

VALEM EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

033522522007-6 28/06/2007

RAFAEL MESQUITA

MARIA DE JESUS MESQUITA

VARGEM GRANDE - MA 27/05/1988

NASC. N. 14997 FLS. 02 LIV. 55

P-63

VIA-01

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

MARANHÃO

Rafael Mesquita

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2018

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



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



COB Clinica Ortopedica Buenos Aires

Emissão: 15/08/2018 15:42 USI

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires
Teresina-PI - CEP: 64.009-330
Telefone: 86 3214-1600

COB Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires
Fones: (86) 3214-1600 • CEP 64.009-330 • Teresina-Piauí
E-mail: clinicacob@hotmail.com

***** IMPRESSÃO DO ATENDIMENTO *****

Paciente: 052572-RAFAEL MESQUITA

Data: 15/08/2018 14:11

Conv.: PARTICULA Idade: 30 Anos 2 M

CID 10: T922 SEQUELAS DE FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

QUEIXA PRINCIPAL
ACIDENTE DE TRANSITO DIA 29/03/2018
BO 100203.001693/2018-53

H. D. ATUAL
HD FRAT RADIO D + LUXAÇÃO
DA RADIO ULNAR D
29/03/2018 FEITO TRAT
CIRURGICO DE FRAT LUXAÇÃO RADIO D

EXAME GERAL
DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSD
FORÇA MUSCULAR GRAU III EM MSD

EXAME COMPLEMENTAR
RX ANTEBRAÇO D FRAT RADIO D
COM SINTESE

DIAGNOSTICO E TRATAMENTO
RELATÓRIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 80 % EM MSD

DR. FERDINAND FREITAS
CRM-PI 3096

DR. ROCELDO ANTONIO
CRM-PI 3531

15/08/2018

Dr. Edmar S. L. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 3213 / CRM-MA 3294



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL MESQUITA**
Nº Sinistro: **3180348862**
Vitima: **RAFAEL MESQUITA**
Data do Acidente: **29/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348862**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL MESQUITA**

Nº Sinistro: **3180348862**

Vitima: **RAFAEL MESQUITA**

Data do Acidente: **29/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180348862**.

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 13165318





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

164 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001693/2018-53

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

Data/Hora: 05/06/2018 - 11:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
AV. POTY VELHO, Nº:
Complemento

Bairro
SANTA ROSA

Ponto de Referência
PONTE

Data/Hora
29/03/2018 - 01:30

443630

461098

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAFAEL MESQUITA
RG: 0335225220074 SSPMA MA
Mãe: MARIA DE JESUS MESQUITA
Pai: NAO
Endereço: RUA JOÃO ISIDORO FRANÇA, Nº 6745
Bairro: POTI VELHO
Cidade: TERESINA - CEP: 64008-010
Telefone(s): 86-8893-8243 86-8828-3112

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/CG 180 START, PLACA OEA-1081-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 01144841400, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO PONTE, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO AO PASSAR POR UMAS TARTARUGAS. FOI LEVADO POR MARIA DAS GRAÇAS GOMES SILVA, RUA JOÃO ISIDORO FRANÇA, Nº 6818-POTI VELHO, E LEVADO PARA O PRONTOMED. (PRONT. 361.296). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

RAFAEL MESQUITA - Noticiante
Responsável pela Informação

ORIGINALS NA ASL 0203351/18.

Delegado de Polícia





1544520

Paciente: **RAFAEL MESQUITA**
Nascimento: 27/05/1988 29a 10m 2d
Data Entrada: 29/03/2018 03:00:07
Médico Resp: Dr. Jose de Sampaio Carvalho Junior (CRM 4370)
Prescritor: Jose de Sampaio Carvalho Junior (CRM
Guia: 84381949 Matrícula Conv: 27317000
Diretor Técnico Médico:

Atendimento: 1.544.520
Convênio: MEDPLAN / APARTAMENTO
Liberação: 29/03/2018 03:11:28
Data Presc: 29/03/2018 03:11:00
Validade: 29/03/2018 03:11:00 / 30/03/2018 02:59:59
Senha: 84381949
Prontuário: 381.269
Prescrição: 1270523

Data evolução: 29/03/2018 03:09 / 29/03/2018 03:10

EVOLUÇÃO MEDICO PA
Diagnóstico: M255

Anamnese / Quadro Clínico:

PCTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO.COM FX-LUXACAO DE GALEAZZI A DIREITA. NV +

CD - TALA
PRE-OP

Procedimentos, Serviços/Exames

1 Tala Gessada Axilo-Palmar

Agora.

Dr. Jose de Sampaio
Ortopedista / Cirurgia do Joelho
CRM-PR 4370 / TROT 13855
CNS 980016288855206

Dr. Jose de Sampaio Carvalho Junior
CRM 4370

AUTORIZADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2018

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

Impresso em 29/03/2018 03:11:39

Página 1

Paciente: RAFAEL MESQUITA

Pronto Atendimento - PMA EMERGENCIA
leito/quarto:

JOSES / JOSES

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

Rafael Mesquita

CPF da Vítima

040.911.733-14

Data do Acidente

29/03/2018

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, 06 de Junho de 2018

Local e Data



Rafael Mesquita

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

040.911.733-14

Nome completo da vítima

Rafael Mesquita

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Rafael Mesquita		CPF titular da conta 040.911.733-14		Profissão Auxiliar de Produção	
Endereço Rua João Isidoro Franca		Número 6745		Complemento Casa	
Bairro Pôr Velho	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64000-000		
Email			Telefone (DDD) (86) 3303-4404		

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

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

- ☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 1950

DIV

CONTA

NRO. 54026

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

DIV

CONTA

NRO.

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Teresina, 06 de Junho de 2018

Local e Data

Rafael Mesquita

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM.033343

RAFAEL MESQUITA
AGENCIA 1950 CONTA 0054026-9

14:17 HRS
04/JUN/2018

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA FACIL (C/C + POUF)

TOTAL DE RECURSOS

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2018

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



1544522

paciente **RAFAEL MESQUITA**
 nascimento 27/05/1988 29a 10m 2d Peso
 data Entrada 29/03/2018 04:16:53
 médico Resp **Dr. JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR (CRM 4370)**
 escritor **JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR**
 setor **Posto Ilhas - PMA - 5º andar**
 ID **S52.3 Frat da diáfise do rádio**
 Interpretador Técnico Médico:

Atendimento **1.544.522** Prontuário **361.269**
 Convênio **MEDPLAN / APARTAMENTO**
 Liberação 29/03/2018 06:49:18 Prescrição **1270567**
 Data Prescr. **29/03/2018 06:45:00**
 Validade 29/03/2018 07:00:00 / 30/03/2018 14:59:59
 Leito/Quarto **F. NORONHA**
Régina

Ietas Dose Intervalo

ERO

medicamentos	Dose / Intervalo / Via	Horários	Q
1 Soro Glicosado 5% Ecoflac Frsc (500 ml)	1 Frasco 12/12 h (10-22) IV	10 23 10 1°	
Administrar 500 Mililitros (12/12 h (10-22) Intravenosa)			
Observação:			
4 Glicose Hipertônica 50% Inj. Ampola C/ 10ml	3 Ampola 1x Manhã IV	10	
Administrar 30 Mililitros (1x Manhã Intravenosa)			
Observação:			
8 Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	1 Frasco-ampola 2x dia IV	07 14 07 14	
em "bolus"			
Separar 2,5 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12,5 Mililitros (2x dia Intravenosa)			
Observação:			
9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)	1 Ampola 3x dia IV	07 14 07 14	
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12 Mililitros (3x dia Intravenosa)			
Observação:			
Zofran Inj. Ap (4mg - 2ml)	1 Ampola 8/8 h. IV	14 22 06 14	
Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 102 Mililitros (8/8 h. Intravenosa)			
Observação:			
12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	1 Ampola 6/6 h. IV	12 18 06 06 12	
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12 Mililitros (6/6 h. Intravenosa)			
Observação:			
Profenid Iv Fr 100mg Inj.	1 Frasco-ampola 2x dia IV	07 14 07 14	
Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 100 Mililitros (2x dia Intravenosa) em 20 minutos			
Observação:			
Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	1 Ampola 8/8 h. IV	14 22 06 14	
Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 100 Mililitros (8/8 h. Intravenosa)			
Observação:			

Dr. José de Sampaio
 Ortopedista/Cirurgião do Joelho
 CRM-P1 4370 / TEOT 12855
 CNS 98001628885206

Dr. José de Sampaio Carvalho Júnior
 CRM 4370

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

PRONTOMED ADULTO

CNPJ: 63.326.243/0002-15

RUA PAISSANDU, 1842, CENTRO | CEP: 64.001-120

TERESINA - PI Fone (86) 3131-1123 :: Email: nfse@medimagem.com.br

Diretor Técnico:

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE****JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR (CRM 4370)**Paciente: **RAFAEL MESQUITA**Endereço: **AVENIDA JOÃO ISIDORO FRANÇA, 6745 POTY VELHO
TERESINA PI**Data Receita: 29 de março de 2018

1. CEFALEXINA 500 MG -----28 COMP

01 COMP VO 6/6H, 7 DIAS

2. FLANCOX 500 MG-----1 CX .

01 COMP VO 2 X AO DIA, 5 DIAS

3. NOVALGINA 1G -----1 CX

01 COMP VO 6/6H, SE DOR

Dr. José de Sampaio
Ortopedia & Traumatologia
CRM-PI 4370 / TEOT 13855

IDENTIF. DO COMPRADOR	IDENTIF. DO FORNECEDOR
Nome:	
Iden.:	
Org. Emissor:	Assinatura do Farmacêutico
End.:	
Cidade:	
UF:	Data: ____/____/____
Telefone:	

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

PRONTOMED ADULTO
CNPJ: 63.326.243/0002-15
RUA PAISSANDU, 1842, CENTRO | CEP: 64.001-120
TERESINA - PI Fone (86) 3131-1123 :: Email: nfse@medimagem.com.br
Diretor Técnico:

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR (CRM 4370)

Paciente: **RAFAEL MESQUITA**
Endereço: **AVENIDA JOÃO ISIDORO FRANÇA, 6745 POTY VELHO
TERESINA PI**
Data Receita: 29 de março de 2018

CODEX 30 MG -----36COMP

01 COMP VO 6/6H, SE DOR FORTE

Dr. José de Sampaio
Ortopedia & Traumatologia
CRM-PI 4370 / TECT 13655

IDENTIF. DO COMPRADOR	IDENTIF. DO FORNECEDOR
Nome:	
Iden.:	
Org. Emissor:	Assinatura do Farmacêutico*
End.:	
Cidade:	
UF:	Data: ____/____/____
Telefone:	

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

PRONTOMED ADULTO
CNPJ: 63.326.243/0002-15
RUA PAISSANDU, 1842, CENTRO | CEP: 64.001-120
TERESINA - PI Fone (86) 3131-1123 :: Email: nfse@medimagem.com.br
Diretor Técnico:

Atendimento: 1544522
Paciente: **RAFAEL MESQUITA**
Endereço: AVENIDA JOÃO ISIDORO FRANÇA, 6745 POTY VELHO

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que o(a) Sr.(a):
RAFAEL MESQUITA
compareceu a esta Unidade Médica, onde verificamos:

CID: S523

A impossibilidade de trabalhar por: **15 dia(s)**, a partir desta data.

Dr. JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR (CRM 4370)

Teresina, **29/03/2018**

Dr. Jose de Sampaio
Ortopedia & Traumatologia
CRM-PI 4370 / TEOT 19855



PRONTOMED ADULTO

CNPJ: 63.326.243/0002-15

RUA PAISSANDU, 1842, CENTRO | CEP: 64.001-120

TERESINA - PI Fone (86) 3131-1123 :: Email: nfse@medimagem.com.br

Diretor Técnico:

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE****JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR (CRM 4370)**Paciente: **RAFAEL MESQUITA**Endereço: **AVENIDA JOÃO ISIDORO FRANÇA, 6745 POTY VELHO
TERESINA PI**Data Receita: 29 de março de 2018**CODEX 30 MG -----36COMP****01 COMP VO 6/6H, SE DOR FORTE**

Dr. José de Sampaio
Ortopedia & Traumatologia
CRM-PI 4370 / TEO 13855

IDENTIF. DO COMPRADOR	IDENTIF. DO FORNECEDOR
Nome:	
Iden.:	
Org. Emissor:	Assinatura do Farmacêutico
End.:	
Cidade:	
UF:	Data: ____/____/____
Telefone:	

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

Paciente	RAFAEL MESQUITA	Atendimento	1.544.522	Prontuário	361.269
Data Nasc.	27/05/1988 29 Anos	Dt. Entrada	29/03/2018 04:16:53		
Sexo	Masculino	Convênio	MEDPLAN		
Setor	Posto Princesas - PMA - 5º andar	Apartamentos	REGINA		

Data Alta	29/03/2018 21:03:29	Data Liberação	29/03/2018 21:04:31
Profissional	JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR	Tipo Sumário	Alta
Motivo Alta	Alta médica		
Setor			
Responsável Alta	JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR		
Necropsia			
Causa da Morte			

Resumo

PACIENTE NO POI DE RAFI DE FX -LUXACAO GALEAZZI ANTEBRACO DIR,
EVOLUI BEG, LOTE, EUPNEICO, CORADO, AFEBRIL, SEM DOR, DIURESE +.
NV + MSD. RX OK

CD - ALTA AMANHA AS 9H APÓS CURATIVO

Dr. José de Sampaio
Ortopedia & Traumatologia
CRM-PI 4370 / TEOT 13855



Atendimento: 1544522

Paciente RAFAEL MESQUITA

Endereço AVENIDA JOÃO ISIDORO FRANÇA, 6745 POTY VELHO, TERESINA, PI

Data de emissão: 29/03/2018 21:02:14

RECEITA MÉDICA

RELATORIO MEDICO

O SR RAFAEL MESQUITA ESTA NO POI DE
OSTEOSSINTESE
DE FRATURA DO ANTEBRACO DIREITO,
NECESSITA DE
120 DIAS DE AFASTAMENTO LABORAL PARA
RECUPERACAO.

S523


Dr. José de Sampaio Corvalho Júnior
CRM 4370

Dr. José de Sampaio
Ortopedia & Traumatologia
CRM-PI 4370 / TECT 13655

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



1544522

Paciente: RAFAEL MESQUITA	Atendimento: 1.544.522	Prontuário: 361.269
Nascimento: 27/05/1988 29a 10m 2d Peso:	Convênio: MEDPLAN / APARTAMENTO	
Data Entrada: 29/03/2018 04:16:53	Liberação: 29/03/2018 12:43:26	Prescrição: 1271500
Médico Resp: Dr. JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR (CRM 4370)	Data Presc: 29/03/2018 12:41:00	
Prescritor: JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR	Validade: 29/03/2018 15:00:00 / 30/03/2018 14:59:59	
Setor: Posto Ilhas - PMA - 5º andar	Auto/Quado: F. NORONHA	
CID: S52.3 Frat da diáfise do radio		

Diretor Técnico Médico:

Dietas: **Dieta:** **Liberação:**

BRANDA **Continuo**

Dieta Branda *cloudia ciente 15:19*

Medicamentos:

7 KEFAZOL 1G INJ.

1 Frasco-ampola 8/8 h. IV

22 14 1°

Reconstituir cada Frasco-ampola em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 10 Mililitros (8/8 h. Intravenosa)

Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames:

1 RX Antebraço

1 Vez

15

Lado: Direito

2 Curativo Médio Porte

1x Manhã

10

Dr. José de Sampaio Carvalho Júnior
CRM 4370

Dr. José de Sampaio
Ortopedista/Cirurgião Joelmo
CRM-PI 4370 / TEO 13855
CNS 98001628895206

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



Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente:	RAFAEL MESQUITA	CP Enferm:	29/03/2018
Data Nasc:	27/05/1988	Sala:	Centro Cirúrgico 01 - PMA
Idade:	29 anos	CP Medica:	Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento
Sexo:	Masculino	CP Cirurg:	JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR
Convênio:	MEDPLAN	CP Residência:	Argemiro Ferreira de Andrade Neto
Cód. Usuário:	27317000	CP Bloqueio:	Bloqueio
Atendimento:	1544522	CP Início Cirúrg:	29/03/2018
Prontuário:	361269	CP Final Cirúrg:	

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrolítica / Medicamentos

Apresentação comercial	Valor	Unidade	Medicamento	Quantidade	Tempo
Dormonid 5 mg/mL 3mL	Dormonid 5 mg/mL Inj. Ap-3mL	1 Ampola		S	11:22
Fentanila 50 mcg/mL Inj. Ap-10 mL	Fentanila 50 mcg/mL Inj. Ap-10 mL	1 Mililitros		S	11:22
Ketamin 50 mg/mL-10 mL	Ketamin 50 mg/mL Inj. Fr-ap-10 mL	1 Frasco-		S	11:23
Oxigênio	CILINDRO DE OXIGÊNIO	2 Litros por minuto		N	11:20
Bextra 40 Mg Inj.	WHITE MED Bextra Inj. Fa (40mg)	1 Frasco-		S	12:03
Dipirona Sódica 500 mg/mL Inj. Ap-2 mL	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	2 Ampola		S	11:29
Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	1 Ampola		S	12:02
LOCALIZAR "Agentes Anestésicos"	Naropin Inj. (AM-10MG-10ML)	1 Ampola		S	11:25
	Lidocaína 2% C/V INJ (FR 20MG-20ML)	1 Ampola		S	11:25
Cefazolina 1g Inj.	Cefazolina 1g Inj.	2 Frasco		S	11:30

Sinais Vitais e Monitorização

Ritmo	FC	PAS	PAE	PRV	FR	PARE	SAT	TEMP	PH	PH
12:24	Sinusal	75	130	80	96	16	99			

Adendo: Bloqueio de Plexo Braquial com 20mL de Lidocaína 1,5% C/ AD + 20mL de Ropivacaína 0,33%
Sedação com 5mg de Dormonid, 50mcg de Fentanil, 20mg de Cetamina e 100 de Propofol

Resumo de insumos utilizados

Apresentação comercial	Quantidade	Quantidade	Quantidade
Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	50 ml	5 amp	0
Bextra Inj. Fa (40mg)	1 FA	1 FA	0
Cefazolina 1g Inj.	2 FA	2 FA	0
Dipirona Sódica 500 mg/mL Inj. Ampola C/ 10 mL	20 ml	2 amp	0
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	2 amp	2 amp	0
Dormonid 5 mg/mL Inj. Ap-3mL	1 amp	1 amp	0
Fentanila 50 mcg/mL Inj. Ap - 10 mL	1 ml	1 ml	0
Ketamin 50 mg/mL Inj. Fr-ap-10 mL	1 FA	1 FA	0
Lidocaína 2% C/V INJ (FR 20MG-20ML)	1 amp	1 ml	0
Naropin Inj. (AM-10MG-10ML)	1 amp	1 amp	0
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500)	0 ml	0 Fr	0
Soro Fisiológico 0,9% Minifla Frsc (100)	0 ml	0 Fr	0
Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	1 amp	1 amp	

Argemiro Ferreira de Andrade Neto
MÉDICO / CRM-PT 3125
CPF: 785.532.580-5

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07 JUN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470
WATE61440
F.

Impresso em 29/03/2018 12:32:15

Página 1

Paciente: RAFAEL MESQUITA

Dr. Argemiro Ferreira de Andrade Neto (CRM 3125)

Setor: Centro Cirúrgico 01 - PMA



1544520

Paciente:	RAFAEL MESQUITA	Atendimento:	1.544.520	Prontuário:	361.269
Nascimento:	27/05/1988 29a 10m 8d	Convênio:	MEDPLAN / APARTAMENTO		
Data Entrada:	29/03/2018 03:00:07	Liberação:	29/03/2018 03:24:36	Prescrição:	1270524
Médico Resp:	Dr. JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR (CRM 4370)	Data Presc:	29/03/2018 03:23:00		
Prescritor:	JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR	Validade:	29/03/2018 03:23:00 / 30/03/2018 02:59:59		
Guia:	84381949	Matrícula Conv:	27317000	Senha:	84381949

Diretor Técnico Médico:

29/03/2018 03:09 29/03 03:10

EVOLUÇÃO MEDICO PA

Diagnóstico: M255

Anamnese / Quadro Clínico:

PCTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM FX-LUXACAO DE GALEAZZI A DIREITA. NV +

CD - TALA

PRE-OP

Medicamentos

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------|--------------|
| 1 Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml) | 1 Frasco-ampola | Agora. | 03:24 |
| Separar 2,5 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL | | | |
| Administrar 12,5 Mililitros (Agora. Intravenosa) | | | |
| Observação: | | | |
| 2 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) | 1 Ampola | Agora. IV | 03:24 |
| Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL | | | |
| Administrar 12 Mililitros (Agora. Intravenosa) | | | |
| Observação: | | | |
| 3 Profenid Iv Fr 100mg Inj. | 1 Frasco-ampola | Agora. | 03:24 |
| Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml) | | | |
| Administrar 100 Mililitros (Agora. Intravenosa) em 20 minutos | | | |
| Observação: | | | |
| 4 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml) | 1 Frasco | Agora. IV | 03:24 |
| Administrar 500 Mililitros (Agora. Intravenosa) | | | |
| Observação: | | | |
| 5 Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL | 1 Ampola | Agora. IV | 03:24 |
| Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml) | | | |
| Administrar 100 Mililitros (Agora. Intravenosa) | | | |
| Observação: | | | |
| 6 Zofran Inj. Ap (4mg - 2ml) | 1 Ampola | Agora. IV | 03:24 |
| Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml) | | | |
| Administrar 102 Mililitros (Agora. Intravenosa) | | | |
| Observação: | | | |

Dr. José de Sampaio Carvalho Júnior
CRM 4370



Impresso em 04/04/2018 10:30:13

Página 1

JOSES / Médico P

Pronto Atendimento - PMA EMERGENCIA

leito/quarto:

Paciente: **RAFAEL MESQUITA**

CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

Paciente **RAFAEL MESQUITA**
 Data Nascto 27/05/1988
 Idade 29 anos
 Sexo Masculino
 Convênio MEDPLAN
 Cód usuário 27317000
 Atendimento 1544522
 Prontuário 361269

Dt. Entrada 29/03/2018
 Setor Centro Cirúrgico 01 - PMA
 Cir Realizada **Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento**
 Cirurgião JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR
 Anestesista Argemiro Ferreira de Andrade Neto
 Início cirurgia 29/03/2018 11:05:00
 Fim cirurgia 29/03/2018 12:34:08
 Cirurgia 29959

Participantes

Função	Participante	Código prof
Anestesista	Argemiro Ferreira de Andrade	3125
Anestesista	Argemiro Ferreira de Andrade	3125
Circulante	ALMERINDA PEREIRA DE	203634
Circulante	ALMERINDA PEREIRA DE	203634
Cirurgião Principal	JOSE DE SAMPAIO	4370
Cirurgião Principal	JOSE DE SAMPAIO	4370
Instrumentador	IVANETE BARBOSA DOS	372940
Instrumentador	IVANETE BARBOSA DOS	372940
Primeiro Auxiliar	BRUNO MACHADO PEREIRA	4692
Primeiro Auxiliar	BRUNO MACHADO PEREIRA	4692

Equipamentos

Equipamento	Quantidade	Profissional	Observação
Bisturi Eletico - PMA	1	ALMERINDA PEREIRA DE OLIVEIRA	
Carro de anestesia - PMA	1		
Fonte de luz - PMA	1		
Garrote Pneumático - PMA	1		
Intensificador - PMA	1		
Mesa Ortopédica - PMA	1		
Monitor cardíaco - PMA	1		
Oxigênio - PMA	1		
Perfurador Elétrico - PMA	1		
Stimuplex - PMA	1		

Evolução

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
29/03/2018 11:05	29/03 12:19	Técnico de			ALMERINDA PEREIRA	COREN 203634
Paciente Admitido na s.o para tratamento cirurgico a SER realizado pelo Dr Jose Sampaio , pct . veio de maca consciente orientado fásico com prontuário ficha de internação + um filme , nega alergia medicamentosa /dm /has , monitorizado e realizado anestesia sedação + bloqueio pelo Dr Argemiro anesthesiologista .						
29/03/2018 12:50	29/03 13:00	Técnico de			ALMERINDA PEREIRA	COREN 203634
Paciente segue para SRPA no POI sonolento em HV,SSVVdentro da normalidade com prontuário + relatório cirurgico ,prescrição médica e um filme , rx para controle o mesmo segue sob cuidados médico e enfermagem.						

Eventos

Início	Evento	Profissional	Código prof
10:55	Chegada do paciente no (Centro Cirúrgico)	ALMERINDA PEREIRA DE	203634
11:05	Entrada do paciente na sala cirúrgica	ALMERINDA PEREIRA DE	203634
11:15	Início da Anestesia	ALMERINDA PEREIRA DE	203634
11:40	Início do procedimento cirúrgico	ALMERINDA PEREIRA DE	203634
12:34	Fim do procedimento cirúrgico	ALMERINDA PEREIRA DE	203634
12:40	Término da anestesia	ALMERINDA PEREIRA DE	203634
12:50	Encaminhamento p/ SRPA	ALMERINDA PEREIRA DE	203634

Procedimentos/Serviços

Procedimento	Médico	Porte	Qt d	Classificação
Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifísario Cotovelo-Punho) - Tratamento Cirúrgico Reconstrução, Retencionamento Ou			1	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

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

Descrição Cirurgia

Paciente: RAFAEL MESQUITA

Prontuário: 361.269

Dt. Nasco: 27/05/1988 29

Sexo: Masculino

Telefone: 988798248

Caráter Cir: Urgência

Sector: Centro Cirúrgico 01 - PMA

Convênio: MEDPLAN

Observação:

Proced. Princ.: 30720095 Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifisário Cotovelo-Punho) - Tratamento Cirúrgico

Valor: 29.959

Preço: 1.270.992

Valor: 1.544.522

Data: 29/03/2018 11:05

Valor: 89

Nome: JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR

Nome: Argemiro Ferreira de Andrade Neto

Nome: Bloqueio

29/03/201

Procedimento: 30720095 - Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifisário Cotovelo-Punho) - Tratamento Quantidade:

Função	Descrição	Quantidade
2	Cirurgião Principal 2287 JOSE DE SAMPAIO CARVALHO 4370	
3	Primeiro Auxiliar 93413 BRUNO MACHADO PEREIRA 4692	
5	Anestesista 743 Argemiro Ferreira de Andrade Neto 3125	
6	Instrumentador 109187 IVANETE BARBOSA DOS SANTOS 372940	
7	Circulante 109204 ALMERINDA PEREIRA DE 203634	

Dr. José de Sampaio
Ortopedista/Cirurgia do Joelho
CRM-PI 4370 / TEO 13855
CNS 98001638855206

Procedimento: 30737052 - Reconstrução, Retencionamento Ou Reforço De Ligamento Ou Reparo De Cartilagem Quantidade: 1

Função	Descrição	Quantidade
2	Cirurgião Principal 2287 JOSE DE SAMPAIO CARVALHO 4370	
3	Primeiro Auxiliar 93413 BRUNO MACHADO PEREIRA 4692	
5	Anestesista 743 Argemiro Ferreira de Andrade Neto 3125	
6	Instrumentador 109187 IVANETE BARBOSA DOS SANTOS 372940	
7	Circulante 109204 ALMERINDA PEREIRA DE 203634	

Dr. José de Sampaio
Ortopedista/Cirurgia do Joelho
CRM-PI 4370 / TEO 13855
CNS 98001638855206

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Cirurgia

pcte em ddh sob anestesia;
kefazol 2 g ev;
antisepsia + assepsia em msd;
smarch em braco dir;
incisao de thomson em antebraco dir;
reducao de fx-lux de galeazzi;
osteossintese com placa dcp 3.5 mm;
reducao da ARUD e fixacao com 01 fio K 2.0 em supinacao;
fechamento por planos;
curativo;
boa perfusao distal apos retirada do smarch;

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

Dr. Argemiro Ferreira de Andrade Neto
Anestesiologia
CRM-PI 3125

Dr. Almerinda Pereira
Anatomopatologia
CRM-PI 3125



1544522

Paciente	RAFAEL MESQUITA	Atendimento	1.544.522	Prontuário	361.269
Nascimento	27/05/1988 29a 10m 3d	Convenio	MEDPLAN / APARTAMENTO		
Data Entrada	29/03/2018 04:16:53	Liberacao	30/03/2018 08:54:36	Prescrição	1272306
Médico Resp	Dr. JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR (CRM 4370)	Data Presc	30/03/2018 08:54:00		
Prescritor	Vinicius Ribeiro Dias (CRM 6840)	Validade	30/03/2018 09:00:00 / 31/03/2018 14:59:59		
Setor	Posto Princesas - PMA - 5º andar	Leito/Quarto	REGINA		
CID	S52.3 Frat da diáfise do radio				
Diretor Técnico Médico:					

Dietas	Dose	Intervalo
BRANDA		Continuo

Dieta Branda

Medicamento	Dose	Intervalo	Atividade	Matrícula	ID
1 Soro Glicosado 5% Ecoflac Frsc (500 ml)	1 Frasco	12/12 h (10-22)	IV	10 22 10	2°
Administrar 500 Mililitros (12/12 h (10-22) Intravenosa)					
Observação:					
4 Glicose Hipertônica 50% Inj. Ampola C/ 10ml	3 Ampola	1x Manhã	IV	10	
Administrar 30 Mililitros (1x Manhã Intravenosa)					
Observação:					
7 KEFAZOL 1G INJ.	1 Frasco-ampola	8/8 h.	IV	14 22 06	142°
Reconstituir cada Frasco-ampola em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL					
Observação:					
8 Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	1 Frasco-ampola	2x dia	IV	09 21 09	
Separar 2,5 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL					
Observação:					
9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)	1 Ampola	3x dia	IV	09 17 01	09
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL					
Observação:					
Zofran Inj. Ap (4mg - 2ml)	1 Ampola	8/8 h.	IV	14 22 06	14
Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)					
Observação:					
12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	1 Ampola	6/6 h.	IV	12 18 00	06 12
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL					
Observação:					
Profenid Iv Fr 100mg Inj.	1 Frasco-ampola	2x dia	IV	09 21 09	
Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)					
Observação:					
Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	1 Ampola	8/8 h.	IV	14 22 06	14
Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)					
Observação:					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 21 09
07 JUN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho Neto, 255 Laje C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Procedimentos/Serviços/Exames	etc.	Intervalo	Foram	Material
3 Curativo Médio Porte		1x Manhã	10	



1544520

Paciente: **RAFAEL MESQUITA**
 Nascimento: 27/05/1988 29a 10m 2d
 Data Entrada: 29/03/2018 03:00:07
 Médico Resp: Dr. Jose de Sampaio Carvalho Junior (CRM 4370)
 Prescritor: Jose de Sampaio Carvalho Junior (CRM
 Guia: 84381949 Matr. Conv. 27317000
 Diretor Técnico Médico:

Atendimento: 1.544.520 Prontuário: 361.269
 Convênio: MEDPLAN / APARTAMENTO
 Liberação: 29/03/2018 03:24:36 Prescrição: 1270524
 Data Prescr: 29/03/2018 03:23:00
 Validade: 29/03/2018 03:23:00 / 30/03/2018 02:59:59
 Senha: 84381949 F. Naranha

Data evolução: 29/03/2018 03:09 29/03 03:10

EVOLUÇÃO MEDICO PA
 Diagnóstico: M255

Anamnese / Quadro Clínico:

PCTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM FX-LUXACAO DE GALEAZZI A DIREITA. NV +

CD - TALA
 PRE-OP

Medicamentos	Quantidade	Forma	Observação
1 Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	1 Frasco-ampola	Agora.	03/24
Separar 2,5 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12,5 Mililitros (Agora. Intravenosa)			
Observação:			
2 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	1 Ampola	Agora. IV	03/24
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12 Mililitros (Agora. Intravenosa)			
Observação:			
3 Profenid Iv Fr 100mg Inj.	1 Frasco-ampola	Agora.	03/24
Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 100 Mililitros (Agora. Intravenosa) em 20 minutos			
Observação:			
4 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	1 Frasco	Agora. IV	03/24
Administrar 500 Mililitros (Agora. Intravenosa)			
Observação:			
5 Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	1 Ampola	Agora. IV	03/24
Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 100 Mililitros (Agora. Intravenosa)			
Observação:			
6 Zofran Inj. Ap (4mg - 2ml)	1 Ampola	Agora. IV	03/24
Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 102 Mililitros (Agora. Intravenosa)			
Observação:			

DIETA ZERO

Dr. José de Sampaio Carvalho Junior
 CRM 4370

Dr. José de Sampaio
 Ortopedista/Cirurgia da Mão
 CRM-PI 4370 / TEOT 13855
 CNS 98001628855206

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2018

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

Impresso em 29/03/2018 03:24:45

Página 1

JOSES / JOSES

Pronto Atendimento - PMA EMERGENCIA
 leito/quarto:

Paciente: RAFAEL MESQUITA



1544522

Internação: 1544522 Dt Internação: 29/03/18 04:16:53 Setor: Sala de Espera - PMA
Nascimento: 27/05/09 22A 10m 2s Sexo: Fone Pac.: 966796246
Estado Civil: MEDPLAN Matrícula: 2731.7000.
R.G.C.N.: 033.522.522 CPF: 040.911.733-14
Endereço: AVENIDA JOÃO ISIDORO FRANÇA, 6745 POTY VELHO TERESINA PI
Nome da Mãe: MARIA DE JESUS MESQUITA
Procedimento:
Responsável: JOSE LAERCIO RODRIGUES DA SILVA Funcionário: SAMARAA
Endereço: Doc. Resp.:
Nascimento: 01/01/1975 Observações: CPF:
Fone Resp.: Tratamento: Cirurgica
Médico Resp.: Dr. Jose de Sampaio Carvalho Junior (CRM 4370)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, _____, estando em pleno gozo de representante legal do (a) paciente _____, minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) _____, CRM (____) nº _____, do meu, ou do paciente o qual sou

responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento e procedimentos a que vou me submeter ou a que vai ser submetido o paciente do qual sou responsável, bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Procedimentos:

1. _____
2. _____
3. _____

(Exemplos: Procedimentos invasivos e/ou cirurgia; Sedação, anestesia ou acompanhamento do anestesista; Transfusão de sangue e hemocomponentes.)

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte inter hospitalar se houver necessidade.

Ademais, ainda, informo estar ciente de que o Hospital não responde por qualquer objeto e/ ou valores dos pacientes e acompanhantes, tendo em vista que todos os apartamentos possuem sua própria chave, sendo, pois, de sua inteira responsabilidade.

Assim sendo, concordo com o referido tratamento e, para tanto, assino o presente documento na presença de testemunhas. No caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante _____, com documento de identidade nº _____

Teresina, 29 de março de 2018.

X. Jose Laercio Rodrigues da Silva
Assinatura do paciente ou responsável legal
RG nº: 1452033

Declaro para os fins que se fizerem necessários que todos os documentos que me foram solicitados no momento da autorização dos procedimentos hospitalares realizados no Hospital me foram prontamente devolvidos.

X. Jose Laercio Rodrigues da Silva
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA

Rua Coelho de Resende, 465 L
Centro - Norte CEP: 64.002

MS/DATACUS

HOSPITAL DO BUENOS

Nº. DO BE: 407740 DATA: 29/03/2018 HORA: 02:10 USUARIO: ANELIA
CNS: 700800476502188 SETOR: 01-CLINICA MEDICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RAFAEL MESQUITA DOC....
IDADE.....: 29 ANOS NASS: 27/05/1988 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....: RUA JOAO ISIDORIO FRANCA NUMERO: 6745
COMPLEMENTO....: BAIRRO: POTY VELHO
MUNICIPIO.....: TERESINA UF: PI CEP....
NOME PAI/MAE...: /MARIA DE JESUS MESQUITA
RESPONSÁVEL....: O PROPRIO TEL....
PROCEDENCIA....: POTY VELHO
ATENDIMENTO....: ACIDENTE AUTOMOVEL CARRO E MOTO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] X mmHg] PULSO: []] TEMP.: []] PESO: []]

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____

TRAUMA

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

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

PRESCRICAO

: HORARIO DA MEDICACAO

① Raio X de MMS E. Pulso E e Antebraço D

② Voltaren - 1 amp (IM)

③ Dexametasona - 1 amp + AD, (EV)

④ Dipiridona - 1 amp + AD, (EV)

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PATOL.

Aldeneide da Silva Bezerra

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

29/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL MESQUITA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01950-0

CONTA: 000000054026-9

Nr. Autenticação

BRADESCO290820180500000000023701950000000054026168750 PAGO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013178591132

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 01144841400 RHTIC 2018

RAFAEL MESQUITA

04091173314

02KC2500JR115587

PLACA OEA-1081

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANFAB 2018

CATEGORIA PARTIC

VERMELHA

1º IPVA

2º

3º

PAGO

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 000.000.000

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

14/03/2018

TERESINA

LOCAL

DATA

14/03/2018

TERESINA

LOCAL

DATA

14/03/2018

TERESINA

LOCAL

DATA

14/03/2018

TERESINA

LOCAL

DATA

14/03/2018

TERESINA

LOCAL

DATA

14/03/2018

TERESINA

LOCAL

DATA

DETRAN

CONTRAN

SEQUIR OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES MESMO QUE SEJA EM ESTE TIPO DE CATEGORIA APRESSO
TRANSFIRIDAS OU NAO SEGURO DPVAT

PINº 013178591132 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 14/03/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 04091173314 PLACA OEA-1081

RENAVAM 01144841400 MARCA/MODELO HONDA/CB 150 START

ANO FAB 2018 ANO CHASSI 9C2KC2500JR115587

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) 074,51 DENATRAM (R\$) 008,27 CUSTO DO SEGURO (R\$) 082,78

CUSTO DO BILHETE (R\$) 004,15 DIF (R\$) 000,64 TOTAL SEM PASSO REGIMAO (R\$) 170,39

DATA DE QUITAÇÃO 01/03/2018

PARCELADO

SEGURO DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

888-2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2018

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

Raizuel Mesquite

Sinistro: 3580/263558

CPF: 040.955.433-14

Venho comunicar que comprei minha moto na CN Moto, recebi ~~ela~~ no dia 28.02.2018 com a placa no final de janeiro. Só que a CN moto só pagou o seguro no dia 05.03.2018. pois meu processo foi negado porque não consta o seguro pago.

O seguro foi pago no dia 05.03.18 pois relembrando a responsabilidade era da CN moto. Pois me acidentei no dia 29.03.2018. estou com meu seguro em dias. Estou precisando que estou sem trabalho. Estou enviando o recibo. Espero que marqueem minha pericia.

Aguardo e agradeço

* Raizuel Mesquite



GOVERNO I
DEPARTAMENTO ES

DETRAN-PI

Informações do

CPF ou CNPJ: 04091173314

Chassi: 9C2KCE500JR115587

RENAVAM: 01144841400

Tipo de Veículo: MOTOCICLETA

Categoria: PARTICULAR

Terminação Placa: 1

Data de Aquisição: 28/02/2018

Exercício: 2018

Data de Emissão: 01/03/2018 08:03

Chave: fda3adca338ca0a03277c87b6bdc70717e3decd5a39398bdc

ITEM	Tipo	VENCIMENTO	VALOR
1	Primeiro	01/03/2018	226,5
2	Seguro	31/12/2018	170,3

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

LogCred New
Via Cliente
LOG MAIS
Pos: 00010-02 LT: 408 Loc: 122 Oper: 10350
01/03/18 16:44:29

COBAN: 67212 LOJA: 0103 PDV: 000002
01/03/2018 BANCO DO BRASIL 16:44:29
004421283 CORRESPONDENTE BANCARIO 1197
COMPROVANTE PAGAMENTOS COM CDD. BARBARA

CONVENIO: DPVAT SEGURADORA LIDER
0661000001 70330924860 00011448414
00902111618
NR. DOCUMENTO
NR. CONVENIO
DATA DO PAGAMENTO
VLR DO PAGAMENTO
NR. AUTENTICACAO E. 696.500.9FA.2M4.130
1.030.002
101.591,5
01/03/2018
170,39

LogCred New
Via Cliente
LOG MAIS
Pos: 00010-02 LT: 408 Ds: 1,1 IDP: 10350
01/03/18 16:44:16

COBAN: 67212 LOJA: 0103 PDV: 000002
01/03/2018 BANCO DO BRASIL 16:44:09
004421283 CORRESPONDENTE BANCARIO 1197
COMPROVANTE PAGAMENTOS COM CDD. BARBARA

CONVENIO: DETRAN REC. COPIADO BARBVS
0550000002 20520126100 00001144841
41801121900
NR. DOCUMENTO
NR. CONVENIO
DATA DO PAGAMENTO
VLR DO PAGAMENTO
NR. AUTENTICACAO 1.100.440.785.135.D74
1.030.002
703.000-3
01/03/2018
226,52

DAR - Documento de Arrecadação



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA FAZENDA
DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO

01 - Inscrição Estadual/RENAVAM 1144841400 02 - CNPJ/CPF 4091177

03 - Nome ou Razão Social RAFAEL MESQUITA

04 - Endereço Completo R JOAO SIDORIO FRANCA

05 - Município TERESINA

06 - Expediente da Receita IPVA - PAGAMENTO INTEGRAL

09 - Informações Complementares

PAGAR NA REDE BANCÁRIA CREDE
Valores calculados para data de pagamento posterior pelo fisco
Cota única com redução de 15% sob 4.548,92

10 - Autenticação

11 - Linha Digital 85650000001-8

35120125180-5

74114484140-9

01801219003-1

LogCred New
Via Cliente
L00 MAIS
Pos: 800180302 LT: 468 Doc: 123 Quer: 10:35H
01/03/18 15:44:54

CODBAN: 67212 L.OJA: 0103 POV: 0000002
01/03/2018 BANCO DO BRASIL 15:44:47
804421203 CORRESPONDENTE BANCARIO 1201

COMPROVANTE PAGAMENTOS COM CDO. BARRA

CONVENIO: SEFAZ IPVA CODIGO BARRAS
85650000001 35120125180 74114484140
01801219003
NR. DOCUMENTO
NR. CONVENIO 1.830.002
DATA DO PAGAMENTO 762.965-2
VLR DO PAGAMENTO 01/03/2018 135,12
NR. AUTENTICACAO 8.91E.F24.SCE.768.977

DAR WEB Versão 4.0	
Arquivo	2018
Evento	15032018
Cota	111015
Origem de Origem	0
Parcela	Unica
Valor	158,97
Monetária	0,00
	0,00
	0,00
Total	135,12

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 JUL 2018
GENTE SEGRADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-479
Teresina-PI

pr/darweb/views/comm/boleto.jsp



Licenciamento

Placa:

OE1081

RENAVAM:

1144841400

Exercício:

2018

Taxas DETRAN

Vencimento	Tipo de Taxa	Descrição	Exercício	Valor (R\$)
Nenhum débito encontrado para este exercício				

Multa

Data da Infração	Vencimento Penalidade	Vencimento Boleto	Descrição
Nenhum débito encontrado para este exercício			

IPVA

Vencimento	Descrição	Nº Parcela	Exercício	Valor Total (R\$)
Nenhum débito encontrado para este exercício				



AO NOGUEIRA COMERCIO DE
MOTOCICLETAS LTDA.
AVENIDA DEPUTADO PAULO FERRAZ,
1940 BEIRA RIO, 64075-535
TERESINA-PI FONE/FAX:
86-31943000/ 86-31943000
WEBSITE: www.cnsmotos.com.br
E-MAIL: cnsmotos@cnsmotos.com.br

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA 1
Nº 000.101.465
SÉRIE: 1
FOLHA 1 / 1



CHAVE DE ACESSO
2218 0202 2979 8000 1052 5500 1000 1014 6519
3756 8840
Consulta de autenticidade no portal nacional
da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no
site da Sefaz Autorizada

DATA DE OPERAÇÃO
INÍCIO DE VEICULO 0 KM
INSCRIÇÃO ESTADUAL
5054911
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
322180002773143 29/02/2018 12:37:05
CPF
02.297.980/0010-52

RENATÁRIO / REMETENTE
/ RAZÃO SOCIAL
FAEL MESQUITA
CPF
040.911.733-14
DATA DE EMISSÃO
28/02/2018
RAZÃO / DISTRITO
POTY VELHO
CEP
64088-010
DATA DA ENTRADA / SAÍDA
RAZÃO / DISTRITO
POTY VELHO
CEP
64088-010
DATA DA ENTRADA / SAÍDA

ATURA Nº: 222872 - Valor Fat.: 8.671,00 Dup.: 222872/01 Venc.: 03/03/2018 Valor: 8.671,00
VALOR DO ICMS
0,00
BASE DE CÁLCULO ICMS ST
0,00
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO
0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
8.671,00

DO FRETE
0,00
VALOR DO SEGURO
0,00
DESCONTO
0,00
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS
0,00
VALOR TOTAL DO IPI
0,00
VALOR TOTAL DA NOTA
8.671,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
/ RAZÃO SOCIAL
Frete
0,00
PESO BRUTO
0,000
PESO LÍQUIDO
0,000

QTD PROD.	DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM / SE	CST	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS
01	HONDA MOTOS/CG 160 START	87112020	060	540	UN	1,000	8.671,00	0,00	8.671,00	0,00	0,00	0,00	ICMS 0,00 IPI 0,00
02	9C2KC2500JR115587												
03	VERMELHA												
04	Grades: 162,7												
05	Torque: 0												
06	Veículo: MOTOCICLO												
07	Nº Motor: 9C2KC2500JR115587												
08	Renavam: 9C2KC2500JR115587												
09	HP: 162,7												
10	Placa: 9C2KC2500JR115587												
11	Tipo Pintura: 9C2KC2500JR115587												
12	Marca / Modelo: HONDA MOTOS/CG 160 START												
13	Especie: PASSAGEIRO												
14	Combustível: GASOLINA												
15	Serial (Série): 9C2KC2500JR115587												
16	Ano Fab/Mod.: 2018/2018												
17	Distância entre eixos (mm): 1996												

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

ISSQN
441206-0
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
0,00
BASE DE CÁLCULO DO ISSQN
0,00
VALOR DO ISSQN
0,00

Forma Convênio ICMS 59/2013. Declaramos ter
indiciária a favor de ADM CONSORCIO NACIONAL
deral e 1.127,23 Estadual Fonte: IBPT/empr
Vendedor: 0011 - THAYS DE SOUZA CARVALHO E
Grupo: 39216. Cota: 99. Reposição: 1. D
Veículo sem Reserva de Domínio e com
LEGAL CNH CN MOTOS Trib. Aprox. R\$
5567R1. RG: 03352252220074. Proposta:
054.409.033-05. NF Origem: 011030241/27
RESERVADO AO FISCO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348862 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL MESQUITA **Data do acidente:** 29/03/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RADIO DIREITO
LUXAÇÃO RADIO-ULNAR DISTAL DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADA EM 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: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Rafael Mesquita

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Casado

Identidade: 033522522007-4

CPF: 040.911733-14

Profissão: Auxiliar de Produção

Endereço: R: João Isidoro Franca n: 6745 Potyvelho

CEP: 64008-010

Telefone: (86) 99472-9591 / (86) 98887-7169

OUTORGADO:

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

RG: 2.212.129

CPF: 839.502.303-00

Profissão: CORRETOR (A)

Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3814 BAIRRO: PARQUE ALVORADA TERESINA- PIAUI

CEP: 64.000-090

Telefone: (86) 99472-9591 / 98807-7870 / 3213-2804

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 LIDER 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 seguradora 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 de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vítima

Rafael Mesquita
Teresina - Piau 13/07/18

Local e Data

Rafael Mesquita

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por aut



Cartório João Crisóstomo
1º Of. de Notas e Reg. de
Louany Lima Coimbra
ESCREVENTE AUTORIZADA



RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAFAEL MESQUITA
EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. TERESINA, 13/07/2018 14:20:14

LOUANY LIMA COIMBRA MELO - ESCRIVENTE

E-mail: 3.211.1.0.74 Selo: 0.26 Total: 4.71



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
BARÃO DE GRAJAU-MA DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 39751 / 53A F 097
EXP TERESINA-PI 21/10/14
TERESINA - PI Pedro Gomes de Moraes
839.502.303-00 Assinatura do Diretor

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 JUL 2018

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro-Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 18.201.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Legenda essencial de expressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 007090271

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

CONTÁ MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	21/06/2018	177	156,28

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
R. RUI BARBOSA 3814 3814 B-URBANO
CPF: 00083950230300
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 10.001.34.46.110410

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual	16723		Atual:	14/06/2018
Anterior	16546		Anterior:	15/05/2018
Consumo no Período	1,000		Próxima Leitura:	17/07/2018
Consumo Medido	177		Emissão:	13/06/2018
Consumo Faturado	177	FCAM	Apresentação:	14/06/2018

NORMAL

30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MC-00	A1432905		3.5.3.1	189

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAI/18	177	CONSUMO 177 A R\$ 0,793837 =	140,50
ABR/18	188	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,37
MAR/18	172	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	0,25
FEV/18	184	MULTA POR ATRASO 05/18-00	2,71
JAN/18	148	JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00	0,45
DEZ/17	188	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,93	
NOV/17	168	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 4,12	
OUT/17	174		
SET/17	153		
AGO/17	152		

TARIFA DEB. TRIBUTOS:
R\$ 177 - 3.522,20

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 13/06/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO D00C.29E3.9B59.7987.3E12.8FCA.6176.C459

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Iluminação:	29,45	Base de Cálculo:	140,50
Energia:	55,98	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	8,80	Valor do ICMS:	30,91
Encargos:	8,92	Valor do PIS:	1,15
Cobrança:	37,35	Valor do COFINS:	5,29

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86
0,00			0,00			0,00
TERESINA			04/2018			54,83

ROT: 10.001.34.46.110410



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 JUL 2019

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/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 Kelly Mirene de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 889.502.203-00
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rozel Mesquita inscrito
(a) no CPF sob o Nº 040.911.733-14, do sinistro de DPVAT cobertura Translado da Vítima
Rozel Mesquita, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.911.733-14, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Rua: Rui Barbosa</u>		Número <u>3814</u>	Complemento
Bairro <u>Agua de Limão</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Pi</u>	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(86)994729591</u>

Terça, 13 de 07 de 18
Local e Data

Kelly Mirene de Oliveira
Assinatura do Declarante

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAR/2018	24/05/2018	407	372,20

ONEIDE GONCALVES DA SILVA BEZERRA
R. JOAO ISIDORO FRANCA 6745 5561 POTI VELHO
CPF: 00022623000387

DADOS DE LEITURA		DADOS DE LEITURA	
Atual:		Atual:	
Anterior:	2459	Anterior:	18/05/2018
Constante de Multiplicação:	2052	Próxima Leitura:	19/04/2018
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	19/06/2018
Consumo Faturado:	407	Apresentação:	16/05/2018
	407		18/05/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses

Mês/ano consumo		DESCRIÇÃO DA CONTA	
ABR/18	563	CONSUMO	407 A R\$ 0,823160 = 335,02
MAR/18	529	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	27,36
FEV/18	526	CORRECAO MONETARIA IG 04/18-00	0,05
JAN/18	504	MULTA POR ATRASO 04/18-00	9,02
DEZ/17	611	JUROS DE MORA DE IMPO 04/18-00	0,75
NOV/17	577	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,46	
OUT/17	597		
SET/17	622		
AGO/17	537		
JUL/17	541		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 407 - 0,568161			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12.067/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 16/05/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	8911.4887.0771.5938	Base de Cálculo:	155E.1/40.DDZF.4/E8
Energia:		Alíquota ICMS:	
Transmissão:	65,06	Valor do ICMS:	335,02
Encargos:	123,75	Valor do PIS:	27,00%
Tributos:	19,47	Valor do COFINS:	90,45
	107,28		
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
	107,02		13,63

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2018

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