em alguns níveis.
- Depósitos focais de gordura / pequenos hemangiomas nos corpos vertebrais de T5, T9 e T12.
- Elementos dos arcos neurais e processos ósseos com morfologia córtico-esponjosas íntegras.
- Hipo-hidratação do disco intervertebral de T5-T6.
- Abaulamentos discais difusos de T4-T5 e T5-T6 tocando a face ventral do saco dural, sem contato medular ou radicular.
- Demais discos intervertebrais com espessuras e padrões internos de sinais normais.
- Articulações interapofisárias sem anormalidades.
- Cisto perineural no neuroforame direito de T12-L1, alargamento o forame neural e determinando remodelamento ósseo sobre o corpo vertebral de T12, medindo 2,6 x 0,8 x 1,6 cm (CC x AP x LL).
- Demais neuroforames livres e apresentando conteúdos anatômicos.
- Dimensões ósseas do canal raqueano mantidas.
- Espaço liquorico intradural sem anormalidades.
- A medula apresenta espessura e sinal de aspecto habitual.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Espondilodiscopatia dorsal incipiente.
2. Abaulamentos discais difusos de T4-T5 e T5-T6 sem contato medular ou radicular.
3. Cisto perineural no neuroforame direito de T12-L1.

Nota: Incidentalmente, observa-se atelectasia segmentar no ápice do pulmão direito.



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Julio BARBOSA dos Santos,
RG nº 16.511.103, data de expedição 2/08/94,
Órgão SSP, portador do CPF nº 013.156.123.56, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA GUARALI, nº 5990,
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 Albustina Ferreira Costa cujo o condutor era
Julio BARBOSA dos Santos.

Veículo:

Modelo: Yamaha/Factor YBR 125 X

Ano: 2011

Placa: NIS-7911

Chassi: 9C6KE1920C0085288

Data do Acidente: 11/09/2016

Local e Data: Teresina-Piauí 23/11/2018



Julio BARBOSA dos Santos
Assinatura do Declarante

Julio BARBOSA dos Santos

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

Cartório
Themistocles
Sampaio
OFÍCIO DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (0xx86) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JULIO BARBOSA DOS SANTOS. DOU
FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 23/11/2018. Emol.: 3,71
TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABL 52950 (5690P346)

JUDITE DE CASTRO CARLOS Escrivente Autorizada

☐ Tabeliã ☐ Escrivente autorizada

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Judiciais
RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABL 52950

86 3221 7886

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal

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

PERÍODO DE FATURAMENTO	PERÍODO DE VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	02-01-2019	57	55,07

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

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	19006	Atual:	27-11-2018
Anterior:	1.000	Anterior:	23-01-2019
Constante de Multiplicação:	57	Próxima Leitura:	24-12-2018
Consumo Medido:	57	Emissão:	26-12-2018
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentação:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Comércio	MONG	Poste	3.5.3.1
Classe	AT4187407	Méda	208

HISTÓRICO kWh	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CARGA	VALOR
NOV/18	96	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	4,20
OUT/18	299	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00	0,04
SET/18	232	MULTA POR ATRASO 11/18-00	0,48
AGO/18	184	JUROS POR ATRASO 11/18-00	0,04
JUL/18	208	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,05
JUN/18	211		
MAI/18	159		
ABR/18	307		
MAR/18	224		
FEV/18			

REAJUSTE TARIFÁRIO - MENSAGEM IMPORTANTE - REVISÃO DE VENCIMENTO
ME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24-12-2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO C39F.6C6B.9345.33A3.DC96.FFC8.9722.A49B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	19,03	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	2,99	Alíquota ICMS:	11,06
Transmissão:	3,03	Valor do ICMS:	0,74
Encargos:	15,24	Valor do PIS:	3,44
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC		EIC		DMIC		DMS	
Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00		0,00			0,00		

TERESINA-MACAUBA	Período de Referência:	10/2018	EUSD:	28,00
------------------	------------------------	---------	-------	-------



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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Albertina Ferreira Costa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 666.482.463 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Albertina Ferreira Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 666.482.463 / 91, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 27 de Dezembro de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado

01 N.º do chamado: 1704
02 Data do chamado: 13/09/2016
03 PRO (código): 2895
04 Saída do PA: 19h
05 Chegada ao local: 19h15

06 Saída do local: 19:30
07 Chegada ao 1.º hospital:
08 Saída do 1.º hospital:
09 Chegada ao 2.º hospital:

Local da Ocorrência

10 Endereço: AV. PRESIDENTE KENNEDY / VISCONDE DA PARANÁ
11 Bairro: PISCARREIRA I
12 Município-UF: TERESINA-PI
13 Ponto de referência: APCEF CLUBE DOS ECONOMÁRIOS / Código IBGE:

Dados do Paciente

14 Nome: ALBERTINA COSTA SOUSA
15 Sexo: 1 - Masculino, 2 - Feminino, 9 - Ignorado
16 Idade: 47
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência: 01 - Acidente de transporte, 02 - Agressão física-espantamento, 03 - Agressão física-FAF, 04 - Agressão física-FAB, 05 - Urgência psiquiátrica, 06 - Tentativa de suicídio, 07 - Envenenamento, 08 - Afogamento, 09 - Queimadura, 10 - Choque elétrico, 11 - Queda, 12 - Urgência clínica, 13 - Urgência obstétrica, 14 - Transferência, 15 - Exames complementares, 16 - Outros, 17 - Já removido, 18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima: 1 - Pedestre, 2 - Condutor, 3 - Passageiro, 9 - Ignorado
20 Meio de locomoção: 1 - A pé, 2 - Automóvel, 3 - Motocicleta, 4 - Bicicleta, 5 - Ônibus/Micro-ônibus, 6 - Outro, 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel, 2 - Motocicleta, 3 - Ônibus/Micro-ônibus, 4 - Bicicleta, 5 - Objeto fixo, 6 - Animal, 7 - Outra, 9 - Ignorado

Exame Físico

23 Glasgow = 15
24 Sinais Vitais: Pulso 120, Resp. 20, PA 110/70, TAX. SatO2 98%
25 Local da lesão: (Diagrama de corpo humano)

Assistência

26 Pupilas: 1 - Iguais, 2 - Desiguais
27 Pulso Radial: 1 - Cheio, 2 - Fino, 3 - Ausente
28 Sangramento: 1 - Sim, 2 - Não
29 Dor: 5 (Escala de Dor de 0 a 10)
30 Fratura: 1 - Sim, 2 - Não, 3 - Suspeito

Hospital de Destino

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): Aspiração, Orogênio, Curativos, Prancha longa/curta, Calor cervical, Kred, Imobilização de extremidades, Reanimação cardiopulmonar, Assistência obstétrica, Glicemia, Acesso Venoso, Medicamentos a), b), c)
32 Hospital de Destino: HUT
33 Condições de entrada: 1 - Melhorado, 2 - Piorado, 3 - Inalterado
34 Óbito: 1 - Sim, 2 - Não, 3 - Não Removido

Observações Interdisciplinar

Vítima de acidente de trânsito, refere dor no quadril, encanções no M2. Informa uso de amitril 25g.

Assinaturas

CONFERE COM O ORIGINAL
Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU

Responsáveis

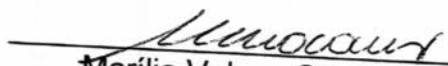
Responsável pela recepção: (Assinatura)
Socorristas Médico: Vitoria Maria Pereira de Sousa
Enfermeiro: (Assinatura)
Condutor: HERMES

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **11/09/2016** foi socorrida pelo SAMU a Sra. **Albertina Ferreira Costa** vitima de acidente de trânsito tendo sido removida para Hospital de Urgência de Teresina-HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando na guia de atendimento da mesma o nome da vitima de **Albertina Costa Sousa** ao invés **Albertina Ferreira Costa**.

Gemas

Teresina, 04 de Dezembro 2018.


Marília Veloso Cantanhede
Gerente Adm. e Financeira SAMU – THE



MATRICULA 12050962-8 FATURA Nº 153186025
MÊS / ANO 10/2018

TC 1.37
20181026092443

NOME/ENDEREÇO
MORADOR ALBERTINA COSTA DE SOUSA
PROPRIETARIO: ALBERTINA FERREIRA COSTA
RUA GUARACI, 5990-SAO FRANCISCO-TERESINA-PI-cep:64009800

LOCALIZAÇÃO 017-00023-001035 GRUPO 017 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A04L489654

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS / ANO TIPO LIDO FATURADO
09/2018 Media 00 10
08/2018 Media 00 10
07/2018 Media 00 10
06/2018 Media 00 10
05/2018 Media 00 10
04/2018 Media 00 10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LETURA
ANTERIOR 25/09/2018 3
ATUAL 26/10/2018 3

CONSUMO MÊS M3 10
LBI 12.74/2012
PIS. PASEP 26,51 x 1,65% = 0,43
COFINS 26,51 x 7,62% = 2,01

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0 10 2,6510 50
10 25 4,9400 50
25 9999999 0,5300 50

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
DESCRÇÃO VALOR REFERENTE AGUA - 26,51
> Residencial-Normal 10,0 m3 26,51

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0 10 2,6510 50
10 25 4,9400 50
25 9999999 0,5300 50

VENCIMENTO 07/11/2018 TOTAL A PAGAR 26,51

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 3 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

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

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.120	3.114	6	1,37	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	3.072	3.032	40	5,94	Inferior a 15,00
PH	3.096	3.039	57	6,87	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.122	3.096	26	1,04	Inferior a 5,00

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	914	910	4	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	914	914	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 26/10/2018 HORA DA EMISSÃO: 09:24

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

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

TC 1.37
20181026092443

MATRICULA 12050962-8

FATURA Nº 153186025
MÊS / ANO 10/2018

VENCIMENTO 07/11/2018

VALOR A PAGAR 26,51

82600000000-8 26511535000-0 00201815318-5 60250100104-7



Declaração de Quitação Anual de Débitos

Prezado Cliente,
vencimento a lei 12.007/09,

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	666.482.463-91	Albertina Ferreira Costa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Albertina Ferreira Costa	666.482.463-91	
Profissão:	Endereço:	Número:
Autônoma	Rua Guaraci	5990
Bairro:	Cidade:	Estado:
São Francisco	Teresina	PI
E-mail:	CEP:	Complemento:
	64009-800	Casa
	Tel.(DDD):	
	(86)3303-4104	

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2442 CONTA: 38918 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
RUA DO COMÉRCIO, 165 LOJA C
TERESINA-PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 27/12/18

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Albertina Ferreira Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004070/2018-32

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

Data/Hora: 26/11/2018 - 17:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRESIDENTE KENNEDY, Nº:

Complemento

Data/Hora

11/09/2016 - 18:30

Bairro

PIÇARREIRA

496250

Ponto de Referência

APCEF

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALBERTINA FERREIRA COSTA (50 ANOS)

RG: 1200110 SSP PI

Mãe: ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA GUARACI, Nº 5990

Bairro: VILA SÃO FRANCISCO NORTE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO COMO PASSAGEIRA DE UMA MOTO YAMAHA/FACTOR YBR125 K, COR VERMELHA, PLACA NIS-7911-PI, DE PROPRIEDADE DE JULIO BARBOSA DOS SANTOS E CONDUZIDA POR ESTE, QUANDO AO PASSAR POR SEMÁFORO SINALIZANDO A COR AMARELA, FOI ATINGIDO POR UM AUTOMÓVEL QUE SE EVADIU DO LOCAL; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 419432). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

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

Albertina Ferreira Costa
ALBERTINA FERREIRA COSTA (50 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	666.482.463-91	Albertina Ferreira Costa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Albertina Ferreira Costa	666.482.463-91	
Profissão:	Endereço:	Número:
Autônoma	Rua Guaraci	5990
Bairro:	Cidade:	CEP:
Sao Francisco	Terresina	64009-800
E-mail:	Estado:	Tel.(DDD):
	PI	(86)3303-4104

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2442 CONTA: 389180
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 27/12/18

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Albertina Ferreira Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020826/19

Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA

CPF: 666.482.463-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/09/2016

Titular do CPF: ALBERTINA FERREIRA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ALBERTINA FERREIRA COSTA : 666.482.463-91

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: 17/01/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Albertina Ferreira Costa
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Divorciada
Identidade: 1.200.110
CPF: 666.482.463-91
Profissão: Autônoma
Endereço: Rua Guanaei 5990 S. Francisco
CEP: 64-009.800
Telefone: (86) 3303-4104 99401-2688 99534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rize Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recusante
Endereço: Rua Du de Janeiro 544
CEP: 64-000.235
Telefone: (86) 99534-6565 99401-2688



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

Teresina 22/11/18

Local e data

Albertina Ferreira Costa

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Cartório
Themistocles
Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (0xx86) 3221-7886 • E-mail: atendimento@cartoriotsampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ALBERTINA FERREIRA COSTA, DOU
FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 22/11/2018, Emol.: 3,71
TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: AB. 52157 (F510P565)

JUDITE DE CASTRO LARAUJO - Escrevente Autorizada

☐ Tabeliã

☒ Escrevente autorizado



Eu Albertina Ferreira Costa
RG 1200110 CPF: 666.482-463-91 Resido
na Rua Guaraci 5990 São Francisco
Teresina Piauí. sofri um acidente
de trânsito em 11/09/16 e até hoje
estou sequelada. e você negam
meu processo eu não aceito a
negativa, pois o médico não chegou
a mim avaliar, então peço uma
perícia médica para que eu tenha o
direito de contar o que sinto. por
favor. fico no aguardo.

Teresina piauí 17/01/19.



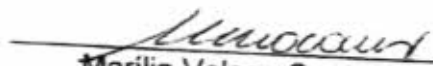
Albertina Ferreira Costa

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **11/09/2016** foi socorrida pelo SAMU a Sra. **Albertina Ferreira Costa** vitima de acidente de trânsito tendo sido removida para Hospital de Urgência de Teresina-HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando na guia de atendimento da mesma o nome da vitima de **Albertina Costa Sousa** ao invés **Albertina Ferreira Costa**.

Gemas

Teresina, 04 de Dezembro 2018.


Marília Veloso Cantanhede
Gerente Adm. e Financeira SAMU - THE




Prefeitura de
Teresina

DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 11/09/2016 do (a) paciente **ALBERTINA FERREIRA COSTA** o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1- Nome: onde consta ALBERTINA COSTA GOMES para **ALBERTINA FERREIRA COSTA**

Teresina, 26 de dezembro de 2018


Fábio Marcos de Sousa
Diretor Técnico - HUT
CRM: 3336

Diretor Técnico - HUT

CRM: 3336



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476253

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 529 L 141 F 141

EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

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

Dra. Fabíola Veras
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

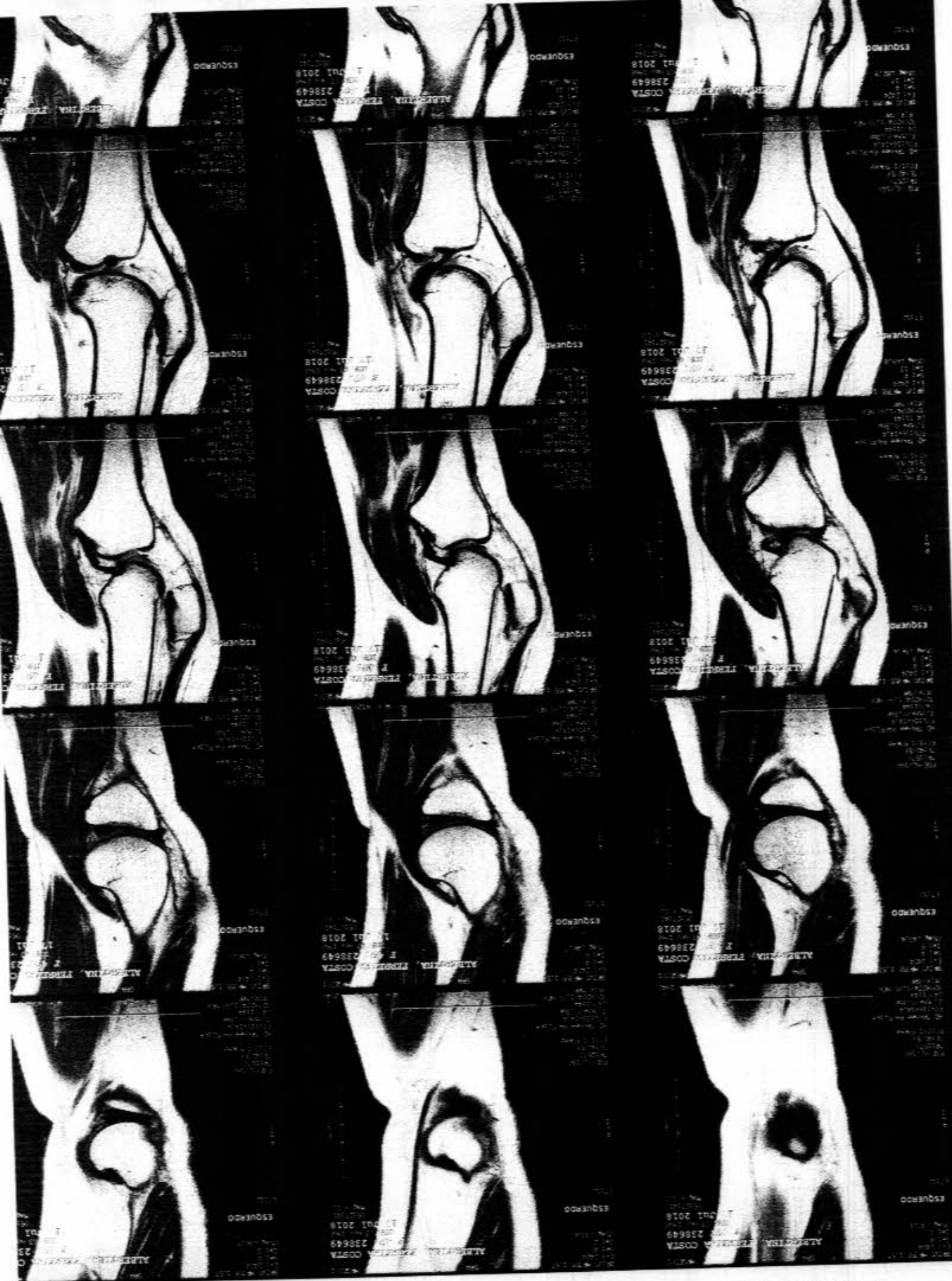
ATTESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que a
Sra. Alcantina Ferreira Costa, foi vítima
do acidente de trânsito, sofrendo trauma em
coluna lombar (contusão) e em joelhos,
submetendo-se a tratamento físico com
exercícios, incluindo com as articulações
em coluna lombar e em joelhos de
direito e esquerdo, com limitação para
locomover-se, apresentando perda para
locomover de 60%.

Colm, 16.01.19



Dra Fabíola Ferreira H. Veras
Clínica Médica/Reumatologia
CRM 2374



Ex: 19736
Set: 4
Int: 1
OSag L36.6

SR
ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag = 2.0

Ex: 19736
Set: 4
Int: 2
OSag L31.6

SR
ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag = 2.0

Ex: 19736
Set: 4
Int: 3
OSag L26.6

SR
ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag = 2.0



ILW = 899 L = 405

ILW = 899 L = 405

ILW = 899 L = 405

Ex: 19736
Set: 4
Int: 5
OSag L16.6

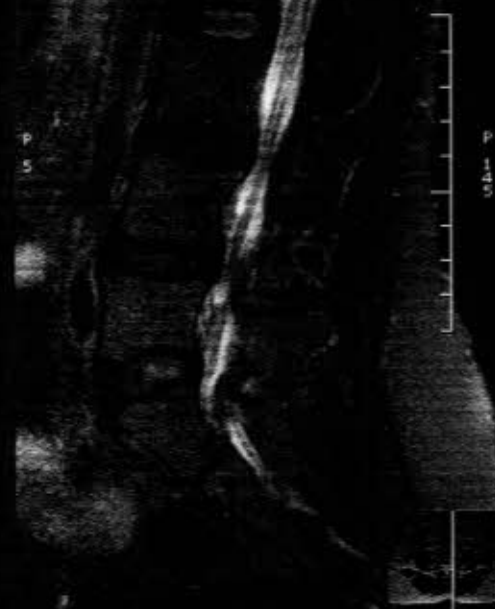
SR
ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag = 2.0

Ex: 19736
Set: 4
Int: 6
OSag L11.6

SR
ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag = 2.0

Ex: 19736
Set: 4
Int: 7
OSag L6.6

SR
ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag = 2.0



ILW = 899 L = 405

ILW = 899 L = 405

ILW = 899 L = 405

Ex: 19736
Set: 4
Int: 9
OSag R3.4

SR
ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018

Ex: 19736
Set: 4
Int: 10
OSag R8.4

SR
ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018

Ex: 19736
Set: 4
Int: 11
OSag R13.4

SR
ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018



Ex: 19736
Set: 3
Int: 1
OSeg: L36.6
Mag: 2.0

ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag: 2.0

Ex: 19736
Set: 3
Int: 2
OSeg: L31.6
Mag: 2.0

ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag: 2.0

Ex: 19736
Set: 3
Int: 3
OSeg: L26.6
Mag: 2.0

ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag: 2.0

Ex: 19736
Set: 3
Int: 4
OSeg: L21.6
Mag: 2.0

ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag: 2.0

P 5

P 5

P 5

P 5

P 5

ILM = 2096 L = 1101

SR

ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag: 2.0

ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag: 2.0

Ex: 19736
Set: 3
Int: 5
OSeg: L6.6
Mag: 2.0

ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag: 2.0

Ex: 19736
Set: 3
Int: 6
OSeg: L1.6
Mag: 2.0

ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag: 2.0

ILM = 2096 L = 1101

SR

ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag: 2.0

ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag: 2.0

Ex: 19736
Set: 3
Int: 6
OSeg: L1.6
Mag: 2.0

ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag: 2.0

ILM = 2096 L = 1101

SR

ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag: 2.0

ALBERTINA FERREIRA COSTA
DOB: 03 nov 1968
04 Jul 2018
Mag: 2.0

Ex: 19736
Set: 3
Int: 6
OSeg: L1.6
Mag: 2.0

UDI

Segurança em Diagnósticos Médicos
www.udi24horas.com.br

(86) 4009-1715
(86) 3214-8800



Albertina Ferreira Costa
50A Feminino 414001
Nº aces. 4825220
SI:3

Desc. do estudo: RM COLUNA TORACICA
Desc. da série: SAG T2 FSE
< 8 - 3 >

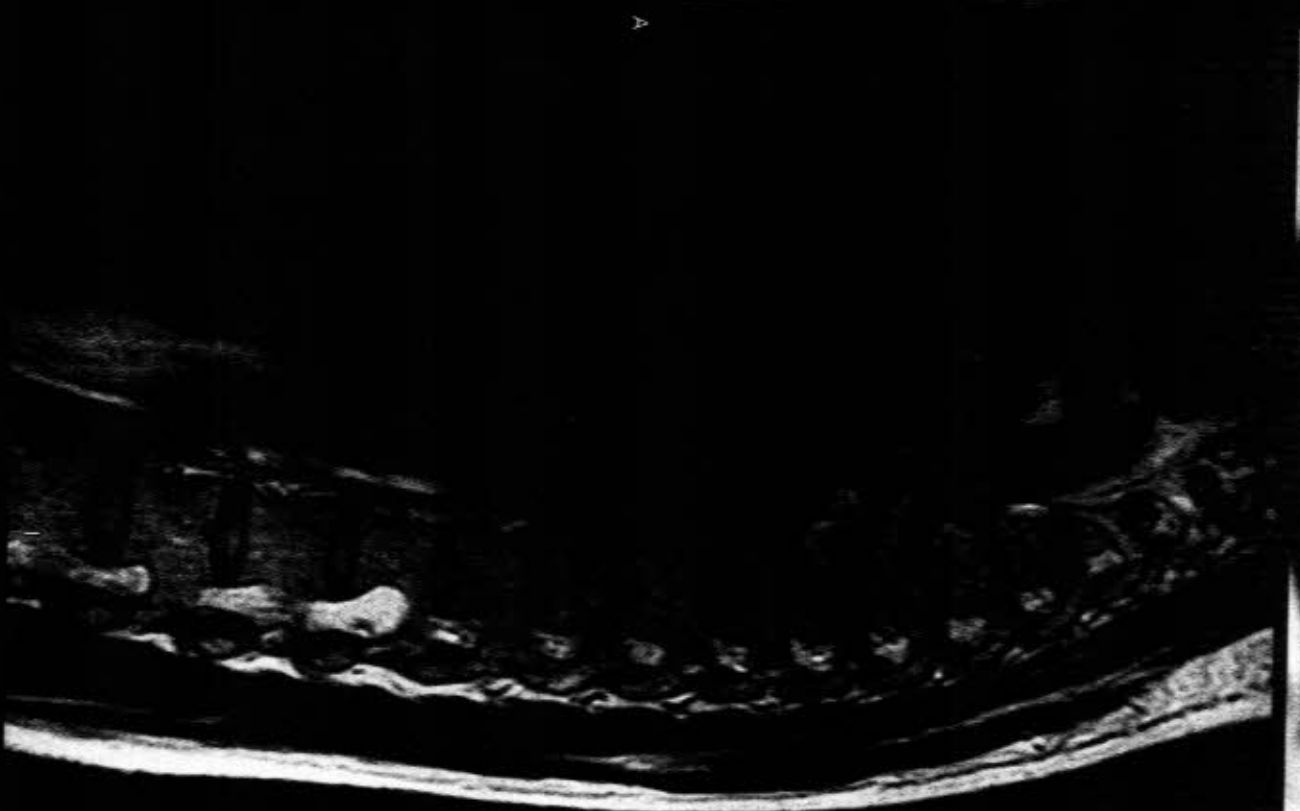
UDI 24 HORAS
[07/11/2018 14:58:48]





F

2.80



A

1000 px

B 0 0
C 0 0







Dados do Chamado	01 N.º do chamado 1704	02 Data do chamado 11/09/2016	03 PRO (código) 2899	04 Saída do PA 19h	05 Chegada ao local 19h15
	06 Saída do local 19:30	07 Chegada ao 1.º hospital	08 Saída do 1.º hospital	09 Chegada ao 2.º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço AV. PRESIDENTE KENNEDY / VISCONDE DA PARANÁ				
	11 Bairro PI CARREIRA I		12 Município-UF TERESINA-PI		Código IBGE
	13 Ponto de referência A PCEF CLUBE DOS ECONOMÁRIOS				
Dados do Paciente	14 Nome ALBERTINA COSTA SOUSA			15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	
	16 Idade 47 03/11/1968		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 9 - Ignorado		21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta		22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Cinturão 3 - Assento para criança
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp. 20 PA 110/70 TAX SatO2 98%		25 Local da lesão 		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
Assistência	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 Dor 5 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração 1 - Prancha longa/curta Oxigênio 1 - Calor cervical Curativos 1 - Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado		
	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		35 Não Removido		
Observações Interdisciplinares	36 Observações Vítima de acidente de trânsito, refere dor na quadril, excoruações no M79. Informa uso de amitril 25mg 1x/dia.				
	CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU				
Responsável pela recepção Cy: Heriáclio		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Conductor HERMES	



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

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

NOME DO PACIENTE: Allen Van Costa Gomes
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 41432

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".



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 1704	02 Data do chamado 15/09/2016	03 PRO (código) 2899	04 Saída do PA 19h	05 Chegada ao local 19h15
	06 Saída do local 19:30	07 Chegada ao 1º. hospital	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço AV. PRESIDENTE KENNEDY / VISCONDE DA PARANÁ				
	11 Bairro PI CARREIRA I	12 Município-UF TERESINA - PI	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência A PCEF CLUBE DOS ECONOMIÁRIOS				
	14 Nome ALBERTINA COSTA SOUSA	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado 2		
Tipo de Ocorrência	16 Idade 47	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	03/11/1968 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	4	
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vitima 2			
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	20 Meio de locomoção 3 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado			
Exame Físico	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	23 Glasgow = 15		
	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	1 - Capacete 2 - Cinto de segurança 3 - Assento para criança	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 5 - Obedece a comandos 6 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		
Assistência	24 Sinais Vitais Pulso 120 Resp. 20 PA 110/70 TAX SatO2 98%	25 Local da lesão	26 Pupilas 4 1 - Iguais 2 - Desiguais		
	27 Pulso Radial 1 Central 1 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		28 Sangramento 2 1 - Sim 2 - Não		
Hospital de Destino	29 Dor 5	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intesa 10			
	30 Fratura 1 - Sim 1 Exposta 1 Fechada 2 Não 2	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração 3 Prancha longa/curta 3 Imobilização de extremidades 3 Glicemia 3 Oxigênio 3 Calor cervical 3 Reanimação cardiopulmonar 3 Acesso Venoso 3 Curativos 3 Kred 3 Assistência obstétrica 3 Medicamentos a) 3 b) 3			
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado			
	34 Óbito 1 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro 1 Antes do transporte 1 Durante o transporte 1				
Observações Interdisciplinar Vítima de acidente de trânsito, refere dor no quadril, enxaquecas no MTG. Informa uso de amitril 25mg a todo dia 25mg.					
Responsável pela recepção HERMES Socorristas Médico HERMES Enfermeiro HERMES AE/TE HERMES Conductor HERMES					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 04 JAN 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Celso de Figueiredo, 1000
 Centro - Norte - CEP: 64.002-470
 Teresina - PI



CHICFLA (FINERA)

DADOS DO PACIENTE:

DADOS DO PACIENTE:		Prontuário:	419432
Nome: ALBERTINA COSTA GOMES			
Mãe: ROSA LINA MARIA DA CONCEICAO	Pai:		
End.Resid.: RUA GUARACI, 5990 - VILA SAO FRANCISCO - TERESINA - PI - CEP: 64000-060			
Nascimento: 03/11/1968	Idade: 47a:10m:8d	Sexo: Feminino	Fone: 86-98162-8103
Responsável: VERONICA JESUS SILVA (NORA)		CNS:	160313690290004
Profissão: DO LAR		Documento: RG: 1200110 - SSPPI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil:	Casado(a)
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:			
<u>Código:</u> 568695	<u>Data:</u> 11/09/2016 19:44:26	<u>Clas. Cor:</u> Laranja	
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1 / 1 / __ : __ ESPECIALISTA: Cin geral

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: lesões estúvel hemodinâmica
trauma e lesão normais
CD: alter da cin geral

RX

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
Carimbo Assinatura Solicitante

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

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 11/01/16 15:20

S. alter geral Transdermal Jac
Vist pelo a bal Rx SFO. S/. 2000
Pilar Carimbo Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

de un 53.

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

SFO 97. 40-2-1

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Rafael Levi Louchard S. da Cunha
Médico do Esporte
CRM: 3807 SBO: 12983
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 12/9/16 às: 15
Das 14h.
12p: 1m
alta de 12h

Carimbo: Sales da Silva
Dr. Hugo Sales da Silva
Ortopedia e Traumatologia
da Coluna Vertebral
CRM-PI 3633

Parecer



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	ALBERTINA COSTA GOMES			Prontuário:	419432
Mãe:	ROSA LINA MARIA DA CONCEICAO			Pai:	
End.Resid.:	RUA GUARACI, 5990 - VILA SAO FRANCISCO - TERESINA - PI - CEP: 64000-060				
Nascimento:	03/11/1968	Idade:	47a:10m:8d	Sexo:	Feminino
Responsável:	VERONICA JESUS SILVA (NORA)			Fone:	86-98162-8103
Profissão:	DO LAR			CNS:	160313690290004
G. Instrução:	Não informado			Documento:	RG: 1200110 - SSPPI
End.Local.:				E.Civil:	Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	568695	Data:	11/09/2016 19:44:26	Condução:	ACIDENTE DE TRÂNSITO
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				
Acid.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Tipico:	Não
				Convênio:	S U S
				CID Secundario:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	CIRURGIAO GERAL	Laranja
Breve História:	ACIDENTE DE MOTO. NEGA TCE. REFER DOPR NA REGIAO DO OMBRILHO. APRESENTA LACERACAO NA REGIAO DO OMBRILHO E IMOBILIZACAO.		
		Profissional Clas. Risco:	
		AURICENIA FERNANDES TEIXEIRA	
		CPREN 166059	
		Em: 11/09/2016 19:54:03	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

queixas de dor
A visões visuais
B expensas, tórax expansível
C FC= 90bpm, abdome depressível
D G13, sem déficits
E dor na bacia e no ombro

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

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Tempo:	CID:
Diagnóstico Inicial:							

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX tórax, pelve e ombro

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

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

Procedimento

CID

Antônia Verônica de Jesus
Assinatura Paciente ou Responsável

03.10 Alta hospitalar

Assinatura - Profissional Médico



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MOD 007 - HUT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3129 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Dep: 11/09/2016 19:54:17
PRINCELA TEIXEIRA

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALBERTINA COSTA GOMES		Prontuário: 419432
Mãe: ROSA LINA MANJA DA CONCEICAO	Pai:	
End. Resid.: RUA GUARACI, 5990 - VILA SAO FRANCISCO - TERESINA - PI - CEP: 64000-060	Fone: 86-98162-8103	
Nascimento: 03/11/1968	Idade: 47a:10m:8d	Sexo: Feminino
Responsavel: VERONICA JESUS SILVA (NORA)	CNS: 160313690290004	Documento: RG: 1200110 - SSPPI
Profissão: DO LAR	E.Civil: Casado(a)	
G. Instrução: Não informado		
End. Local: -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 568695	Data: 11/09/2016 19:44:26	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 11/09/2016 19:44:26	ESPECIALISTA: Cir. geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: lesões extensas de membros superiores, RX	
Diagnóstico: lesões de membros superiores	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER:

Data/Hora: 11/09/2016 19:44:26

Dr. Rafael Levi Lauchard S. da Cunha
Médico do Esporte
CRM: 3807 - SBO: 12983
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

ESPECIALISTA: SFO. S. J. J. J. J.

Data/Hora Solicitação: 11/09/2016 19:44:26

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.012-470
Teresina, PI

Dr. Rafael Levi Lauchard S. da Cunha
Médico do Esporte
CRM: 3807 - SBO: 12983
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER:

Data/Hora: 11/09/2016 19:44:26

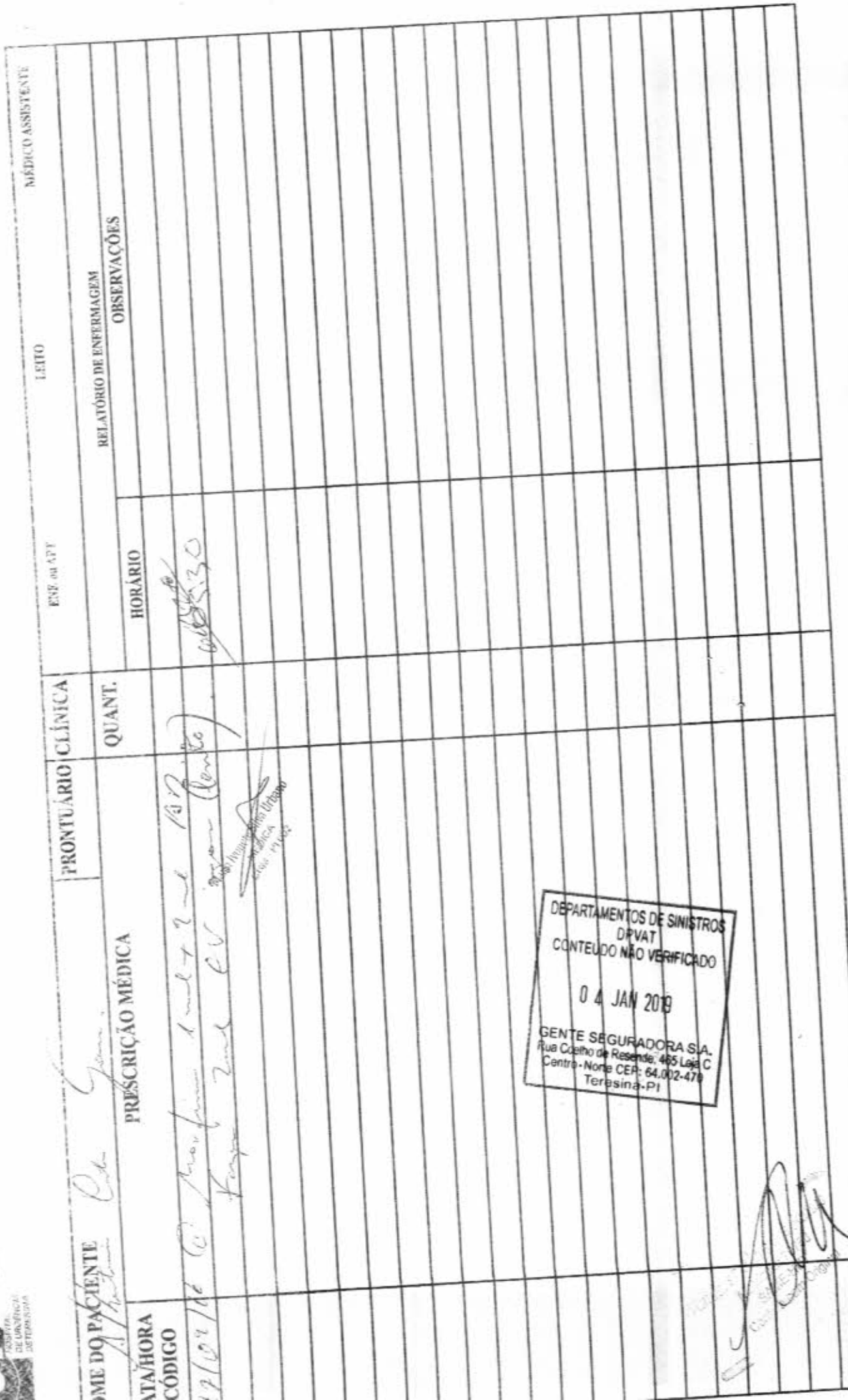
Dr. Rafael Levi Lauchard S. da Cunha

Dr. Hugo Sales da Silva

Dr. Hugo Sales da Silva

Dr. Hugo Sales da Silva
Ortopedia e Traumatologia
da Coluna Vertebral
CRM-PI 3638

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi



Data: 17/07/2018

Nome do Paciente: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Médico Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL

Exame: RM JOELHO DIREITO



Código

238649

TÉCNICA: Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) nos planos axial, coronal e sagital, ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura.

ACHADOS:

- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservados.
- Ligamentos cruzados e colaterais contínuos e com espessura preservada.
- Tendão do quadriceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habituais.
- Estruturas musculotendíneas sem evidência de anormalidade.
- Estruturas ósseas apresentam corticais íntegras e intensidade de sinal medular usual.
- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.
- Leve edema entre o epicôndilo femoral lateral e o trato iliotibial, sugerindo processo inflamatório por fricção.
- Cartilagens articulares com espessura preservada e intensidade de sinal homogênea.
- Ausência de derrame articular significativo.
- Não se identificam coleções líquidas ou lesões tumescentes na fossa poplíteia.

CONCLUSÃO:

- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.
- Leve edema entre o epicôndilo femoral lateral e o trato iliotibial, sugerindo processo inflamatório por fricção.



ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 3678



NEUROCENTRO

Nome: ALBERTINA FERREIRA COSTA Idade: 49 anos
Convênio: SUS Sexo: Feminino
Solicitante: Dr(a) DURVAL TERCIO NUNES LEAL Data: 04/07/2018 17:02
Código: 285281.02 RG 1200110 SSP PI CPF 66648246391

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBAR

TÉCNICA:

Sagital T2, sagital T1, sagital T2 com supressão de gordura, axial T2.

ACHADOS:

Leve desvio do eixo dorsolombar para esquerda.

Os corpos vertebrais lombares apresentam altura e alinhamento posterior preservado.

Imagem ovalada com hipersinal T2 e T1 na porção posterior paramediana direita do corpo vertebral de L2, com aspecto de hemangioma.

Osteófito marginal anterior em L5.

Os discos intervertebrais D12-L1 a L2-L3 têm altura e intensidade de sinal normal e não exibem protrusões ou herniações significativas.

Desidratação dos discos intervertebrais L3-L4 e L4-L5, com protrusões discais difusas comprimindo o saco dural, com fissura do ânulo fibroso na margem posterior dos discos.

O disco intervertebral L5-S1 tem altura e intensidade de sinal normal, com protrusão discal posterior paramediana direita tocando o saco dural.

Alterações degenerativas, com osteofitose nas articulações interapofisárias L2-L3 bilateralmente.

Demais articulações interapofisárias sem alterações importantes.

Forames de conjugação livres.

O cone medular é tópico, com calibre e intensidade de sinal normal.

Hipersinal T2 com supressão de gordura nos ligamentos interespinhosos L3-L4 a L5-S1, inferindo injúria.

Musculatura paravertebral posterior lombar de aspecto habitual.

CONCLUSÃO:

Leve desvio do eixo dorsolombar para esquerda.

Hemangioma na porção posterior paramediana direita do corpo vertebral de L2.

Espondilose lombar, discopatia degenerativa L3-L4 e L4-L5, com protrusões discais difusas comprimindo o saco dural.

Protrusão discal posterior paramediana direita L5-S1 tocando o saco dural.

Artrose nas interapofisárias L2-L3 bilateralmente.

Injúria dos ligamentos interespinhosos L3-L4 a L5-S1.




Dr. Leonardo Augusto Costa Martins
CRM - 3050



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DIPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lda C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CLINIMAGEM

medicina diagnostica avançada

Data: 17/07/2018
Nome do Paciente: ALBERTINA FERREIRA COSTA
Médico Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
Exame: RM JOELHO ESQUERDO



Código
238649

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de alto campo (1,5 Tesla) nos planos axial, coronal e sagital, ponderadas em T1, T2 e densidade de prótons, com e sem saturação de gordura.

ACHADOS:

- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservados.
- Ligamentos cruzados e colaterais contínuos e com espessura preservada.
- Tendão do quadríceps e ligamento patelar de espessura e intensidade de sinal habituais.
- Estruturas musculotendíneas sem evidência de anormalidade.
- Estruturas ósseas apresentam corticais íntegras e intensidade de sinal medular usual.
- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.
- Cartilagens articulares com espessura preservada e intensidade de sinal homogênea.
- Ausência de derrame articular significativo.
- Não se identificam coleções líquidas ou lesões tumescentes na fossa poplíteia.

CONCLUSÃO:

- Edema do segmento súpero-lateral da gordura de Hoffa e em menor grau do coxim adiposo pré-femoral, por fricção patelo-femoral.



ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 3678

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



NOME DO PACIENTE				Tratamento		Nº Cartão SUS	
ALEXANDRE LOPES DA SILVA				4445969		708008340835227	
Data de Nascimento		Sexo		Data de Admissão		Nome da Mãe	
03/11/1968		M		12/01/10		ROSA LINA MARIA DA CONCEICAO	
Profissão				Conselho		Nº da Inscrição	
DUPLO - TERCEIRO ANO DE MEDICINA				1995		471641	

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

TECNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

LAUDO:

Consolidação parenquimatosa heterogênea, com focos de calcificação de perimeio e contornos ligeiramente irregulares, ocupando os segmentos apical e posterior do lobo superior direito, exibindo extensão hilar e envolvendo os brônquios segmentares do lobo superior do campo pulmonar direito, determinando atelectasia parcial do mesmo. Tal consolidação associa-se espessamento dos septos interlobulares adjacentes, além de apresentar bronquiectasias cilíndricas de perimeio, por vezes com paredes espessadas e sinais de impação mucosa.

Há ainda, opacidades nodulares centrolobulares, com padrão de "árvore em brotamento", dispostas pelo lobo superior direito, sobretudo adjacentes à referida consolidação supracitada, e segmento basal medial do lobo inferior direito, que podem estar relacionadas a acometimento das pequenas vias aéreas.

Espessamento pleuropical à esquerda, associado a traves, estrias e opacidades parenquimais irregulares de aspecto fibroatelectásico adjacentes.

Espessamento da fissura oblíqua direita. A fissura oblíqua esquerda apresenta focos de espessamento de conformação nodular, medindo até 0,4 cm, inespecíficos, podendo estar relacionado a linfonodos intrapulmonares.

***** CONTINUA *****

(Folha 1 de 2)

Assinatura	
Paula Regina de Oliveira Pires	
CRM 3610	



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



Nome do Paciente		Prontuário	Nº Cartão SUS
ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO		4446969	708008342835227
Sexo	Idade	Nome do Paciente	
F	1200110	ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO	
Data de Nascimento		Consultas	Nº de Solicitação
1995		1995	471661

Micronódulo subpleural calcificado de aspecto residual, localizado na região medial do segmento superior do lobo inferior direito, medindo 0,2 cm.

Linfonodos paratraqueais proeminentes e com áreas centrais hiperdensas, não configurando linfonodomegalias (menor eixo axial inferior a 1,0 cm).

Não há evidência de derrame pleural.

Imagem cardíaca anatômica.

As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição habituais.

Tráfego carinal e brônquios principais de calibre e contornos normais.

Irregularidades corticais e aparentes fragmentos ósseos adjacentes aos

processos espinhosos de D3, D7 e D8 (sequela de fratura prévia?

constitucional?)

OPINIÃO

O conjunto de achados pulmonares é inespecífico. A possibilidade de doença inflamatória / infecciosa (granulomatosa em atividade), pode ser incluída nos diagnósticos diferenciais, sendo necessária correlação com dados clínicos e ocupacionais.

Irregularidades corticais e aparentes fragmentos ósseos adjacentes aos

processos espinhosos de D3, D7 e D8 (sequela de fratura prévia?

constitucional?)

DR. IAN DE OLIVEIRA SILVA

***** FIM *****

(Folha 2 de 2)



Nome do Paciente		Nº Consultas
ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO		CRM 3610

Bula

Assinatura

NOME: ALBERTINA FERREIRA COSTA

MÉDICO: IRACEMA DE MOURA FALCÃO

NÚMERO: 414001

DATA: 07/11/2018

FATURA: 4825220



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA

RELATÓRIO

TÉCNICA:

- Exame realizado em sequências de Spin-echo e Fast spin-echo ponderadas em T1, T2 e Gradiente, com e sem saturação de gordura, em corte multiplanares, sem infusão do meio de contraste paramagnético.

ACHADOS:

- Corpos vertebrais com altura e alinhamento posterior preservados, destacando-se esboços osteofitários marginais em alguns níveis.
- Depósitos focais de gordura / pequenos hemangiomas nos corpos vertebrais de T5, T9 e T12.
- Elementos dos arcos neurais e processos ósseos com morfologia córtico-esponjosas íntegras.
- Hipo-hidratação do disco intervertebral de T5-T6.
- Abaulamentos discais difusos de T4-T5 e T5-T6 tocando a face ventral do saco dural, sem contato medular ou radicular.
- Demais discos intervertebrais com espessuras e padrões internos de sinais normais.
- Articulações interapofisárias sem anormalidades.
- Cisto perineural no neuroforame direito de T12-L1, alargamento o forame neural e determinando remodelamento ósseo sobre o corpo vertebral de T12, medindo 2,6 x 0,8 x 1,6 cm (CC x AP x LL).
- Demais neuroforames livres e apresentando conteúdos anatômicos.
- Dimensões ósseas do canal raqueano mantidas.
- Espaço liquorico intradural sem anormalidades.
- A medula apresenta espessura e sinal de aspecto habitual.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Espondilodiscopatia dorsal incipiente.
2. Abaulamentos discais difusos de T4-T5 e T5-T6 sem contato medular ou radicular.
3. Cisto perineural no neuroforame direito de T12-L1.

Nota: Incidentalmente, observa-se atelectasia segmentar no ápice do pulmão direito.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

Albertina Ferreira Costa
1117603

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JAN.2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.200.110
DATA DE EXPEDIÇÃO	02/08/17
NOME	ALBERTINA FERREIRA COSTA
FILIAÇÃO	ROSA LINA MARIA DA CONCEIÇÃO
NATURALIDADE	TIMON-MA
DOC. ORIGEM	CERT. CASAM. 21728 L B57 F 266
DATA DE NASCIMENTO	03/11/1968
CPF	666.482.463-91
EXP. TERESINA-PI	13/07/17
1117603	

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
 Agente de Registro Civil, Policial Classe Especial

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

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Julio BARBOSA dos Santos,
RG nº 16.511.103, data de expedição 2/08/94,
Órgão SSP, portador do CPF nº 013.156.123-56, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA GUARALI, nº 5990,
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 Albustina Ferreira Costa cujo o condutor era
Julio BARBOSA dos Santos.

Veículo:

Modelo: Yamaha/Factor YBR 125 X

Ano: 2011

Placa: NIS-7911

Chassi: 9C6KE1920C0085288

Data do Acidente: 11/09/2016

Local e Data: Teresina-Piauí 23/11/2018



Julio BARBOSA dos Santos
Assinatura do Declarante

Julio BARBOSA dos Santos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório
Themistocles
Sampaio
OFÍCIO DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (0xx86) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JULIO BARBOSA DOS SANTOS, DOU
FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 23/11/2018. Emol.: 3,71
TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABL 52950 (5690P346)

JUDITE DE CASTRO CARLOS Escrivente Autorizada

☐ Tabeliã ☐ Escrivente autorizada

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Judiciais
RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABL 52950

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Albertina Ferreira Costa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 666.482.463 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Albertina Ferreira Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 666.482.463 / 91, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 27 de Dezembro de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal

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

PERÍODO DE FATURAMENTO	PERÍODO DE VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	02-01-2019	57	55,07

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

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	19006	Atual:	27-11-2018
Anterior:	1.000	Anterior:	23-01-2019
Constante de Multiplicação:	57	Próxima Leitura:	24-12-2018
Consumo Medido:	57	Emissão:	26-12-2018
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentação:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Comércio	MONG	Número Medidor	Poste
		AT4187407	3-5-3-1
			Média 19 meses

HISTÓRICO kWh	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CARGA	Valor
NOV/18	96	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	4,20
OUT/18	299	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00	0,04
SET/18	232	MULTA POR ATRASO 11/18-00	0,48
AGO/18	184	JUROS POR ATRASO 11/18-00	0,04
JUL/18	208	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,05
JUN/18	211		
MAI/18	159		
ABR/18	307		
MAR/18	224		
FEV/18			

REAJUSTE TARIFARIO: A PARTIR DE 01/01/2019, CONFORME
ME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24-12-2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO C39F.6C6B.9345.33A3.DC96.FFC8.9722.A49B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	19,03	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	2,99	Alíquota ICMS:	11,06
Transmissão:	3,03	Valor do ICMS:	0,74
Encargos:	15,24	Valor do PIS:	3,44
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
Índice	DLC		EIC			DMIC		DLCU
	Trimestral	Anual	Trimestral	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03		
0,00			0,00			0,00		

TERESINA-MACAUBA Período de Referência: 10/2018 EUSD: 28,00

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO 0051869-7	TOTAL A PAGAR - R\$ 55,07
MÊS FATURADO 12/2018	VENCIMENTO 02-01-2019
Nº da Nota Fiscal: 015552212	FCAM

836300000000 4 55070017000 8 000000000051 3 86971218008 0



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



Dados do Chamado

01 N.º do chamado: 1704
02 Data do chamado: 13/09/2016
03 PRO (código): 2895
04 Saída do PA: 19h
05 Chegada ao local: 19h15

06 Saída do local: 19:30
07 Chegada ao 1.º hospital:
08 Saída do 1.º hospital:
09 Chegada ao 2.º hospital:
10 Endereço: AV. PRESIDENTE KENNEDY/VISCONDE DA PARANÁ
11 Bairro: PISCARREIRA I
12 Município-UF: TERESINA-PI
13 Ponto de referência: APCEF CLUBE DOS ECONOMARIOS/

Local da Ocorrência

14 Nome: ALBERTINA COSTA SOUSA
15 Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
16 Idade: 47
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados do Paciente

18 Tipo de ocorrência: 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado

Tipo de Ocorrência

19 Vítima: 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado

Acidente de Transporte

22 Equipamentos de segurança: 1 - Capacete 2 - Cinturão 3 - Assento para criança 4 - Assento para adulto

Exame Físico

23 Glasgow = 15
ABERTURA OCULAR: 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma
RESPOSTA MOTORA: 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum

24 Sinais Vitais: Pulso 120 Resp. 20 PA 110/70 TAX. SatO2 98%
25 Local da lesão:

26 Pupilas: 1 - Iguais 2 - Desiguais
27 Pulso Radial: 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente
28 Sangramento: 1 - Sim 2 - Não
29 Dor: 5
30 Fratura: 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):
Aspiração ☐ Oxição ☐ Curativos ☐ Prancha longa/curta ☐ Calor cervical ☐ Kred ☐ Imobilização de extremidades ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Assistência obstétrica ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c) ☐

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: HUT
33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado
34 Óbito: 1 - Sim 2 - Não
35 Não Removido ☐

Observações Interdisciplinar

Vítima de acidente de trânsito, refere dor no quadril, encanções no M2. Informa uso de amitril 25g.

Responsável pela recepção:
Socorristas: Médico: Vitoria Maria Pereira de Sousa AE/TE: COREN-PI 14288-AE Enfermeiro: HERMES Condutor: HERMES

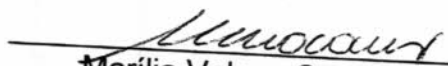
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
AGÊNCIA SEGURODOR S.A.
Rua da Paz, 465 - Loja C
Teresina-PI
CEP: 64.002-470

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **11/09/2016** foi socorrida pelo SAMU a Sra. **Albertina Ferreira Costa** vitima de acidente de trânsito tendo sido removida para Hospital de Urgência de Teresina-HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando na guia de atendimento da mesma o nome da vitima de **Albertina Costa Sousa** ao invés **Albertina Ferreira Costa**.

Gemas

Teresina, 04 de Dezembro 2018.


Marília Veloso Cantanhede
Gerente Adm. e Financeira SAMU – THE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 666.482.463-91 Nome completo da vítima: Albertina Ferreira Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Albertina Ferreira Costa CPF: 666.482.463-91

Profissão: Autônoma Endereço: Rua Guaraçá Número: 5990 Complemento: Casa

Bairro: São Francisco Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64009-800

E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 3303-4104

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2442 CONTA: 38918 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
04 JAN 2019
RUA DO COMÉRCIO, 165 LOJA C
TERESINA-PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 27/12/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190042199

Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Data do Acidente: 11/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTINA FERREIRA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190042199

Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Data do Acidente: 11/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALBERTINA FERREIRA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190042199

Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Data do Acidente: 11/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042199

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Data do acidente: 11/09/2016

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão no joelho direito e coluna lombar.

Descrição do exame físico: Vítima refere lombalgia e dor em joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento clínico

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sequela não indenizável

Data do exame físico: 31/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Radiografias no dia do atendimento não demonstraram fraturas ou luxações . Realizou exames de ressonância magnética, posteriormente, que mostram alterações degenerativas próprias de sua idade e que não tem causalidade com o trauma do acidente.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042199

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Data do acidente: 11/09/2016

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DA COLUNA VERTEBRAL.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (@ PÁG 1) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042199

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Data do acidente: 11/09/2016

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DA COLUNA VERTEBRAL.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042199

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALBERTINA FERREIRA COSTA

Data do acidente: 11/09/2016

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão no joelho direito e coluna lombar.

Descrição do exame físico: Vítima refere lombalgia e dor em joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento clínico

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sequela não indenizável

Data do exame físico: 31/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Radiografias no dia do atendimento não demonstraram fraturas ou luxações. Realizou exames de ressonância magnética, posteriormente, que mostram alterações degenerativas próprias de sua idade e que não tem causalidade com o trauma do acidente.

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