







COB Clinica Ortopedica Buenos Aires Emissão: 15/08/2018 15:42 USU

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires
Teresina-PI - 64.009-330
Telefone: 86-214-1600

Clinica Ortopedica 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

Conv.: PARTICULAR Idade: 30 Anos 2 M

Data: 15/08/2018 14:11

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

QUEIXA PRINCIPAL
DR ALMIR FILHO
ACIDENTE DE TRANSITO DIA 29/03/2018
CRM-PI 2313
BO 100203.001693/2018-53

H. D. ATUAL
HD FRAT RADIO D + LUXAÇÃO
DA RÁDIO VLNAR D GAS
29/03 /2018- FEITO TRAT
CIRURGICO DE FRAT LUXAÇÃO RADIO D

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

CRM-PI 2313

EXAME COMPLEMENTAR
RX ANTEBRAÇO D FRAT RADIO D
COM SÍNTESE

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
RELATÓRIO DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 80 % EM MSD

DR. FERDINAND FREITAS
CRM-PI 3096

DR. ROCELO ANTONIO
CRM-PI 3531

15/08/2018

Dr Edmar S. L. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 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.

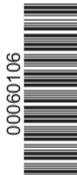
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 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



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

Data/Hora:

29/03/2018 - 01:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. POTI VELHO, N°:

Complemento

Bairro

SANTA ROSA

442630

46JD88

Ponto de Referência

PONTE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAFAEL MESQUITA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 0335225220074 SSPMA MA

Mãe: MARIA DE JESUS MESQUITA

Pai: NAO

Endereço: RUA JOÃO ISIDORO FRANÇA, N° 6745

Bairro: POTI VELHO

Cidade: TERESINA - CEP: 64008-010

Telefone(s): 86-8893-8243 86-8828-3112

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, N° 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



PRONTOMED ADULTO

Prescrição Eletrônica Paciente



1544520

Paciente	RAFAEL MESQUITA	Atendimento	1.544.520	Prontuário	361.269
Nascimento:	27/05/1988 29a 10m 2d	Convenio	MEDPLAN / APARTAMENTO		
Data Entrada	29/03/2018 03:00:07	Liberado	29/03/2018 03:11:28	Prescrição	1270523
Médico Resp.	Dr. Jose de Sampaio Carvalho Junior (CRM 4370)	Data Prescr.	29/03/2018 03:11:00		
Prescritor	Jose de Sampaio Carvalho Junior (CRM	Validade	29/03/2018 03:11:00 / 30/03/2018 02:59:59		
Guia	84381949	Senha	84381949		
Diretor Técnico Médico:					
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

Procedimentos/Servicos/Exames

1 Tala Gessada Axilo-Palmar

Agora.

Dr. Jose de Sampaio Carvalho Junior
 CRM 4370
 Ortopedista/Ortopedia do Joelho
 CRM PI 4370 / TBOT 13855
 CMS 98001628855206

Dr. Jose de Sampaio Carvalho Junior
 CRM 4370

UTORIZADO

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

Pagina 1

Paciente: RAFAEL MESQUITA

Pronto Atendimento - PMA EMERGENCIA
 leito/quarto:

JOSES / JOSÉS

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-2470

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES 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

040.911.733-14

Rafael mesquita

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Rafael mesquita</i>	CPF titular da conta <i>040.911.733-14</i>	Profissão <i>Auxiliar de Produção</i>
Endereço <i>Rua Joses Isidoro França</i>	Número <i>6745</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>Pai velho</i>	Cidade <i>Teresina</i>	Estado <i>PI</i>
Email	CEP <i>64000-000</i>	Telefone (DDD) <i>(66) 3303-4104</i>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

- 3. 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* D/V: *54026* D/V: *9*
(Informar dígito se existir)

- 4. CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
Nome: _____ NRO: _____
AGÊNCIA
NRO.: _____ D/V: _____ CONTA
NRO.: _____ D/V: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM.033343

RAFAEL MESQUITA 14:17 HRS
AGENCIA 1950 CONTA 0054026-9 04/JUN/2018

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

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.
Ouvitoria - 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 NAO VERIFICADO

07 JUN. 2018

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



PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente



1544522

paciente RAFAEL MESQUITA
ascimento 27/05/1988 29a 10m 2d Peso
ata Entrada 29/03/2018 04:16:53
édico Resp Dr. JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR (CRM 4370)
rescritor JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR
etor Posto Ilhas - PMA - 5º andar
ID S52.3 Frat da diafise do radio
retor 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

Regina

Item	Dose	Intervalo	Horários	Observação
1 Soro Glicosado 5% Ecoflac Frsc (500 ml)	1 Frasco	12/12 h (10-22) IV	10 22 10 1	Administrador 500 Millilitros (12/12 h (10-22) Intravenosa)
4 Glicose Hipertônica 50% Inj. Ampola C/ 10ml	3 Ampola	1x Manhã IV	10	Administrador 30 Millilitros (1x Manhã Intravenosa)
8 Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	1 Frasco-ampola	2x dia IV	07 19 07	Separar 2,5 Millilitros do medicamento em 10 Millilitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL Administrador 12,5 Millilitros (2x dia Intravenosa)
9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)	1 Ampola	3x dia IV	07 15 20 07	Separar 2 Millilitros do medicamento em 10 Millilitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL Administrador 12 Millilitros (3x dia Intravenosa)
Zofran Inj. Ap (4mg - 2ml)	1 Ampola	8/8 h. IV	14 22 06 14	Separar 2 Millilitros do medicamento em 100 Millilitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml) Administrador 102 Millilitros (8/8 h. Intravenosa)
12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	1 Ampola	6/6 h. IV	12 18 06 06 12	Separar 2 Millilitros do medicamento em 10 Millilitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL Administrador 12 Millilitros (6/6 h. Intravenosa)
Profenid Iv Fr 100mg Inj.	1 Frasco-ampola	2x dia IV	07 19 07	Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Millilitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml) Administrador 100 Millilitros (2x dia Intravenosa) em 20 minutos
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 Millilitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml) Administrador 100 Millilitros (8/8 h. Intravenosa)

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

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

Dr. José de Sampaio Carvalho Júnior
CRM 4370

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 / TEDT 13855*

IDENTIF. DO COMPRADOR	IDENTIF. DO FORNECEDOR
Nome:	
Iden.:	
Órg. 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 / TEOT 13655*

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



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. José de Sampaio
Ortopedia & Traumatologia
CRM-PI 4370 / TEOT 13650



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 / TEC/13655*

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



PRONTOMED ADULTO
Sumário de alta/Transferência

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 / TEOF 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

B
Dr. José de Sampaio Carvalho Júnior
CRM 4370

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

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

Paciente	RAFAEL MESQUITA	Atendimento	1.544.522	Prestador	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
Médico Resp	Dr. JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR (CRM 4370)			Data Prescr.	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			Valeto/Quarto	F. NORONHA
CID	S52.3 Frat da diafise do radio				

Diretor Técnico Médico:

Dietas

BRANDA Continuo

Dieta Branda *Claudia cliente 15:19*

Medicamentos

7 KEFAZOL 1G INJ. 1 Frasco-ampola 8/8 h. IV

*Out 22 16 14 1°*Reconstituir cada Frasco-ampola em 10 Millilitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL.
Administrar 10 Millilitros (8/8 h. Intravenosa)

Observação:

Procedimento/Serviços/Exames

1 RX Antebraço	1 Vez	15
Lado: Direito		
2 Curativo Médio Ponto	1x Manha	10

Dr. José de Sampaio
CRM-PB 4370 / TEOI 13855
Otopedista/Cirurgião do Ouvido
CNIS 980016288855206

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	Entrada	29/03/2018
Data/Nascimento	27/05/1988	Sector	Centro Cirúrgico 01 - PMA
Idade	29 anos	Diagnóstico	Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento)
Sexo	Masculino	Operador	JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR
Convenio	MEDPLAN	Anestesista	Argemiro Ferreira de Andrade Neto
Code Usuário	27317000	Endereço	Bloqueio
Atendimento	1544522	Intervenção	29/03/2018
Prontuário	361269	Função	

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrolítica / Medicamentos

Apresentação/comercial	Dose/medida	Unidade	Horário	Medida	Unidade	Horário
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	CHIANDRO DE OXIGÉNIO WHITE MED	2 Litros por minuto	S	11:23		
Bextra 40 Mg Inj.	Bextra Inj. Fa (40mg)	1 Frasco	S	12:03		
Dipirona Sódica (500mg/ml) Inj. Ap-2 mL	Dipirona Sódica Inj. Ap-2 mL (500mg/ml-2 mL)	1 Ampola	S	12:59		
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		
Cefazolina 1g Inj.	Lidocaína 2% C/V INJ (FR 20MG-20ML)	1 Ampola	S	11:25		
	Cefazolina 1g Inj.	2 Frascos	S	11:30		

Sinais Vitais e Monitorização

Intervalo	PAS	FMD	PIAM	PR	SpO2	Temp	HAB	RR	HR	BP
12:24	75	130	80	96	16	99				

Tipo	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	Dose/medida	Unidade	Dispensado
Agua 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
Cloreto De Sódio 0,9% Inj. Ampolas/10	20 ml	1 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% Miniflac Frsc (500	0 ml	0 Fr	0
Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	1 amp	1 amp	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2018

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

WATE61440

F.

Dr. Argemiro Ferreira de Andrade Neto (CRM 3125)

Setor: Centro Cirúrgico 01 - PMA



PRONTOMED ADULTO

Prescrição Eletrônica Paciente



1544520

Paciente:	RAFAEL MESQUITA	Atendimento:	1.544.520	Prontuário:	361.269
Nascimento:	27/05/1988 29a 10m 8d	Convenio:	MEDPLAN / APARTAMENTO		
Data Entrada:	29/03/2018 03:00:07	Liberacao:	29/03/2018 03:24:36	Prescrição:	1270524
Médico Resp:	Dr. JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR (CRM 4370)	Data Prescr:	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	Matric. Conv.:	27317000	Senha:	84381949

Diretor Técnico Médico:

Data emissão:

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. Jose de Sampaio Carvalho Junior
 CRM 4370



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

Página 1

JOSES / MedicoP

Pronto Atendimento - PMA EMERGENCIA

Paciente: RAFAEL MESQUITA

leito/quarto:

CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

Paciente	RAFAEL MESQUITA	Dt. Entrada	29/03/2018
Data Nascto	27/05/1988	Setor	Centro Cirúrgico 01 - PMA
Idade	29 anos	Cir Realizada	Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento)
Sexo	Masculino	Cirurgião	JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR
Convênio	MEDPLAN	Anestesista	Argemiro Ferreira de Andrade Neto
Cód usuário	27317000	Inicio cirurgia	29/03/2018 11:05:00
Atendimento	1544522	Fim cirurgia	29/03/2018 12:34:08
Prontuário	361269	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 Eletrico - 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
					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	
					anestesiologista .	
29/03/2018 12:50	29/03 13:00	Técnico de			ALMERINDA PEREIRA	COREN 203634
					Paciente segue para SRPA no POI sonolento em HV,SSVV dentro da normalidade com prontuário + relatório	
					cirúrgico , prescrição médica e um filme , rx para controle o mesmo segue sob cuidados médico e	
					enfermagem.	

Eventos

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	Classificação
Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifisário Cotovelo-Punho) - Tratamento Cirúrgico Reconstrução, Retencionamento Ou			1	CONTEUDO NÃO VERIFICADO
Impresso em 29/03/2018 13:00:17	Página: 1/2			07 JUN. 2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 405 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

Descrição Cirurgia

Paciente	RAFAEL MESQUITA	Valor Total	29.959
Prontuário	361.269	Preço Unidade	1.270.992
Dt. Nascto	27/05/1988 29	Valor Unidade	1.544.522
Sexo	Masculino	Data	29/03/2018 11:05
Telefone	988798248	Horário	29/03/2018
Caráter Cir.	Urgência	Nome	JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR
Setor	Centro Cirúrgico 01 - PMA	Assinatura	Argemiro Ferreira de Andrade Neto
Convênio	MEDPLAN	Função	Bloqueio

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

60 13

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

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

Dr. José de Sampaio
Ortopedista/Cirurgia do Joelho
CRM-PI 4370 / TEC 13855
CNS 98001628855206

90 15

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

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

Dr. José de Sampaio
Ortopedista/Cirurgia do Joelho
CRM-PI 4370 / TEC 13855
CNS 98001628855206

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 apes 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

Argemiro Ferreira de Andrade Neto
CRM-PI 4370 / TEC 13855
CNS 98001628855206



PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente



1544522

Paciente **RAFAEL MESQUITA**
 Nascimento 27/05/1988 29a 10m 3d Peso
 Data Entrada 29/03/2018 04:16:53
 Médico Resp: Dr. JOSE DE SAMPAIO CARVALHO JUNIOR (CRM 4370)
 Prescritor Vinicius Ribeiro Dias (CRM 6840)
 Setor Posto Princesas - PMA - 5º andar
 CID S52.3 Frat da diafise do radio
 Diretor Técnico Médico:

Atendimento 1.544.522 Prontuário 361.269
 Convênio MEDPLAN / APARTAMENTO
 Liberação 30/03/2018 08:54:36 Prescrição 1272306
 Data Prescr 30/03/2018 08:54:00
 Validade 30/03/2018 09:00:00 / 31/03/2018 14:59:59
 Leito/Quarto REGINA

Dietas: Dieta: Intervalo: Continuo
BRANDA

Dieta Branda

Medicamentos	Dose e Maneira de Uso	Intervalos
1 Soro Glicosado 5% Ecoflac Frsc (500 ml)	1 Frasco-ampola 12/12 h (10-22) IV	10 22 10 2 °
Observação: Administrar 500 Millilitros (12/12 h (10-22) Intravenosa)		
4 Glicose Hipertônica 50% Inj. Ampola C/ 10ml	3 Ampola 1x Manhã IV	10
Observação: Administrar 30 Millilitros (1x Manhã Intravenosa)		
7 KEFAZOL 1G INJ.	1 Frasco-ampola 8/8 h. IV	14 22 06 142 °
Observação: Reconstituir cada Frasco-ampola em 10 Millilitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL		
8 Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	1 Frasco-ampola 2x dia .IV	09 21 09
Observação: em "bolus" Separar 2,5 Millilitros do medicamento em 10 Millilitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL		
9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)	1 Ampola 3x dia IV	09 17 01 09
Observação: Separar 2 Millilitros do medicamento em 10 Millilitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL		
Zofran Inj. Ap (4mg - 2ml)	1 Ampola 8/8 h. IV	14 22 06 14
Observação: Separar 2 Millilitros do medicamento em 100 Millilitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflasc Frsc (100 ml)		
12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	1 Ampola 6/6 h. IV	12 18 00 06 12
Observação: Separar 2 Millilitros do medicamento em 10 Millilitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL		
Profenid Iv Fr 100mg Inj.	1 Frasco-ampola 2x dia IV	
Observação: Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Millilitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflasc Frsc (100 ml)		
Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	1 Ampola 8/8 h. IV	
Observação: Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Millilitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflasc Frsc (100 ml)		
Procedimentos/Servicos/Exames	Ciclo Intervais	Exames Material
3 Curativo Médio Ponto	1x Manhã	10

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 21 09

07 JUN. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho Neto 229 Centro - CEP: 64.002-470
Centro - Norte CEP: 64.002-470

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: 84361949 Matricula Conv.: 27317000

Diretor Técnico Médico:

Data evolução: 29/03/2018

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

EVOLUÇÃO MÉDICO 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
Administrador 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) Administrador 102 Mililitros (Agora. Intravenosa)	
Observação:	

DIETA 2e120

Dr. Jose de Sampaio Carvalho Junior
CRM 4370

Dr. Jose de Sampaio
Ortopedista/Cirurgia do Joelho
CRM-P1 4370 / TEOT 1355
CNS 980016288855204

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

Paciente: RAFAEL MESQUITA

Pronto Atendimento - PMA EMERGENCIA
leito/quarto:

JOSES / JOSES



SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA
29/03/2018
CONVÊNIO
meclplan
PRONTUÁRIO
361-269

NOME: <u>Rafael Mesquita</u>	APTO. <u>Regina</u>		
CIRURGIA: <u>Ignci - Desapitíssimo - 4º I. Anulo - trab. cinc.</u>	ANESTESIA <u>Recomendação: Retinopexia + Fed. Epoxi Lixações Scl + blog.</u>	INÍCIO <u>11:05</u>	TERMINO <u>12:34</u>

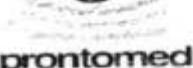
ADMISSÃO: 29/03/2018 HORA: 12:39	VIAS AÉREAS	GASES	ALERGIA
<i>paciente admitido na SLP/PA nifas de Reconhecimento Rotina operatório de gesto de cistostomia. Sedação com fentanyl, SSIV etomidate, fentanil. Alívio de ansiedade, desorientação e perda de consciência. Aguardando condições de operação.</i>	Catéter []	O ₂ _____ l/min Ligado	_____
	Intubado []	_____	_____
	Máscara []	Desligado _____	_____

VISÃO GERAL DO PACIENTE

ACESSO VENOSO	Periférico <input checked="" type="checkbox"/> Subclávia <input type="checkbox"/>	Flebotomia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DRENOS	Tórax D <input type="checkbox"/> Tórax E <input type="checkbox"/>	Dreno a Vácuo <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/>
SNG <input type="checkbox"/>	Gastrostomia <input type="checkbox"/>	Sonda Vesical <input type="checkbox"/>	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT		
Gastrostomia <input type="checkbox"/>	Traqueostomia <input type="checkbox"/>	Cistostomia <input type="checkbox"/>	F.O. - Sangramentos: SIM <input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
Traqueostomia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> 07 JUN. 2018		
<input type="checkbox"/>			Monitor Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> P.I.C. <input type="checkbox"/>		P.A.M. <input type="checkbox"/> GENTE SEGURADORA S.A. <input type="checkbox"/> Rua Coelho de Resende, 465 Loja C <input type="checkbox"/>
Peça(s) Cirúrgica(s): Sim <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Nº de Peças <input type="checkbox"/>					

ÍNDICE DE ALDRÈTE KROUJK

ITEM		NOTA	ADM	40'	1H	2H	ALTA
Atividade	Move 04 membros	2					
	Move 02 membros	1					
	Move 0 membros	0					
Respiração	Profunda	2					
	Limitada, dispneia	1					
	Apnéia	0					
Consciência	Completamente acordado	2					
	Despertado ao chamado	1					
	Não responde ao chamado	0					
Circulação	PA + 20% do nível pré-anestésico	2					
	PA + 20 a 49% do nível pré-anestésico	1					
	PA + 50% do nível pré-anestésico	0					
SpO2	Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente	2					
	Mantém SpO2 > 90% em O2	1					
	Mantém SpO2 > 90% em O2	0					
SOMA			9	9	9	9	9



prontomed

PRONTOMED ADULTO



FICHA DE ATENDIMENTO

1544522

Internação:	1544522	Dt Internação:	29/03/18 04:16:53	Setor:	Sala de Espera - PMA
				Obs:	ESPERA 07
Hospital:	PRONTO MEDICO			Alta:	
Estado Civil:		Fone Pac.	966790246	Data:	
Convenio:	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 Mae:	MARIA DE JESUS MESQUITA				
Procedimento:					
Responsável:	JOSE LAERCIO RODRIGUES DA SILVA				
Endereço:					
Nascimento:	01/01/1975	Doc. Resp:		CPF:	
Fone Resp:		Observações:			
Médico Resp.:	Dr. Jose de Sampaio Carvalho Junior (CRM 4370)				
				Tratamento:	Cirurgica

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 interhospitalar 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: 1932033

Declaro para os fins que se fizerem necessários que todos os documentos que me foram solicitados no momento da autorização do 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: 64.000-000

MS/DATASUS

HOSPITAL DO BUENOS

HOSPITAL GERAL DO BUENO AIRES

ENTREGUE

Documento Confere Conforme Original

THE

19/09/18

No. DO BE: 409760 DATA: 27/03/2010 HORA: 02:10
CNS: 700800476502188 SETOR: 01-CLINICA MEDICA

USUARIO: ANALIA

Setor Produção

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RAFAEL MESQUITA
 IDADE.....: 29 ANOS NASC: 27/05/1988
 ENDERECO.....: RUA JOAO ISIDORIO FRANCA
 COMPLEMENTO....:
 MUNICIPIO....: TERESINA
 NOME PAI/MAE...:
 RESPONSAVEL....: O PROPRIO
 PROCEDENCIA....: POTY VELHO
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE AUTOMOVEL, CARRO E MOTO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: NAO

DOC...: SEXO...: MASCULINO
NUMERO: 6745UF: PI CEP...:
/MARIA DE JESUS MESQUITA
TEL....:

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] [] RAID X [] [] SANGUE [] [] URINA [] [] TC
[] [] LÍQUOR [] [] ECG [] [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____

Travess

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Rax X de abd e lombos + a Antibiota D
 2) Voltaren - 1 amp IM
 3) Diclofenacina - 1 amp + AD, SV
 4) Dipirona - 1 amp + AD, SV

DATA DA SAIDA: / / / / / /

HORA DA SAIDA: / / : / / : / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVACAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (RETORNO): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): _____

CID-10: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] OUTROS [] ANAT. PATOL.

Assinatura do paciente/Responsável: *Aldeneide da silva Bezerra*Assinatura e Carimbo do Médico: *Joaquim*

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: 00000054026-9

Nr. Autenticação

BRADESCO29082018050000000002370195000000054026168750 PAGO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETTRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

11686	RA	01	EXERCÍCIO	2016
02902	cod. chassi	BSU 3002C	RÁTIC	
90608	1	01144841400	NO ME	
61616	RAFAEL MENEZES			
65845	00160			
567eb	4.3bjz			
10r81	07349			
m3891	0491173314	PLACA	OPA-1081	
rn241	0491173314	CHASSI	9C2KC2500JRL15687	
ds104	056d2	ESPECIE VÍO	HONDA/CB 150	
12200	990ek	MARCA/NO. CÓD.	HONDA/CB 150	
03103	02P/0162CC	CATEGORIA	VERMELHA	
		PARTIC	VENCIMENTO	
		COTA UNICA	COTA UNICA	
P	V	PARCIPAR IPVA	1º IPVA	
A		PARCERAMENTO/COTAS	2º PAGO	
		00000000	3º PAGO	
			DATA DE PAGAMENTO	
			PAGO	
			OBSERVAÇÕES	
			PBM: 000,29	
			ALIENACAO FILIAL/ARTA	
			ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L	
			DATA	
			14/03/2016	

DETRAN-PI

CONTRAN

PI N° 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.seguradotlider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO		
2010	14/03/2016		
VIA	PLACA		
1	OPA-1081		
CPF/CNPJ	040911733314		
PIENAVAN	PIENAVAN		
ANO/FAB/NO. MODELO	01144891400		
ANO/FAB/	HONDA/CB 150		
ANO/FAB/	BHART		
ANO/FAB/	W CHASSI		
2018	9C2KC2500JRL115587		
PRÊMIO TARIFÁRIO			
1º IPVA	DESENTRAL (R\$)	DESENTRAL (R\$)	DESENTRAL (R\$)
074,51	008,27	082,78	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	DESENTRAL (R\$)	DESENTRAL (R\$)	DESENTRAL (R\$)
004,15	000,64	170,39	
SEGURADOR	PAGAMENTO:	PAGAMENTO:	DATA DE QUITAÇÃO
	<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELA DO	01/03/2016

ABR-2017
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.408/0001-04

TERESA MARIA
LIMA
DATA
14/03/2016

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

Raquel Mesquita

Sinistro: 35801261158

CPF: 040.918.433-14

Venho comunicar que comprei minha moto na CN Motos, recebi dela no dia 28.02.2018 com a placa no final de fevereiro. Só que a CN motos só pagueu 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 reembolsando a suspensibilidade
da da CN motos. 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 auxiliem minha parceria.

Agradecido e Aguardo

* Rafael Mesquita





GOVERNO
DEPARTAMENTO ES-

DB KAN-PI

Informações do

ISSN ou CNPJ: 04091173314

-mesal: 3L2KC2500JR1155#7

TIPUS DE VEHICULS: MARCA

Categoría: PARTICULARES

Data 4-1 Placa: 1

Exercises

Ita de Emisso: 04/2022

Chave: 6ade30fca33fb...

EM 118

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

NR. DOCUMENTO
NR. CONVENTO
DATA DO PAGAMENTO
VLR DO PAGAMENTO
NR. AUTENTICAÇÃO
 1.030.061
 101.591
 01/03/2010
 170,39
 E.666.500.94.204.130

85568666060042 26520126100 66000,144041
 418601121980
 NR. DOCUMENTO
 NR. CONVENTO
 DATA DO PAGAMENTO 1.030,00?
 VLR DO PAGAMENTO 01/03/2018
 /63.888-3
 226,52
 NR. AUTENTICAÇÃO 1.100.448.785 155 024

DAR - Documento de Arrecadação



**ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA FAZENDA
DOCUMENTO DE ARRECADADA**

01 - Inscrição Estadual/Renavam
1144841400

02 - CARREGPI
409117

03 - Nome ou Razão Social
RAFael MESQUITA

04 - Endereço Completo
R JOAO ISIDORO FRANCA

05 - Município
TERESINA

06 - Especificação da Receita

IPVA - PAGAMENTO INTEGRAL

08 - Informações Complementares

PAGAR NA REDE BANCÁRIA CREDE
Valores calculados para data de pagamento
posterior pelo fisco
Cota única com redução de 15% sob
4.648,92

10 - Autenticação

NR. AUTENTICAÇÃO 8.91E.F24.5CE.780.977

11 - Lápis Digitalizado
85650000001-8 35120125180-5 7414484140-9 018012199003-1

Logitech New
Via Cliente

L06 MATS

Impressa

2018

novo

15032018

cota

111015

ento de Origem

0

Unica

Única

Monetária

158,97

Monetária

0,00

Licenciamento

Placa:

OEA1081

RENAVAM:

1144841400

Exercício:

2018

Taxas DETRAN

Vencimento	Tipo de Taxa	Descrição	Exercicio	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	Exercicio	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/ 86-3194300
WEBSITE: www.cnmotos.com.br
E-MAIL: cnmotos@cnmotos.com.br

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
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

SELL DE OPERAÇÃO
INDA DE VEICULO 0 KM

LIGAÇÃO ESTADUAL
5054911

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
322180002773143 29/02/2018 12:37:05

CHPJ
02.297.980/0010-52

INATÁRIO / REMETENTE
FAEL MESQUITA

JOAO ISIDORIO FRANCA, 6745

RESINA

RA / Duplicata

DATA DE EMISSÃO
28/02/2018

ATURA N°: 222872 - Valor Fat.: 8.671,00) Dup.: 222872/01 Venc.: 03/03/2018 Valor: 8.671,00

VALOR DO ICMS	VALOR DO ISSQN	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESORIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	8.671,00
0,00	0,00	0,00	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 8.671,00

SPORTADOR / VOLUME TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

Frete

ESPECIE	MARCA	CONTA	CÓDIGO ANTE	PLACA DO VEÍCULO	UF	CHPJ / CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	ALIQUOTAS			
DESCR.	PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QTD/UN	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	INC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS
OJR115587	HONDA MOTOS/CG 160 START	87112020	060	540		1.000	8.671,00	0,00	8.671,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1.....	9C2KC2500JR115587												
.....	Nº Motor.....	HOJ15730											
.....	VERMELHA												
.....	Renavam.....												
.....	HP.....												
.....	Placa.....												
.....	Tipo Pint.....												

Marca / Modelo: HONDA MOTOS/CG 160 START
Espécie.....: PASSAGEIRO
Combustível...: GASOLINA
Serial (Série): OJR115587 Distância entre eixos (mm): 1998
Ano Fab/Mod...: 2018/2018

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

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

ISSQN
COMPLEMENTARES
Conforme Convênio ICMS 59/2013. Declaramos ter
adicária a favor de ADM CONSORCIO NACIONAL
ederal e 1.127,23 Estadual Fonte: IBPT/empre
tendedor: 0011 - THAYS DE SOUZA CARVALHO E
l. Grupo: 39216. Cota: 99. Reposição: 1. Di

Veículo sem Reserva de Dominic e com
O LEGAL CNH CN MOTOS Trib. Aprox. RS
ASGTR1. 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO DIREITO
LUXAÇÃO RÁDIO-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:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Karla Souza".

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

OUTORANTE:

Nome: Rafael Mesquita

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Casado

Identidade: 033522522007-4

CPF: 040.911.733-14

Profissão: Auxiliar de Produção

Endereço: R. João Isidoro Franca nº 6745 Potyvelho

CEP: 64008-050

Telefone: (86) 99472-9591 / (86) 98807-7169.

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- PIAUÍ

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 perícia 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 - Piauí 13/07/178

Local e Data

Rafael mesquita

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por at)

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Folhas
Cartório João Crisóstomo
1º Of. de Notas e Reg. de
Louany Lima Coimbra Melo
ESCREVENTE AUTORIZADA

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Folhas

RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº ABG-34411

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
Email: 3.711.T.C.0.74 Selo: 0.26 Total: 4.71



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro - 64000-000 - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 / Insc. Estadual: 10.301.283-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Legislação especial de cobrança autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 007090271

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEPI é concedida
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA 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 At. Mult. Aplicação:	1,000	Próxima Leitura: 17/07/2018
Consumo Médio:	177	Entrega: 13/06/2018
Consumo Faturado:	177	Apresentação: 14/06/2018

NORMAL

30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Póste	Código Faz.	Média 12 meses
COMERCIAL	HC-40	A1432905		3.5.3.1	169
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. (COÍSIP)		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 SEM TRIBUTOS:					
		2 A 177 - 0,50 - 30			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 886 8800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 18 15 20 25
Parabéns! Até o dia 13/06/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO D00C.29E3.9859.7987.3E12.8FCA.6176.C459

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Desconto:	29,45
Energia:	55,98
Transmissão:	8,80
Encargos:	8,92
Outros:	37,35

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,08	10,15	20,30	3,13	6,85	13,70	2,86
9,00				0,00		0,00

TERESINA

04/2018 54,83

ROT: 10.001.34.46.110410

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro - 64000-000 - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 / Insc. Estadual: 10.301.283-5

SEU CÓDIGO

1305223-3

TOTAL A PAGAR - R\$

156,28

MÊS FATURADO

06/2018

VENCIMENTO

21/06/2018

Nº da Nota Fiscal: 007090271

FCAM

83600000001 5 56280017000 2 00000001305 2 22330618008 2



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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kayley Oliveira de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 889.502.303,00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Roguel Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.913.733-14, do sinistro de DPVAT cobertura Tneude da Vítima Roguel Menezes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.913.733-14, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
é apresentado os documentos comprobatórios:
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

30 JUL 2018

GENTE SEGURO DA LIDER DPVAT
Rua Getúlio de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider 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>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP

(86)994729591

14/11/13 de 04 de 18

Local e Data

Kayley Oliveira de Oliveira

Assinatura do Declarante



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

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0066498-7

Nº da Nota Fiscal

005902616

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

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

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

DADOS DA LEITURA	DATA	DADOS DA LEITURA	DATA
Atual:		Atual:	
Anterior:	2459	Anterior:	18/05/2018
Constante de Multiplicação:	2052	Prévia Leitura:	19/04/2018
Consumo Medido:	1.000	Emissão:	19/06/2018
Consumo Faturado:	407	Apresentação:	16/05/2018
	407	FCAM	18/05/2018

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
DESCRIÇÃO DA CONTA					
W5 - CEMIC 1Wh					
Mês/ano consumo					
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/18 584	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: 8 A 407 - 0,568161					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Declaro os quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12.887/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 10 15 70 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:	89F L. 4887.0771.5938	155E 1/40.002F.4/E8	
Energia:		Base de Cálculo:	
Transmissão:	65,06	Alíquota ICMS:	335,02
Encargos:	123,75	Valor do ICMS:	27,00%
Tributos:	19,47	Valor do PIS:	90,45
	10,72	Valor do COFINS:	
	107,22		
		13,63	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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