

Controle de documentos x Consulta processos - Processo Ju... x 0803426-16.2019.8.18.0140 - Pro... x Portal do Advogado x +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=183668&ca=9cd9c77504bcef743cd0215bbf8958075b...

Apps Processo Virtual Na... sAdministrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0803426-16.2019.8.18.0140
EVERTON SILVA GARCIA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO D...

10628116 - CONTESTAÇÃO (2731337 CONTESTACAO 02)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/07/2020 10:28:12

06 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10628111 - CONTESTAÇÃO
 - 10628116 - CONTESTAÇÃO (2731337 CONTESTACAO 02)
 - 10628124 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10628128 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10628133 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10628135 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

10:28

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROCESSO: 08034261620198180140

CÓPIA ATACADA para o Juiz de Direito

PT 10:28 06/07/2020



Número: **0803426-16.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **12/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EVERTON SILVA GARCIA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10628 124	06/07/2020 10:28	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVERTON SILVA GARCIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000090450-2

Nr. da Autenticação 2F3E2440B4CAEDF4



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180401693 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVERTON SILVA GARCIA **Data do acidente:** 14/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUIERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.842.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Serviço B-1
Regime especial de impostos aut. mantido pelo SEFAZ/PI/00

Nº da Nota Fiscal: 007908634

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE - não se aplica
de acordo com o art. 130 da Lei nº 10.247/2001.

CONTABILIZADO	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	10/07/2018	99	89,56

TRACY DA SILVA DOS SANTOS
R5 BOSQUE SUL 2 QD L BL A01 AP 02 ANGELICA
BOSQUE SUL / COND.
CEP: 64.042-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	1757	Atual:	03/07/2018
Anterior:	1658	Anterior:	05/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	02/08/2018
Consumo Medido:	99	Emissão:	02/07/2018
Consumo Faturado:	99	Apresentação:	03/07/2018
	NORMAL		28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Locação	Número Medidor	Posto	Código Tel.	Prazo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1473536		1.1.1.1	114

HISTÓRICO DE WH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUN/18	110	CONSUMO	99 A R\$ 0,832309 = 82,39
MAI/18	101	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,17
ABR/18	97	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,94
MAR/18	108		
FEV/18	99		
JAN/18	109		
DEZ/17	119		
NOV/17	120		
OUT/17	115		
SET/17	133		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 99 - 0,004090			

MENSAGENS IMPORTANTES / PREVISÃO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/07/2018, se função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na CEPERJ. Informamos ainda existirem contas já vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 00,52 (valor histórico). Caso preferido, efetuado o pagamento favor descongelar este aviso.
06/2018	95,72	
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

RESERVADO AO FISCO	
27A7 F6F9.8CEF DA91 7F57.81CF FF8A.0831	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Distribuição:	17,08
Energia:	32,47
Transmissão:	5,10
Encargos:	5,17
Tributos:	22,57
INDICADORES DE CONTINUIDADE	

TERESINA	05/2018	29,45
----------	---------	-------



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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



CONSUMO 208 A R\$ 0,866912 = 180,31

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0051869-7

Nº da Nota Fiscal 007516126

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

CONSUMO	VENCIMENTO	CONSUMO (AVAL)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	29/06/2018	208	199,86

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

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	18195	Atual:	22/06/2018
Anterior:	17987	Anterior:	23/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/07/2018
Consumo Medido:	208	Emissão:	20/06/2018
Consumo Faturado:	208	Apresentação:	22/06/2018
NORMAL		70	

Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Est.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	310

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	208 A R\$ 0,866912 =	180,31
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		14,80
CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00		0,46
MULTA POR ATRASO 05/18-00		3,48
JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00		0,56
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA		7,52
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA		

LIGUE 0800 056 0500 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Parabéns! Até o dia 20/06/2018, não constatamos futuras vencidas

nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5A86.FF6B.D6D7.F2EC.0882.4DE3.2F10.067A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	35,21	Base de Cálculo:	180,31
Energia:	66,96	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	10,53	Valor de ICMS:	48,68
Encargos:	10,67	Valor do PIS:	1,47
Tributos:	56,01	Valor do COFINS:	6,79

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	0,00
0,00			0,00			0,00	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
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 Everton Silva Garcia inscrito
(a) no CPF sob o Nº 031.135.913 / 25, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Everton Silva Garcia, inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.135.913 / 25, 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-
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
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>(86) 3303-4104</u>		
			Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina, 20 de agosto de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

01 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juscelino Fagner Fontenele,
RG nº 2098476, data de expedição 29/01/16,
Órgão SSPI, portador do CPF nº 61975400372, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA "E", nº 7733,
complemento LARAN, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Evariston Silva Garcia, cujo o condutor era
Evariston Silva Garcia.

Veículo: Moto
Modelo: Honda NXR160 Bros Esd
Ano: 2015
Placa: PSS-0755
Chassi: 9CZKD08107R201428
Data do Acidente: 14.05.18
Local e Data: Teresina-PI, 15/06/18



* Juscelino Fagner Fontenele
Assinatura do Declarante

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

1º Ofício "DIALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barros, 91/Sul Centro
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo
Tabelião Público
Teresina-Piauí





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

29 AGO 2019

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vitima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	23 Glasgow =				
	24 Sinais Vitais				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Hospital de Destino	27 Pulso				
	28 Sangramento				
Observações Interdisciplinar	29 Dor				
	30 Fratura				
Responsável pela recepção	31 Procedimentos realizados				
	32 Hospital de Destino				
Socorristas	33 Condições de entrada				
	34 Óbito				
Médico	35 Condições de saída				
	36 Condições de chegada				
Enfermeiro	37 Condições de chegada				
	38 Condições de chegada				
Conducutor	39 Condições de chegada				
	40 Condições de chegada				

27.11.2011

Alta



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Everton Silva Garcia

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 476526

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

ORTO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 14/05/2018 14:27:19

DADOS DO PACIENTE:

(User: CLESIANA)

(Estação: ACCR01)

Nome:	EVERTON SILVA GARCIA		Prontuário:	476526
Mãe:	MARIA TELMA E SILVA GARCIA		Pai:	
End.Resid.:	QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento:	10/04/1985	Idade:	33a:1m:4d	Sexo: Masculino Fone: 86-99857-5837
Responsável:	ANA CALUDAI		CNS:	
Profissão:	CAMELO		Documento:	CPF: 031.135.913-25
G. Instrução:	Não informado		E.Civil:	Concubinato
End.Local.:				

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	664936	Data:	14/05/2018 14:11:34	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid.Trab.:	Sim	Acid. Trajeto:	Sim	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundario:	V299

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 1H.RELATO DE TRAUMA EM MSD,ESCORIAÇÕES EM MIE.NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC)	CLESIANA MARQUES DIAS MIREIS COREN PI 138833 Em: 14/05/2018 14:27:18		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de queda de moto há + 1h. A: Vias aéreas pervias, sem colar/prancha; B: MV+, sem alt. C: BNF, RR, 2+ + abdome m inocente; D: ECG: IS; E: Antebraço en-
goixado.

RADIO-X REALIZADO

DATA 14/05/2018

Técnico: [Assinatura]

PA ____ X ____ mmHg

Pulso: ____

FC: ____ bpm

Temp.: ____

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de antebraço D e punho D.
Alta da Geral.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cordeiro de Azevedo, 466 - 1º andar
Cidade: Teresina - PI CEP: 64002-470

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Procedimento

CID

[Assinatura]
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:28:12

http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610281152400000010084306

Número do documento: 20070610281152400000010084306



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - H
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 32.8 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 7905-406 Lin: (14/05/2018)

Internação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
214370	476526	EVERTON SILVA GARCIA	CENTRO CIRURGICO		SALA 08	FELIPE MACIEL BARBOSA DE SANTANA			
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora:	Rádico distal		Alergias:						
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observações:		Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta									
ORAL Tipo LIVRE,	Visto Nutricional 22/18 CRNP 22/18								
1	CLORETO DE SÓDIO (SORO FISIOLÓGICO) 0,9% C/100ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	24/24h			sem 16:10	6:00- Paciente em Hyum. Orientado
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,50	Ampola	EV	6/6h		AD	sem 16:10	Hyum pro-opara - sem 16:10
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h		AD	sem 16:10	Hyum pro-opara - sem 16:10
4	OMEPRAZOL 20MG	1,00	Cápsula	Oral	24/24h			sem 16:10	Hyum pro-opara - sem 16:10

Observações Gerais:

CCGG-SpV

Dr. Elio Nicolini
Osteopata e Fisioterapeuta
CRM-PR 3102

José Ferreira Neto
 300 Av. Washington, 100 - Maracanã
 20090-000 Rio de Janeiro, RJ
 CPM 1558
 CPF: 095.897.373-68

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

29 AGO 2018

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

CL 47462

14/06/2018 15:53:59



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Georgete Silva Coração*
Diagnóstico pré-operatório *fratura do osso do pé D*
Operação - Tipo *RAFI - Montagem Placa e Parafusos*
Cirurgião *Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto* 1º Assistente
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054 2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *15/05/18* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório *O normal*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Relatório Imediato do Patologista
φ

Acidente Durante a Operação
φ

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

*Pequena sob anestesia - Limpeza, Antissepsia
do osso do pé direito D. Flange
Redução + Fixação com placa e parafusos
na 1ª e 2ª falange
Anestesia - Talco gáster*

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº

Proc. Nº

Rubrica

DATA

CONTABILIZAÇÃO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	<i>Elvira Maria da Silva</i>	CRONTUÁRIO Nº:	<i>476526</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Fratura do osso da perna</i>	CIRURGIA:	<i>Osteotomia</i>
ANESTESIA:	<i>BPD</i>	Nº DA SALA:	<i>02</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Cezar Vaz de Oliveira Neto</i> <i>Medico Ortopedista</i> <i>CRM-PI: 3054</i>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<i>Residente</i>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<i>Manuela</i>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Luiz</i>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº <i>7.0</i>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº <i>7.5</i>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	-	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	-	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01		<i>Cupron</i>	"	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>clorox. digestante ml 50</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<i>clorox. alcoolica ml 50</i>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>br. pi digestante unid. 03</i>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>clorox. unid. 05</i>			
ALCOFIL							
MONONYLON <i>3.0</i>	"	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Valdineu</i>			
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:28:12

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610281152400000010084306>

Número do documento: 20070610281152400000010084306



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1870 - Radanção - Fone: 33 3213 3443
TERESINA-PI CEP: 54017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVERTON SILVA GARCIA** (Prontuário: 478528)
Endereço: QD L BLOCO 4 A1 APT 02 - ANGEUM - TERESINA - PI CEP: 54069-990
Nascimento: 10/04/1985 Idade: 33a2m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 214370
Requisição: 836389 Solicitação: 15/05/2018 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
Controle: 1036502 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ISOLAMENTO 11 EXTRA IDH

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 15/05/2018

PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no rádio distal fixada com placa e parafusos metálicos.
- Tala gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIZ CÉZAR)

TERESINA - PI 15/05/2018


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
DATA: 17/05/18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES
		1 2 3					
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100					
TEMPERATURA T		38 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE					
OPERAÇÕES		SEQUÊNCIA					
CIRURGIÕES		1 Lidoc 1% CV 2ml					
ANESTESISTAS		2 Propofol 20mg					
		3 Propofol 20mg					
		4 Propofol 20mg					
		5 Propofol 20mg					
		6 Propofol 20mg					
		7 Propofol 20mg					
		8 Propofol 20mg					
		9 Propofol 20mg					
		10 Propofol 20mg					
		11 Propofol 20mg					
		12 Propofol 20mg					
		13 Propofol 20mg					
		14 Propofol 20mg					
		15 Propofol 20mg					
PARTICULARIDADES		DURAÇÃO					
		Tubo 12					
		A 5KPA					
		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS					
		boa					

MOD 76 - HUT



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Radanção - Fone: 36 3216 3445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 488 Lda C
Centro Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **EVERTON SILVA GARCIA** (Prontuário: 478528)
Endereço: QD L BLOCQA A1 APT 02 - ANGEUM - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 10/04/1985 Idade: 33a2m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 654936
Requisição: 838130 Solicitação: 14/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1036196 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cód. SIA: 0204040019

Data Exame: 14/05/20

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura transversa completa recente no rádio distal com desvio volar.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 15/08/2018


CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1829 - Radiação - Fone: 66 3218 3443

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS,
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVERTON SILVA GARCIA** (Prontuário: 478528)
Endereço: **QD L BLOCQA A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990**
Nascimento: 10/04/1985 Idade: 33a2m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 664938
Requisição: 838130 Solicitação: 14/05/2018 Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: 1036187 Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 14/05/2018

PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura transversa completa recente no rádio distal com desvio volar.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 15/06/2018


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.175-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal De Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS



Sistema
União
de Saúde

050050

Carimbo do Estabelecimento Solicitante

05.522.917/0036-08
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU BARUJO
Rua Maurício Fátima nº 152 Centro
Teresina - PI

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta

Especialidade <u>Ortopedia</u>		Nº Cartão SUS <u>FP 64001 350</u>	
Nome do Paciente (preencher sem abreviar) <u>EUERTON Lima BARRA</u>		Raça/Cor	
Nascimento <u>/ /</u>	Idade	Sexo ☐ Masc. ☐ Fem.	RG / CPF
Nome da Mãe		CEP	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Bairro		Complemento	
Município		UF	Fones
Dados Clínicos <u>Pro - op</u>			
Data <u>21/06/18</u>		Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde <u>Dr. Eduardo</u> <u>Ortopedista e Traumatologista</u> <u>CRM-PI: 4599</u> <u>LEO: 12418</u>	
Dados do Agendamento			
Local do Atendimento			
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Nome do Profissional de Saúde			
Data e Hora do Comparecimento <u>/ /</u> às		Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento	

CARO USUÁRIO,

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha se houver atendimento.
Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.
Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.

Nº DA AUTORIZAÇÃO

Formulário II / 2017

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

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

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: EVERTON SILVA GARCIA

Data do exame: 21/06/2018

Id Paciente: 390728

Data do laudo: 27-06-2018

Raio X de Punho Direito

Osteossíntese do rádio distal com placa e parafusos metálicos de fixação.

Fratura do processo estilóide da ulna.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373



EVERTON, SILVA GARCIA
033Y M 390728
Nasc: 10/04/1985
PUNHO, FRN
UP_EXM
1576 X 1976

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

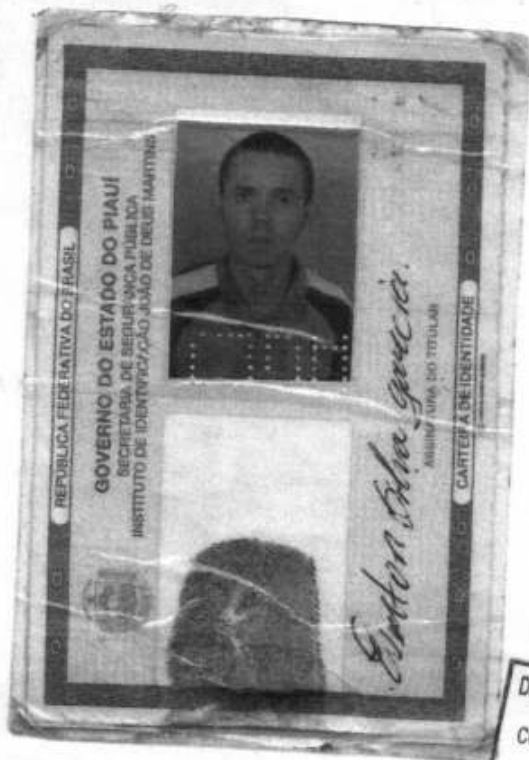
21/06/2018
13:16:39

W: 1023 L: 511

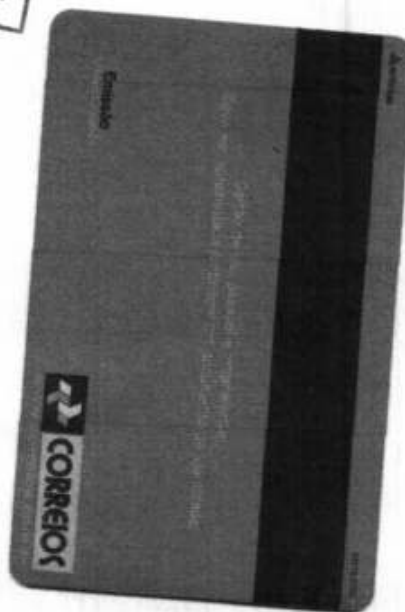


80.18%





DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170033232 Nº 012713746525
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 1056534165 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
JUSCELINO FAGNER FONTENELE

CPF / CNPJ 61975400372 PLACA PIJ-0755

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2KD0810FR201428

ESPECIE / TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCOL/BASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL 002P/162CC CATEGORIA PARTIC DOP. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA ENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO SEGURO PAGO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
SEM RESTRICOES DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA DATA 9/7/2017
PROFESSOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT**

PI Nº 012713746525 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 9/7/2017

VIA 1 CDD. RENAVAM 1056534165 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 2015 CATEG. 09 CHASSI 9C2KD0810FR201428

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 81,28	DENATRAM (R\$) 9,03	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOF (R\$) 0,70	TOTAL SERVIÇO PRESTADO (R\$) 185,50
PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO 23/06/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.245.606/0001-04
www.seguradoralider.com.br



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 Everton Silva Garcia inscrito
(a) no CPF sob o Nº 031.135.913 / 25, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Everton Silva Garcia, inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.135.913 / 25, 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-
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
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>(86) 3303-4104</u>		
			Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina, 20 de agosto de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

01 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

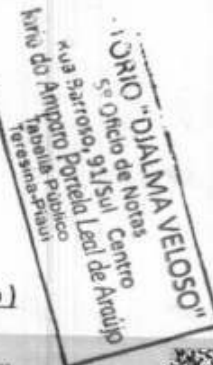
Eu, Juscelino Fagner Fontenele,
RG nº 2098476, data de expedição 29/01/16,
Órgão SSPI, portador do CPF nº 61975400372, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA "E", nº 7733,
complemento LARAN, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Evariston Silva Garcia, cujo o condutor era
Evariston Silva Garcia.

Veículo: Moto
Modelo: Honda NXR160 Bros Esd
Ano: 2015
Placa: PSS-0755
Chassi: 9CZKD08107R201428
Data do Acidente: 14.05.18
Local e Data: Teresina-PI, 15/06/18



* Juscelino Fagner Fontenele
Assinatura do Declarante

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



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.842.740/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Serviço B-1
Regime especial de impostos aut. mensal pelo SEFAZ/PI/06

Nº da Nota Fiscal: 007908634

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TS - não se aplica
de acordo com o art. 138 da Lei nº 10.097/2000.

CONTABILIZADO	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	10/07/2018	99	89,56

TRACY DA SILVA DOS SANTOS
R5 BOSQUE SUL 2 QD L BL A01 AP 02 ANGELICA
BOSQUE SUL / COND.
CEP: 64.042-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	1757	Atual:	03/07/2018
Anterior:	1658	Anterior:	05/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	02/08/2018
Consumo Medido:	99	Emissão:	02/07/2018
Consumo Faturado:	99	Apresentação:	03/07/2018
NORMAL		28	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Tel.	Período 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1473536		1.1.1.1	114

HISTÓRICO DE WH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUN/18	110	CONSUMO	99 A R\$ 0,832309 = 82,39
MAY/18	101	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,17
ABR/18	97	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,94
MAR/18	108		
FEV/18	99		
JAN/18	109		
DEZ/17	119		
NOV/17	120		
OUT/17	115		
SET/17	133		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 99 - 0,004090			

MENSAGENS IMPORTANTES / PREAVISOS DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/07/2018, se função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na CEPERJ. Informamos ainda existirem contas já vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 00,52 (valor histórico - caso tenha efetuado o pagamento favor descongelar este aviso).
06/2018	95,72	
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

RESERVADO AO FISCO	
27A7.F6F9.8CEF.DA91.7F57.81CF.FF8A.0831	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Distribuição:	17,08
Energia:	32,47
Transmissão:	5,10
Encargos:	5,17
Tributos:	22,57
INDICADORES DE CONTINUIDADE	

Eletrobras		SEU CÓDIGO		TOTAL A PAGAR - R\$	
Distribuição Piauí		1590563-2		89,56	
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ		MÊS FATURADO		VENCIMENTO	
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI		07/2018		10/07/2018	
CNPJ: 06.842.740/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-3)		Nº da Nota Fiscal: 007908634		FCAM	

83600000000 7 89560017000 8 00000001590 9 56320718008 1



SEQ.: 00237 UC: 1590563-2 DT. LEIT.: 03/07/2018 T. ENTR.: 03
LEITURA: 1757 NORMAL TOTAL: 89,56 CARGA: 026
DT. VENC.: 10/07/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2042

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
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

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

29 AGO 2018

01 N° do chamado 02 Data do chamado 03 PRO (código) 04 Saída do PA 05 Chegada ao local

06 Saída do local 07 Chegada ao 1° hospital 08 Saída do 1° hospital 09 Chegada ao 2° hospital

10 Endereço 11 Bairro 12 Município-UF 13 Ponto de referência

14 Nome 15 Sexo 16 Idade 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?

18 Tipo de ocorrência 19 Vítima 20 Meio de locomoção 21 Outra parte envolvida 22 Equipamentos de segurança

23 Glasgow = 14 RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA 24 Sinais Vitais 25 Local da lesão

26 Pupilas 27 Pulso Radial Central 28 Sangramento 29 Dor 30 Fratura 31 Procedimentos realizados

32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 34 Óbito

Observações Interdisciplinar

Responsável pela recepção

Socorristas Médico AEITE Conductor

VERSÃO: 27.11.2011



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

ORTO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 14/05/2018 14:27:19

(User: CLEBIANA)

(Estação: ACCR01)

Nome:	EVERTON SILVA GARCIA			Prontuário:	476526
Mãe:	MARIA TELMA E SILVA GARCIA			Pai:	
End.Resid.:	QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64069-990				
Nascimento:	10/04/1985	Idade:	33a:1m:4d	Sexo:	Masculino
Responsável:	ANA CALUDAI			Fone:	86-99857-5837
Profissão:	CAMELO			CNS:	
G. Instrução:	Não informado			Documento:	CPF: 031.135.913-25
End.Local.:				E.Civil:	Concubinato

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	664936	Data:	14/05/2018 14:11:34	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid.Trab.:	Sim	Acid. Trajeto:	Sim	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:	VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 1H. RELATO DE TRAUMA EM MSD, ESCORIAÇÕES EM MIE. NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC)		
		Profissional Clas. Risco:	
		CLEBIANA MARQUES DE SOUZA PIRES	
		COREN PI 138833	
		Em: 14/05/2018 14:27:18	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de queda de moto há ± 1h. A: Vias aéreas pervias, sem colar / prancha; B: MV+, sem alt. C: BNF, RR, 2+ + abdome m inerte; D: ECG: IS; E: Antebraço angoixado.

RAIO-X REALIZADO

DATA 14/05/2018

Técnico: *[Assinatura]*

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____	CID: ____
Diagnóstico Inicial:				

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de antebraço D e punho D.
Alta da Geral.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 468 - Teresina-PI

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

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

Procedimento CID

Ana Claudia
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Everton Silva Garcia

CPF da Vítima

031.135.913-25

Data do Acidente

34/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



Teresina 20 de *Agosto* de 2018

Local e Data

Everton Silva Garcia

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000456/2018-61

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 10/08/2018 - 10:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MADRE SAVINA RESIDENCIAL ESPLANADA, Nº:

Complemento

Bairro

ANGELIM

Ponto de Referência

SUSHI BAR

Data/Hora

14/05/2018 - 13:10

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EVERTON SILVA GARCIA

RG: 2477960 SSP/PI

Mãe: MARIA TELMA E SILVA GARCIA

Pai: ONOFRE LIMA GARCIA

Endereço: RESID. BOSQUE SUL QUA. L BL A01 APART. 02, Nº

Bairro: ESPLANADA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA AV. MADRE PAULINA, CONDUZINDO A MOTO HONDA/NXR160 BROS ESDD, COR PRETA, ANO 2015, PLACA PIJ-0755, RENAVAM 1056534165 DE PROPRIEDADE DE JUSCELINO FAGNER FONTENELE, E NAS PROXIMIDADES DO SUCHI BAR, DESLIZOU EM UM ÓLEO DERRAMADO NA PISTA, DESEQUILIBROU-SE E CAIU, FICANDO LESIONADO SEGUNDO PRONTUÁRIO Nº 476526 DO HUT, PARA ONDE FOI LEVADO APÓS SER SOCORRIDO PELO SAMU. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

EVERTON SILVA GARCIA - Notificante
Responsável pela Informação



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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	031.135.913-25	Everton Silva Garcia

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Everton Silva Garcia	031.135.913-25	Vendedor
Endereço	Número	Complemento
R5 Bosque Sul 2 QD-2 BL A01 AP2	02	Apartamento
Bairro	Cidade	Estado
Angelica	Teresina	PI
Email	CEP	Telefone (DDD)
	64 042-000	(86) 3303-4104

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. D/V 2004		CONTA NRO. D/V 90450 2		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome NRO. _____			
AGÊNCIA NRO. D/V _____		CONTA NRO. D/V _____		(Informar digito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 20 de Agosto de 2018
Local e Data

Everton Silva Garcia
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA **Loterias CAIXA**

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

229-636187197-9

17/AGO/2018 HORA DE: 08:41:

LOT: 16.05408-7 TERM: 01344

LOCALIDADE: TERESINA

AG. VINCULADA: 2004 CONTROLE: 270308993

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2004 013 00090450-2

EVERTON SILVA GARCIA

VALOR : 

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

229-636187197-9

1ª VIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EVERTON SILVA GARCIA**

Nº Sinistro: **3180401693**

Vítima: **EVERTON SILVA GARCIA**

Data do Acidente: **14/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180401693**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13305024

Pag. 00159/00160 - carta_01 - INVALIDEZ



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	12/09/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVERTON SILVA GARCIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000090450-2

Nr. da Autenticação 2F3E2440B4CAEDF4



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Everton Silva Garcia
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 2.477.960
CPF: 031.135.913-25
Profissão: Vendedor
Endereço: Rd Bosque Sul 2 Qd LBL A01 Apoz Angelica
CEP: 64.042.006
Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.123.91
Profissão: Recurso-me
Endereço: Rua 24 de Janeiro S/N Centro Norte
CEP: 64.000.235
Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

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 substabelecer 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: Everton Silva Garcia

5º Ofício

Teresina PI 10/08/2018

Local e data

Everton Silva Garcia

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

CARTÓRIO "DIALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Jardim do Amparo Portela Leal de Araújo
Tabela Pública
Teresina-PI

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabela
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EVERTON SILVA GARCIA, DOU
FE. EM TEST. VERDADE DA VERDADE. TERESINA-PI, 10/08/2018.
Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABF.8384 (FSOP320)

ROSENIR DE MOURA LIMA - Tabela Substituta



CARTÓRIO "DIALMA VELOSO"
de Moura Lima
Tabela Substituta
Teresina-PI





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

29 AGO 2019

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vitima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	23 Glasgow =				
	24 Sinais Vitais				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Hospital de Destino	27 Pulso				
	28 Sangramento				
Observações Interdisciplinar	29 Dor				
	30 Fratura				
Responsável pela recepção	31 Procedimentos realizados				
	32 Hospital de Destino				
Socorristas	33 Condições de entrada				
	34 Óbito				
Médico	35 Observações Interdisciplinar				
	36 Observações Interdisciplinar				
Enfermeiro	37 Observações Interdisciplinar				
	38 Observações Interdisciplinar				
Conducutor	39 Observações Interdisciplinar				
	40 Observações Interdisciplinar				

27.11.2011

Alto



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Everton Silva Garcia

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 476526

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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

ORTO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 14/05/2018 14:27:19

DADOS DO PACIENTE:(User: CLESIANA)
(Estação: ACCR01)

Nome: EVERTON SILVA GARCIA		Prontuário: 476526
Mãe: MARIA TELMA E SILVA GARCIA	Pai:	
End.Resid.: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 10/04/1985	Idade: 33a:1m:4d	Sexo: Masculino Fone: 86-99857-5837
Responsável: ANA CALUDAI		CNS:
Profissão: CAMELO		Documento: CPF: 031.135.913-25
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Concubinato
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 664936	Data: 14/05/2018 14:11:34	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: V299

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor intensa	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 1H. RELATO DE TRAUMA EM MSD, ESCORIAÇÕES EM MIE. NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC)		Profissional Clas. Risco: CLESIANA MARQUES DE SOUZA COREN PI 138833 Em: 14/05/2018 14:27:18	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de queda de moto há + 1h. A: Vias aéreas pervias, sem colar/prancha; B: MV+, sem alt. C: BNF, RR, 2+ + abdome m inocente; D: ECG: IS; E: Antebraço angustado.

RAIO-X REALIZADO

DATA 14/05/2018

Técnico: *[Assinatura]*

PA ____ X ____ mmHg

Pulso: ____

FC: ____ bpm

Temp.: ____

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de antebraço D e punho D.
Alta da Geral.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cordeiro de Azevedo, 466 - 10º andar
Cidade: Natal - CEP: 54002-470
Teresina-PI**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Procedimento

CID

Ana Claudia
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:28:12

<http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610281152400000010084306>

Número do documento: 20070610281152400000010084306

Num. 10628124 - Pág. 36



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 7905 *Yoda* (14/05/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
214370	476526	EVERTON SILVA GARCIA	CENTRO CIRÚRGICO	CENTRO CIRÚRGICO	SALA 08	F. A. MACIEL BARREIRA DE SANTANA
Evolução:			Diagnóstico/Comorbidades:			
Hora:			Alergias:			
Seq.:			Descrição-Apresentação/Observação:		Relatório de Enfermagem:	
Dieta			ORAL Tipo LIVRE,		6:00-Paciente em	
1			CLORETO DE SÓDIO (SORO FISIOLÓGICO) 0,9% C/100ML SIST. FECHADO		16:10 sem 16:10	
2			DIFENONA SÓDICA 50MG/ML, INJ. 2ML.		16:10 sem 16:10	
3			TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		16:10 sem 16:10	
4			OMEPRAZOL 20MG		16:10 sem 16:10	

Observações Gerais:

CCGG-SSTV

2018-05-14 10:15:15
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:28:12

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

José Ferreira Neto
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:28:12



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Georgete Silva Coração*
Diagnóstico pré-operatório *fratura do osso do pé D*
Operação - Tipo *RAT - Montagem Placa e Parafusos*
Cirurgião *Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto* 1º Assistente
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054 2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *15/05/18* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório *O normal*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Relatório Imediato do Patologista
φ

Acidente Durante a Operação
φ

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

*Pericúto sob anestesia - Lavagem, Antissepsia
- Alente uoloz do osso do pé D. Flange
- Redução + fixação com placa e parafusos
- Punção - Remoção - Sutura
- Anestesia - Talo gordo*

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº

Proc. Nº

Rubrica

DATA

CONTABILIZAÇÃO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	<i>Elizete das Graças</i>	IDENTIFICADOR Nº:	<i>476526</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Fratura do osso da perna</i>	CIRURGIA:	<i>Osteotomia</i>
ANESTESIA:	<i>BPD</i>	Nº DA SALA:	<i>02</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Cezar Vaz de Oliveira Neto</i> <i>Medico Ortopedista</i> <i>CRM-PI: 3054</i>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<i>Residente</i>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<i>Manuela</i>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Luiz</i>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº <i>7.0</i>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº <i>7.5</i>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	-	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	-	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01		<i>Exon</i>	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>clorox. digestante ml 50</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<i>clorox. alcoolica ml 50</i>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>exc. pi digestante unid. 03</i>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>clorox. unid. 05</i>			
ALCOFIL							
MONONYLON <i>3.0</i>	UNID.	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Valdineu</i>			
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:28:12

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610281152400000010084306>

Número do documento: 20070610281152400000010084306



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1870 - Radanção - Fone: 35 3215-3445
TERESINA-PI CEP: 54017-770 CNPJ: 03.122.917/0022-02

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVERTON SILVA GARCIA** (Prontuário: 478528)
Endereço: QD L BLOCO 4 A1 APT 02 - ANGEUM - TERESINA - PI CEP: 54069-990
Nascimento: 10/04/1985 Idade: 33a2m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNACÃO Atendimento: 214370
Requisição: 836389 Solicitação: 15/05/2018 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
Controle: 1036502 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P 11 ISOLAMENTO 11 EXTRA 01

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 15/05/2018

PUNHO DIREITO

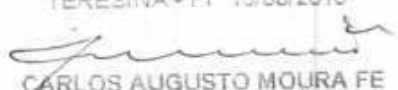
O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no rádio distal fixada com placa e parafusos metálicos.
- Tala gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIZ CÉZAR)

TERESINA - PI 15/05/2018


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
DATA: 17/05/18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500					
		SANGUE 400					
		OUTROS 300					
		OUTROS 200					
		OUTROS 100					
TEMPERATURA		38					
P. ARTERIAL		120					
V. O. PULSO		70					
INÍCIO E FIM ANESTESIA		X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		X					
RESPIRAÇÃO		O					
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS		Pharyngeal de plexo braquial				INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES		osteoartrose radius distal				sem ut	
CIRURGIÕES		C. S. O.				-A S. K. P. A.	
ANESTESISTAS		Mamede				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
		Dr. Luiz Mamede D. de Castro				boa	
		Anestesiologia / Clínica da Dor					
		CRM - 3183					
PARTICULARIDADES							

MOD 76 - HUT



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Radanção - Fone: 36 3216 3445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **EVERTON SILVA GARCIA** (Prontuário: 478528)
Endereço: QD L BLOCQA A1 APT 02 - ANGEUM - TERESINA - PI CEP: 64065-990
Nascimento: 10/04/1985 Idade: 33a2m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 654936
Requisição: 838130 Solicitação: 14/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1036196 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cód. SIA: 0204040019

Data Exame: 14/05/20

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura transversa completa recente no rádio distal com desvio volar.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 15/08/2018


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.905.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1829 - Radanção - Fone: 66 3218 3440
TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 03.522.917/0022-02



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVERTON SILVA GARCIA** (Prontuário: 478528)
Endereço: **QD L BLOCIO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990**
Nascimento: 10/04/1985 Idade: 33a2m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 664938
Requisição: 838130 Solicitação: 14/05/2018 Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: 1036187 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 14/05/2018

PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura transversa completa recente no rádio distal com desvio volar.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 15/06/2018


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.175-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal De Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS



Sistema
União
de Saúde

050050

Carimbo do Estabelecimento Solicitante

05.522.917/0036-08
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEARAUJO
Rua Maurício Fátima nº 152 Centro
Teresina - PI

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta

Especialidade <u>Ortopedia</u>		Nº Cartão SUS <u>FP 64001 350</u>	
Nome do Paciente (preencher sem abreviar) <u>EUERTON Lima BARRA</u>		Raça/Cor	
Nascimento <u>/ /</u>	Idade	Sexo ☐ Masc. ☐ Fem.	RG / CPF
Nome da Mãe		CEP	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Bairro		Complemento	
Município		UF	Fones
Dados Clínicos <u>Pro - op</u>			
Data <u>21/06/18</u>		Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde <u>Dr. Eduardo</u> <u>Ortopedista e Traumatologista</u> <u>CRM-PI: 4599</u> <u>LEO: 12418</u>	
Dados do Agendamento			
Local do Atendimento			
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Nome do Profissional de Saúde			
Data e Hora do Comparecimento <u>/ /</u> às		Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento	

CARO USUÁRIO,

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha se houver atendimento.
Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.
Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.

Nº DA AUTORIZAÇÃO

Formulário II / 2017

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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





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

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: EVERTON SILVA GARCIA
Data do exame: 21/06/2018

Id Paciente: 390728
Data do laudo: 27-06-2018

Raio X de Punho Direito

Osteossíntese do rádio distal com placa e parafusos metálicos de fixação.

Fratura do processo estilóide da ulna.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373



EVERTON, SILVA GARCIA
033Y M 390728
Nasc: 10/04/1985
PUNHO, FRN
UP_EXM
1576 X 1976

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

21/06/2018
13:16:39

W: 1023 L: 511



80.18%



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180401693 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVERTON SILVA GARCIA **Data do acidente:** 14/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUIERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170033232 Nº 012713746525
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 1056534165 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
JUSCELINO FAGNER FONTENELE

CPF / CNPJ 61975400372 PLACA PIJ-0755

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2KD0810FR201428

ESPECIE / TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCOL/BASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL 002P/162CC CATEGORIA PARTIC DOP. PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA ENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO SEGURO PAGO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
SEM RESTRICOES DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA DATA 9/7/2017

PROFESSOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 012713746525 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 9/7/2017

VIA 1 CDD. RENAVAM 1056534165 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

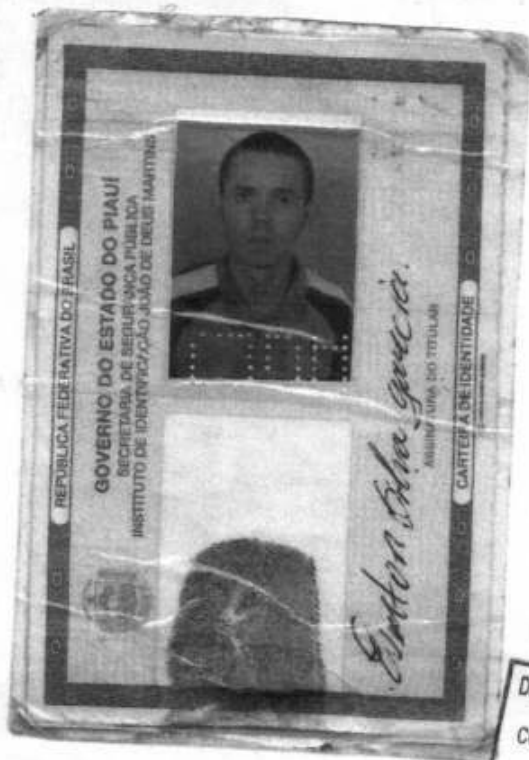
ANO FAB. 2015 CATEG. 09 CHASSI 9C2KD0810FR201428

PREMIO TARIFARIO

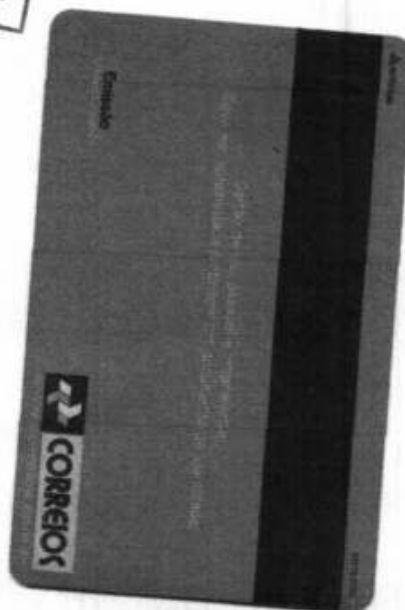
FNS (R\$) 81,28	DENATRAM (R\$) 9,03	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOF (R\$) 0,70	TOTAL SERVIÇO PRESTADO (R\$) 185,50
PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO 23/06/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.245.606/0001-04
www.seguradoralider.com.br





DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



CONSUMO 208 A R\$ 0,866912 = 180,31

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0051869-7

Nº da Nota Fiscal 007516126

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

CONSUMO	VENCIMENTO	CONSUMO (AVAL)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	29/06/2018	208	199,86

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

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	18195	Atual:	22/06/2018
Anterior:	17987	Anterior:	23/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/07/2018
Consumo Medido:	208	Emissão:	20/06/2018
Consumo Faturado:	208	Apresentação:	22/06/2018
NORMAL		70	

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Est.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	310

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	208 A R\$ 0,866912 =	180,31
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		14,80
CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00		0,46
MULTA POR ATRASO 05/18-00		3,48
JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00		0,81
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,56	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	7,52	

LIGUE 0800 056 0500 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Parabéns! Até o dia 20/06/2018, não constatamos futuras vendas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5A86 FF6B D6D7 F2EC 0882 4DF3 2F10 067A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	35,21	Base de Cálculo:	180,31
Energia:	66,96	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	10,53	Valor de ICMS:	48,68
Encargos:	10,67	Valor de PS:	1,47
Tributos:	56,01	Valor do CORINS:	6,79

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice de Continuidade	Índice de Continuidade	Índice de Continuidade	Índice de Continuidade	Índice de Continuidade	Índice de Continuidade	Índice de Continuidade	Índice de Continuidade
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	0,00
0,00			0,00			0,00	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Everton Silva Garcia
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 2.477.960
CPF: 031.135.913-25
Profissão: Vendedor
Endereço: R. Bosque Sul 2 Qd LBL A01 Apoz Angelica
CEP: 64.042.006
Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.123.91
Profissão: Recurso-me
Endereço: Rua 24 de Janeiro S/N Centro Norte
CEP: 64.000.235
Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

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 substabelecer 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: Everton Silva Garcia

5º Ofício

Teresina PI 10/08/2018

Local e data

Everton Silva Garcia

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

CARTÓRIO "DIALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Jardim do Amparo Portela Leal de Araújo
Tabelião Público
Teresina-Piauí

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelião
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EVERTON SILVA GARCIA, DOU
FE. EM TEST. VERDADE DA VERDADE. TERESINA-PI, 10/08/2018.
Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABF.8384 (FSOP320)

ROSENIR DE MOURA LIMA - Tabelião Substituto



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EVERTON SILVA GARCIA**

Nº Sinistro: **3180401693**
Vitima: **EVERTON SILVA GARCIA**
Data do Acidente: **14/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180401693**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13305024

Pag. 00159/00160 - carta_01 - INVALIDEZ

00020080



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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	031.135.913-25	Everton Silva Garcia

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Everton Silva Garcia	031.135.913-25	Vendedor
Endereço	Número	Complemento
R5 Bosque Sul 2 QD-2 BL A01 AP2	02	Apartamento
Bairro	Cidade	CEP
Angelica	Teresina	64 042-000
Email	Estado	Telefone (DDD)
	PI	(86) 3303-4104

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. D/V 2004		CONTA NRO. D/V 90450 2		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome NRO. _____			
AGÊNCIA NRO. D/V _____		CONTA NRO. D/V _____		(Informar digito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 20 de Agosto de 2018
Local e Data

Everton Silva Garcia
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

229-636187197-9

17/AGO/2018 HORA DE 08:41:

LOT: 16.05408-7 TERM: 01344

LOCALIDADE: TERESINA

AG. VINCULADA: 2004 CONTROLE: 270308993

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2004 013 00090450-2

EVERTON SILVA GARCIA

VALOR : 

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO

229-636187197-9

1ª VIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000456/2018-61

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 10/08/2018 - 10:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MADRE SAVINA RESIDENCIAL ESPLANADA, Nº:

Complemento

Bairro

ANGELIM

Ponto de Referência

SUSHI BAR

Data/Hora

14/05/2018 - 13:10

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EVERTON SILVA GARCIA

RG: 2477960 SSP/PI

Mãe: MARIA TELMA E SILVA GARCIA

Pai: ONOFRE LIMA GARCIA

Endereço: RESID. BOSQUE SUL QUA. L BL A01 APART. 02, Nº

Bairro: ESPLANADA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA AV. MADRE PAULINA, CONDUZINDO A MOTO HONDA/NXR160 BROS ESDD, COR PRETA, ANO 2015, PLACA PIJ-0755, RENAVAM 1056534165 DE PROPRIEDADE DE JUSCELINO FAGNER FONTENELE, E NAS PROXIMIDADES DO SUCHI BAR, DESLIZOU EM UM ÓLEO DERRAMADO NA PISTA, DESEQUILIBROU-SE E CAIU, FICANDO LESIONADO SEGUNDO PRONTUÁRIO Nº 476526 DO HUT, PARA ONDE FOI LEVADO APÓS SER SOCORRIDO PELO SAMU. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

EVERTON SILVA GARCIA - Notificante
Responsável pela Informação



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Everton Silveira Garcia

CPF da Vítima

031.135.913-25

Data do Acidente

34/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



Teresina, 20 de Agosto de 2018

Local e Data

Everton Silveira Garcia

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

29 AGO 2018

01 N° do chamado 02 Data do chamado 03 PRO (código) 04 Saída do PA 05 Chegada ao local

06 Saída do local 07 Chegada ao 1° hospital 08 Saída do 1° hospital 09 Chegada ao 2° hospital

10 Endereço 11 Bairro 12 Município-UF 13 Ponto de referência

14 Nome 15 Sexo 16 Idade 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?

18 Tipo de ocorrência

19 Vítima 20 Meio de locomoção 21 Outra parte envolvida

22 Equipamentos de segurança

23 Glasgow = 14 RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA

24 Sinais Vitais 25 Local da lesão

26 Pupilas 27 Pulso 28 Sangramento 29 Dor

30 Escala de dor de 0 a 10

31 Procedimentos realizados

32 Hospital de Destino

33 Condições de entrada 34 Óbito

Observações Interdisciplinar

Responsável pela recepção

Socorristas Médico AEITE Conductor

VERSÃO: 27.11.2011



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

ORTO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 14/05/2018 14:27:19

(User: CLEBIANA)

(Estação: ACCR01)

Nome:	EVERTON SILVA GARCIA			Prontuário:	476526
Mãe:	MARIA TELMA E SILVA GARCIA			Pai:	
End.Resid.:	QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64069-990				
Nascimento:	10/04/1985	Idade:	33a:1m:4d	Sexo:	Masculino
Responsável:	ANA CALUDAI			Fone:	86-99857-5837
Profissão:	CAMELO			CNS:	
G. Instrução:	Não informado			Documento:	CPF: 031.135.913-25
End.Local.:				E.Civil:	Concubinato

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	664936	Data:	14/05/2018 14:11:34	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid.Trab.:	Sim	Acid. Trajeto:	Sim	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:	VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 1H. RELATO DE TRAUMA EM MSD, ESCORIAÇÕES EM MIE. NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC)		
		Profissional Clas. Risco:	
		CLEBIANA MARQUES DE SOUZA PIRES	
		COREN PI 138833	
		Em: 14/05/2018 14:27:18	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de queda de moto há ± 1h. A: Vias aéreas pervias, sem colar / prancha; B: MV+, sem alt. C: BNF, RR, 2+ + abdome m inerte; D: ECG: IS; E: Antebraço angoixado.

RAIO-X REALIZADO

DATA 14/05/2018

Técnico: *[Assinatura]*

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____	CID: ____
Diagnóstico Inicial:				

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de antebraço D e punho D.
Alta da Geral.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

GENE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 468 - 1º andar
Vila Nova, Teresina - PI CEP: 64017-770

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

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

Procedimento CID

[Assinatura]
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

