



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Karla Ravena de Oliveira Silva  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 460510

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
11 DEZ 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

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



Prefeitura Municipal de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 64561704	<b>Nº DA REGULAÇÃO:</b> 7609
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324	
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
<b>LEITO:</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
<b>PACIENTE:</b> KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA	<b>NASCIMENTO:</b> 30/03/2001

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE POLITRAUMATIZADA, GLASGOW 15. NEGA TCE, PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, TRAUMA TORÁCICO, TRAUMA ABDOMINAL. RAIOS X MOSTRANDO FRATURA DE FIBULA

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DO PERÔNIO FIBULA

#### COMORBIDADE:

<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b>	<b>FREQ. CARDÍACA:</b>	<b>SATURAÇÃO:</b>	<b>FREQ. RESPIRATORIA:</b>
--------------------------	------------------------	-------------------	----------------------------

<b>GLICEMIA:</b>	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b>	<b>USO DE O2:</b>
------------------	------------------------------	-------------------

**USO DROGAS VASOATIVAS:**

**USO ANTIBIÓTICOS:**

**USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:**

**DATA:** 23/11/2017 22:19:19

*Dra. Marina Couto*  
Médica  
CRM-PI 6878

MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 DEZ 2018

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

Assinatura e Carimbo do Médico  
Médico: Dra. Marina Couto  
SAÚDE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



2014

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	235	EXT. 1	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA		460510	16	Ortopédica					
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				OBSERVAÇÕES				
DI: 23/11/2017	FRAT. TNZ E				48hs-parando quibran de				
25/11/17					des interne, administrando				
					medicações prescritas -				
					bac me				
1	Dieta oral livre								
2	Jelco salinizado								
3	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN								
4	Dipirona _01 amp + AD EV 6/6hs								
5	Tilatil 20mg _01 amp + AD EV 12 /12hs								
6	Ranitidina 50mg _01 amp + AD EV 8/8hs								
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h								
8	Curativos diários								
9	Cuidados gerais e sinais vitais								
10									

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVA  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
11 DEZ 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Lda C  
Centro-Norte CEP: 64.062-670  
Teresina-PI

CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Leonardo Cruzemburger / Dr. Yuri Ivojo Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho  
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia  
CRM/34154-0710029 / CRM/31208 / CRM/3786-TEOT/11.805 / CRM/3367

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Carla Louisa de Oliveira Silva IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL (X) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Fratura de T12 esquerda CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>116 X 62 mmHg</u>	<u>102 X 58 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>84 bpm</u>	<u>67 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>99 %</u>	<u>98 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	<u>/</u>	<u>/</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>	<u>/</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Valuene</u>	<u>Valuene</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90% mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO 			TOTAL <u>10</u>		<u>10</u>	
ESCALA DE DOR ALTA 			ASS <u>Maria Jardelma de Oliveira</u> Enfermeira COREN-PI 484.168		ASS <u>Maria Jardelma de Oliveira</u> Enfermeira COREN-PI 484.168	

( ) Sonda Vesical	( ) Dreno de Sucção	( ) Dreno Torácico	( ) DVE	( ) Colostomia	Sonda ( ) Nasogástrica ( ) Nasoentérica
ha mL	ha mL	ha mL	ha mL		
ha mL	ha mL	ha mL	ha mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitida na SRPA em POI de fratura de  
função esquerda, segue calma, sensível, em ar ambiente.

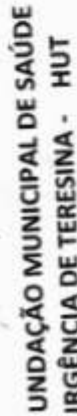
Maria Jardelma de Oliveira  
 Enfermeira  
 COREN-PI 484.168

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 11 DEZ 2010  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro-Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-PI

PRESCRIÇÃO MÉDICA  
 ALTA SRPA  
 HORÁRIO  
Dr. Eduardo R. de Oliveira  
 Médico Anestesiologista  
 CRM-PI 474 / CPF: 056.972.903-03

ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO (X) IMAGENS E GRÁFICOS ( )

POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) PORT ( ) NEU ( ) CIR ( ) JM



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Roseate

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Karla Roversa de O. Silva			Ortopédica	235 Extra		D. Glavio
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
24/11		#801		OBSERVAÇÕES		
1		DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO		RAIO-X REALIZADO		
2		SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN		DATA 24/11/2018		
3		RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H		Técnico: G		
4		CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H		14:50' - Paciente admitido		
5		DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H		procedente da SRPA em		
6		TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H		poli-traumática tornozelo E		
7		TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H-SN		consciente, orientado,		
8		CURATIVO		física. Nega patologias		
9		CCGG + SSW		crônicas e alergias ou		
				medicamentosos.		





**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Karla Raposo de Oliveira Silva*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura torácica*

Operação - Tipo *Osteotomia*

Cirurgião *Dr. Flávio*  
Flávio de S. D. de S.  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PI 3102

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) *Cariane*

Anestesista *HELENA DE CARVALHO*  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM-PI 324

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *24.11.2017*

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

*Laparoscopia, com corte de escarificações, anastomose, sutura, drenagem, fechamento, processo com xifóides e compressões, sutura e corte, sutura lateral, sutura e fechamento, sutura e curativo*

*Flávio de S. D. de S.*  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PI 3102

## FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO		
NOME DO PACIENTE <i>Rafael de Oliveira Silva</i>						
DATA: <i>24-11-17</i>	P. ARTERIAL: <i>130-80</i>	PULSO: <i>70</i>	RESPIRAÇÃO: <i>18</i>	TEMPERATURA: <i>36</i>	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <i>N</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>N</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>N</i>				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>N</i>				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO <i>N</i>				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <i>N</i>				CORTICOIDES		OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de tíbia distal</i>				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
OXIGÊNIO						
1						
2						
3						
LÍQUIDOS						
SO-UTO 500						
SANGUE 400						
OUTROS 300						
200						
100						
TEMPERATURA T						
Cº						
38						
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				
TÉCNICAS <i>Roxane</i>		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES <i>Instrumento cirúrgico de fratura de tíbia distal</i>						
CIRURGIÃO <i>Dr. Flávio</i>						
ANESTESISTAS <i>Dr. Rafael</i>						
PARTICULARIDADES						

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



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24 / 11 / 2017

NOME DO PACIENTE:	Kayla Raveira de O. Silva	PROFISSIONÁRIO Nº:	460510
DIAGNÓSTICO:	frat. torç. 26 ef	CIRURGIA:	TIO de fratura de
ANESTESIA:	Raquel	Nº DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	Dr. Flávio	CPF Nº:	(E)
AUXILIAR:	-	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Belenita	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Ediane	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	150ml		PVPI DE GERMANTE	ML	150ml	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150ml	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20cm		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISTOLÓGICO	UNID.	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Eletródos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Cupem → 02 UNID.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Bexigas → 03 UNID.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Karla Rayana de Oliveira Silva*

Diagnóstico pré-operatório *Fract. torus pb op*

Operação - Tipo *Osteomiel*

Cirurgião *Dr. Flávio B. de S. Araújo*  
Flávio B. de S. Araújo  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-P/3102

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) *Carlane*

Anestesiologista *Helena B. de S. Araújo*  
Helena B. de S. Araújo  
Anestesiologista  
CRM-P/324

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *24.11.2017*

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Lapareoscopia, porta, corte de esmoldo, osteotomia, punção, coágulo, ilhagem, medula, hipoxia e 17.9. em observação. etc, fechamento, processo final com pontos e coágulos, sutura e corte, sutura lateral, 17.9. e placa e pontos, sutura e curativo*

*Flávio B. de S. Araújo*  
Flávio B. de S. Araújo  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-P/3102



# BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico  
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

## MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul  
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366  
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí  
Insc. Est. nº 19.444.630-1  
CNPJ nº 03.512.566/0001-90  
biosintese@biosinteseprima.com.br

## FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009  
Cond. Metropolitan Market Place • Calhau  
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640  
São Luís - Maranhão  
Insc. Est. 12.310.276-5  
CNPJ 03.512.566/0002-71  
biosintese\_ma@biosinteseprima.com.br

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUT CX0133

C.N.P.J. \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Nome: Alvina

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
01	Placa DCP 3.5
06	Parafusos corticais
03	Parafusos Esponja POP

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 24/11/17

DATA DA ALTA: 1/1/18

PACIENTE - Nome: Karla Ravena de Oliveira Silva

Nº AIH: 202836

Nº do Prontuário: 460510

Data da Internação: 1/1/18

Procedimento Médico Realizado: \_\_\_\_\_

Indicador de Compatibilidade: 0702030899

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: \_\_\_\_\_

CRM Nº \_\_\_\_\_



## FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO		
NOME DO PACIENTE <i>Carla Raimundo de Oliveira Silva</i>						
DATA: <i>24-11-17</i>	P. ARTERIAL: <i>150-80</i>	PULSO: <i>70</i>	RESPIRAÇÃO: <i>18</i>	TEMPERATURA: <i>36</i>	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <i>N</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>N</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>N</i>				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>N</i>				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO <i>N</i>				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <i>N</i>				CORTICOIDES		ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura fêmur distal</i>				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES			
		1 2 3	<i>micocobal = 1</i>			
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 300 200 OUTROS 100	<i>salin 1500ml</i>			
TEMPERATURA T		C°	<i>apertil = 1</i>			
P. ARTERIAL V O PULSO		36	<i>micocobal = 1</i>			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10	<i>sero. dilu. = 1</i>			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO			SEQUÊNCIA			
RESPIRAÇÃO O			<i>propofol = 2g</i>			
			<i>micocobal = 1</i>			
			<i>sero. dilu. = 1</i>			
			<i>hidrocortisona = 1</i>			
			<i>italil = 1</i>			
SÍMBOLOS			DURAÇÃO			
TÉCNICAS <i>Roxane</i>			INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES <i>Instrumento cirúrgico de fratura de fêmur distal</i>						
CIRURGIÃO <i>Dr. Flávio</i>						
ANESTESISTAS <i>Dr. Rafael</i>						
PARTICULARIDADES						

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





202836

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da  
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

202836

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA

6 - Prontuário: 460510

7-CNS: 898002323833202

8-Nascimento: 30/03/2001

9-Sexo: Feminino

11-Mãe: GRANE PEREIRA DE OLIVEIRA SILVA

12-Fone: - -

13-Resp: JOAO ALBERTO

14-Cor: Parda

15-End: QD 13 CS 34 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - CEP: 64000-000

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fract. fechada exp

Joaquim Barbosa de Souza  
Médico: 017467  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

21 - Condições que justificam a internação:

Fract. dx

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Acometida + Rx + Ex. físico

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
11 DEZ 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso de Figueiredo, 465 Loja C  
Centro - N.º 1 - CEP: 64002-270  
Teresina - PI

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27- Procedimento Solicitado:

0408050497

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

CPF

841.275.623-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

34-Data Solicitação:

23/11/2017

Flavio Maciel B. de S. Coutinho  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PI 5102

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

Flavio Maciel B. de S. Coutinho  
Assessor de Auditoria-DICAA/FMS  
CRM-PI 761 / CPF: 055.009.313-34  
CNS: 100910275750009

50-Ass. Ca. Imbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

João Alberto Silva

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 31077

AIH: 2217102390778

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

## CARTÃO SUS

898002323833202

## NOME DO PACIENTE

KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA

## NASCIMENTO

30/03/2001

## SEXO

F

## PRONTUÁRIO

460510

## DOCUMENTO CPF

## TELEFONE

8688425255

## NOME DA MÃE

GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA

## RESPONSÁVEL

JOAO ALBERTO

## CEP

## ENDEREÇO - LOGRADOURO

## NUMERO / LOTE

28

## BAIRRO

DEUS QUER

## COMPLEMENTO

## MUNICÍPIO

TERESINA

## UF

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

ANAMNESE + RX + EXAME FÍSICO

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

## CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

## CID 10 SECUNDÁRIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR TRIMALEOLAR DA FRATURALUXAÇÃO DO TORNOZELO

## LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

## PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

CPF: 84127562315

CRM:

## CARÁTER

URGÊNCIA

## DATA SOLICITAÇÃO

23/11/2017

## DATA ADMISSÃO

23/11/2017 23:46

## DATA ALTA

27/11/2017 10:00

## MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

## TIPO ACIDENTE

Acidente de Trânsito

## CNPJ SEGURADORA

## Nº DO BILHETE

## SÉRIE

## CNPJ DA EMPRESA

## CNAE EMPRESA

## CBOR NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

## PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS

CPF: 09623442300

CRM:

DATA ANALISE: 24/11/2017 16:18:11

## NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

## ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

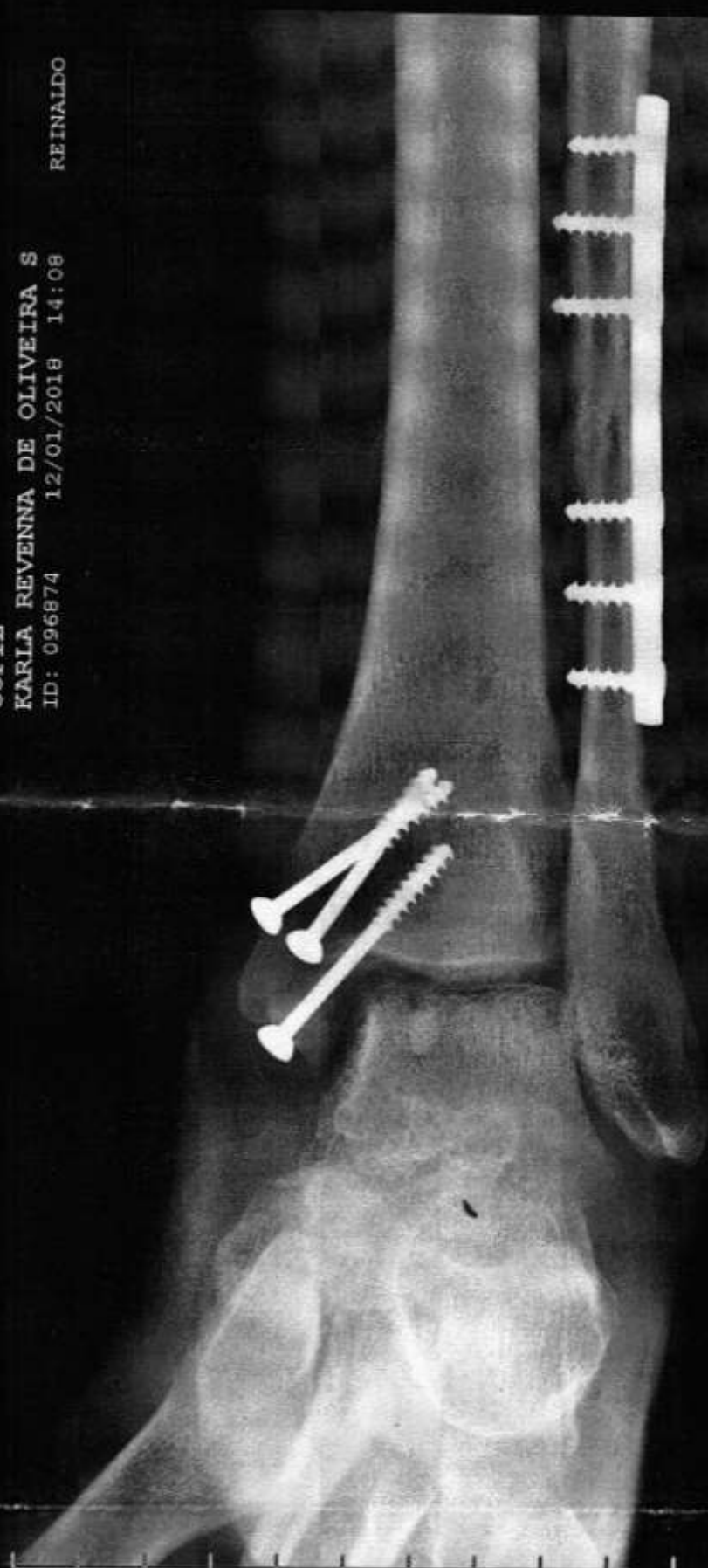
COPIL  
KARLA REVENNA DE OLIVEIRA S  
ID: 095874 12/01/2018 14:08

TEC-GETULI

**Esquerdo**

COPIL  
KARLA REVENNA DE OLIVEIRA S  
ID: 096874 12/01/2018 14:08

REINALDO



AP  
Esquerdo



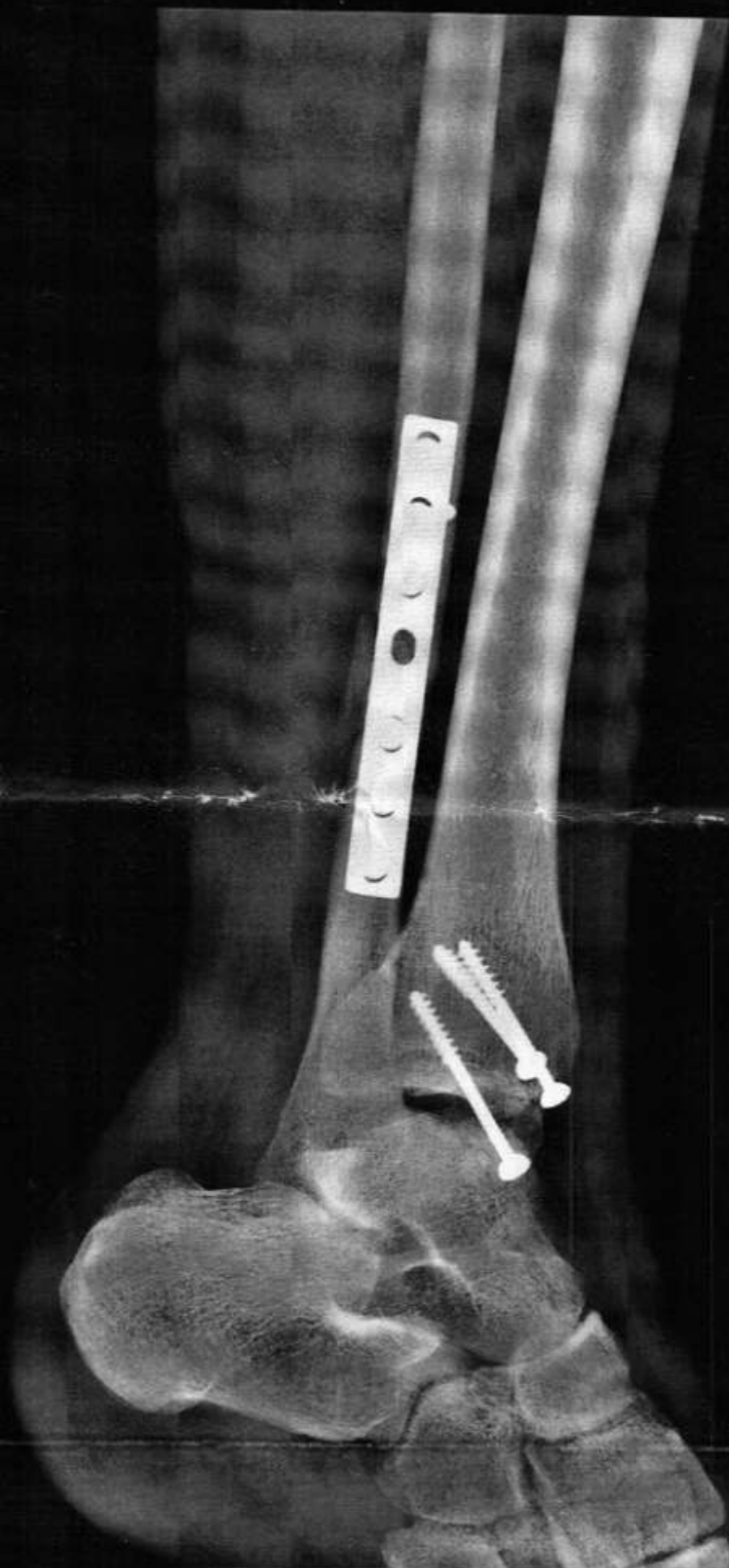
COPIL

KARLA REVENNA DE OLIVEIRA S

ID: 096874 12/01/2018 14:08

REINALDO

Perfil Esq.



COPIL  
KARLA REVENNA DE OLIVEIRA S  
ID: 096874 12/01/2018 14:08

RETINALDO

CLINICA ORTOPÉDICA DO PIAUI LTDA - COPIL

RAIS

COPIL  
KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA S  
ID: 95840 12/12/2017 15:16

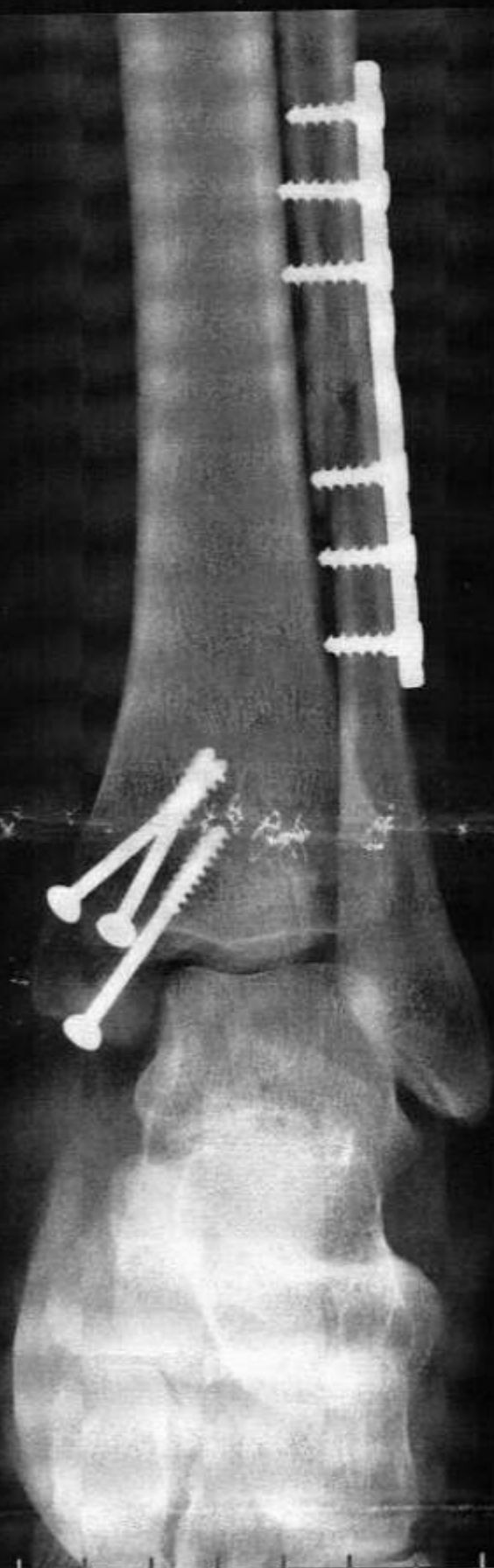
TEC-MORAIS



Esquerdo

COPIL  
KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA S  
ID: 95840 12/12/2017 15:16

TEC-MORAIS



Esquerdo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

*Karla Ravenna de Oliveira Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

0449783

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.177.632	DATA DE EXPEDIÇÃO	30/01/15
NOME	KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA		
PILIAÇÃO	GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA CARLOS ALBERTO DA SILVA		
NATURALIDADE	TERESINA-PI	DATA DE NASCIMENTO	30/03/2001
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 998 L 4AE F 98 EXP TERESINA-PI 10/05/02		
TERESINA - PI	600.021.513-40 ASSINATURA DO DIRETOR		

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1554660910

PIAUÍ

NOME  
MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR  
1457994 SSP PI

CPF  
703.754.703-44

DATA NASCIMENTO  
10/09/1971

FILIAÇÃO  
LUIS PROCEDONIO DA SILVA  
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. B

Nº REGISTRO  
02851011130

VALIDADE  
15/12/2022

PRIMEIRA EMISSÃO  
29/04/2003

OBSERVAÇÕES  
A

Assinatura do Portador

LOCAL  
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO  
20/12/2017

70615801046  
PI320021300

ARÃO MARTINS DO REGO LORRÃO  
ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUÍ

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




*Geany Pereira de Oliveira*  
ASSINATURA DO TITULAR

0870784

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.063.024 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/05/16

NOME GEANY PEREIRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO MARIA ANTONIA DE OLIVEIRA

JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO

NATURALIDADE JOSE DE FREITAS-PI DATA DE NASCIMENTO 25/11/1980

DOC. ORIGEM 610.F.589

CERT. NASC. 13635

EXP JOSE DE FREITAS-PI 20/03/05

007.067.673-90

0870784

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende: 465 Loja C  
Centro-Norte F.E.P: 54.002-470  
Teresina-PI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180580853 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 23/11/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Karla Souza



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180580853 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 23/11/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

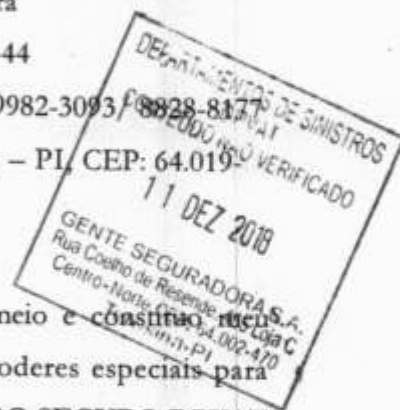
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>Glauco Pereira de Oliveira</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>solteira</u>	Profissão: <u>labeleleira</u>
Identidade nº: <u>2.063.024 SSP/PI</u>	CPF nº: <u>007.067.673-90</u>	
Endereço: <u>R. Duas Anas s/n A 19. Casa 28 Bom</u>		
<u>Principio, Teresina - PI</u>		
CEP: <u>64.095-010</u>	Telefone: <u>(86) 99982.3093</u>	

## OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira  
 Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI CPF nº: 703.754.703-44  
 Profissão: Bacharel em Direito Telefone: (86) 9 9405-4326/ 9982-3093  
 Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330



**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constato, meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar agendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vitima Karla Ravenna de Oliveira Silva

Timon-MA 28/11/2018

Local e data



Glauco Pereira de Oliveira

- Outorgante -



Reconheço como verdadeira(s) a(s) assinatura(s) de:  
Glauco Pereira de Oliveira  
 Em Testemunho da verdade:  
28/11/2018  
[Assinatura]  
 Ruth Maria de Oliveira

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446203/18

**Vítima:** KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

**CPF:** 600.021.513-40

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 23/11/2017

**Titular do CPF:** KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

### KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA : 600.021.513-40

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/12/2018  
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA  
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

---

**Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180580853**

**Vítima: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA**

**Data do Acidente: 23/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

Karla Ravenna de Oliveira Silva

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

Nome completo:

Karla Ravenna de Oliveira Silva

CPF:

600.021.513-40

Profissão:

Estudante

Endereço:

R. Deus Amor 19

Número:

18

Complemento:

Bairro:

Bom Princípio

Cidade:

Tererina

Estado:

Piauí

CEP:

64.095-010

E-mail:

Tel. (DDD):

86.99982-3093

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1607

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 51567

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Tererina - PI 03/12/18

Nome: Karla Ravenna de Oliveira Silva

CPF: 600.021.513-40

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Karla Ravenna de Oliveira Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Guilherme Pereira de

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Oliveira

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004098/2018-71

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

Data/Hora: 28/11/2018 - 12:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. DEP. EZEQUIAS COSTA, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/11/2018 - 19:00

Bairro

ANGELIM

ADITAMENTO

(23.11.2017)

Ponto de Referência

PROX. À QUADRA R

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOÃO ROBERTO AMORIM GONÇALVES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3919505 PI

Mãe: LUISA FERNANDA AMORIM RIBEIRO

Endereço: QD-19, CS-28, RESID. DEUS QUER, Nº

Bairro: BOM PRINCÍPIO

Cidade: TERESINA

Nome: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 4177632 PI

Mãe: GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA

Endereço: O MESMO DO NOTICIANTE, Nº

Bairro: BOM PRINCÍPIO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP 110I, PLACA PIM-8004-PI, COR BRANCA, RENAVAM 01088657149, PROP. DE FRANCISCA DAS CHAGAS OLIVEIRA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, INVADIU A FAIXA DE TRAFEGO DA MOTO, PRÓVOCANDO A COLISÃO. A PASSAGEIRA DA MOTO, KARLA RAVENNA, FOI SOCORRIDA PELA PROPRIETÁRIA DA MOTO E LEVADA PARA A UPA DO PROMOTOR. DEPOIS TRANSFERIDA PARA O HUT. (PRONT. 460510). TESTEMUNHA: FRANCISCA DAS CHAGAS OLIVEIRA, QD-O, BL-16, AP. 02, CONJ. WALL FERRAZ, PORTAL DA ALEGRIA. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

JOÃO ROBERTO AMORIM GONÇALVES - Noticiante  
Responsável pela Informação

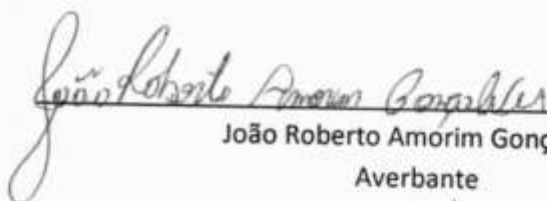


Delegado de Polícia

**AVERBAÇÃO B.O. 100203.004098/2018-71**

O Sr. João Roberto Amorim Gonçalves compareceu a esta Especializada para informar que a data correta do acidente é dia **23/11/2017**, conforme entrada na UPA e HUT.

Teresina, 10/12/2018



João Roberto Amorim Gonçalves

Averbante



Claudio Costa de Sousa

Ag. de policia

108516-6



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

Karla Ravenna de Oliveira Silva

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

Nome completo:

Karla Ravenna de Oliveira Silva

CPF:

600.021.513-40

Profissão:

Estudante

Endereço:

R. Deus Amor Ed 19

Número:

18

Complemento:

Bairro:

Dom Príncipe

Cidade:

TERESINA

Estado:

Piauí

CEP:

64.095-010

E-mail:

Tel. (DDD):

86.99982-3093

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1607

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 51567

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, e a apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das perícias decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Teresina - PI 03/12/18

Nome: Karla Ravenna de Oliveira Silva

CPF: 600.021.513-40

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Karla Ravenna de Oliveira Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Geusé Pereira de Oliveira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Oliveira

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA

SUS SUS

# BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA		Prontuário: 460510	
Mãe: GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA SILVA	Pai:		
End. Resid.: QD 13 CS 34 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000			
Nascimento: 30/03/2001	Idade: 16a:8m:24d	Sexo: Feminino	Fone:
Responsável: JOAO ALBERTO	CNS: 89800232383202		
Profissão:	CPF: - - - * RG: -		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)		
End. Local: - - -			

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 638459	Data: 23/11/2017 23:46:27	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Típico: Não
CID Secundário: V299		

## DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico chegou ao PS com queimaduras superficiais e extensas em membros superiores e inferiores. Nega queda de consciência e uso de bebidas alcoólicas. Informa uso de capote. (A) - Uias aéreas puniais (B) - MV @ bilateralmente (C) - Sem hemorragias externas, FC: 80 bpm e FR: 20 irpm; abdome indolor à palpação e punção umbilical (D) - Glândulas 15 e urupilas excisões e fotossurgentes (E) - Enxofração em pé esquerdo e direito em pé esquerdo.

PA \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg

Pulso: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Inicial:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

Temp.: \_\_\_\_\_

CID:

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de tornozelo, perna e pé esquerdo

11 DEZ 2018  
GENTE SEGURADORA  
Rua Celso de Roraima, 405 Loja C  
Teresina-PI CEP: 64012-100

RAIO-X REALIZADO  
DATA 24/11/2017  
Técnico: AUC

## ALTA:

- |                |                      |
|----------------|----------------------|
| ( ) Melhorado  | ( ) Administrativa   |
| ( ) Curado     | ( ) Por Indisciplina |
| ( ) Inalterado | ( ) Por Evasão       |
| ( ) A Pedido   |                      |

- |                              |
|------------------------------|
| ( ) Retornar à Unid. Origem. |
| ( ) Transferência:           |

DATA SAÍDA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

## ÓBITO:

- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| ( ) Até 24 Hs     | ( ) Família      |
| ( ) De 24 a 48 Hs | ( ) IML          |
| ( ) Após 48 Hs    | ( ) Anat. Patol. |

## DESTINO:

( ) Internação na Unidade  
Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante  
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000051567-6

---

Nr. da Autenticação 342B12DA251D4C03

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 006957306

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	19/06/2018	272	249,14

CARLOS ALBERTO DA SILVA  
RS DEUS QUER S/N QD 19 CASA 28 BOM PRINCIPIO  
CPF: 00027386805349  
CEP: 64.095-010 - TERESINA

DADOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Atual:	17442	Atual: 13/06/2018
Anterior:	17170	Anterior: 11/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 13/07/2018
Consumo Medido:	272	Emissor: 11/06/2018
Consumo Faturado:	272	Apresentação: 13/06/2018

MEDIA 12M 33

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A621243		1.1.1.1	272

HISTÓRICO DA VENDA	CONSUMO	272 A R\$ 0,46498 =	230,24
Mês/ano consumo			
MAI/18	288		
ABR/18	589		
MAR/18	206		
FEV/18	194		
JAN/18	281		
DEZ/17	764		
NOV/17	30		
OUT/17	181		
SET/17	167		
AGO/17	163		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
8 A 272 - 0,579090			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 06/06/2018, em função das contas reavizadas nesta leitura. Não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda a existência de débitos reavizados e já reavizados no valor de R\$ 4.528,10 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

FATURADO PELA MEDIA. IMPEDIMENTO DE ACESSO. SUJEITO A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (ART. 87 DA RESOLUÇÃO ANEEL No. 414/2010). LIGUF 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO F8EB.04DE.851F.25F7.DESE.500.FD49.DAD0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 44,95	Base de Cálculo: 230,24
Energia: 85,50	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 13,45	Valor do ICMS: 62,16
Encargos: 13,62	Valor do PIS: 1,88
Tributos: 72,72	Valor do COFINS: 8,68

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,19 10,39 20,77 3,36 6,73 13,45 2,94  
0,00 0,00

TERESINA-JOCKEY

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

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

SEU CÓDIGO

0675960-2

MÊS FATURADO

06/2018

Nº da Nota Fiscal:

006957306 FCAM

TOTAL A PAGAR - R\$

249,14

VENCIMENTO

19/06/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
FEUDO NÃO VERIFICADO  
11 DEZ 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Cordeiro de Figueiredo, 465 Loja C  
Centro - Teresina - PI  
CEP: 64.002-470

8367000002 6 49140017000 8 00000000675 9 96020618008 0



SEQ.: 00159 UC: 0675960-2 DT.LEIT.: 13/06/2018 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 17442 MEDIA 12M TOTAL: 249,14 CARGA: A03  
DT.VENC.: 19/06/2018 IRREG.: 012 COLETOR: 9072

(86/99982.3093  
99405.4326

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.845.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1  
Registro especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/06/98

Nº da Nota Fiscal 014295274

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	10-12-2018	595	572,93

MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA  
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA  
CPF: 00070375470344  
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		Consumo (kWh)	DATAS DA LEITURA	
Atual:	10079		Atual:	28/11/2018
Anterior:	9484		Anterior:	29-10-2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	27-12-2018
Consumo Medido:	595		Emissão:	27-11-2018
Consumo Faturado:	595	FCAM	Apresentação:	28-11-2018
Forma de Faturamento: NORMAL		Condição de Inquilato:	Dia do Consumo: 30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	D176626		1.1.1.3	620

HISTÓRICO kWh	DESCRÇÃO DA CONTA
OUT/18 597	CONSUMO 595 A R\$ 0,854448 = 508,39
SET/18 636	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 40,46
AGO/18 632	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00 7,58
JUL/18 540	MULTA POR ATRASO 09/18-00 11,51
JUN/18 762	JUROS POR ATRASO 09/18-00 4,99
MAI/18 584	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 5,53
ABR/18 559	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,95
MAR/18 576	
FEV/18 552	
JAN/18 502	
TARIFA SEM TRIBUTOS: U A 595 - 0,566756	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10-12-2018. O repasseamento por parte do consumidor também é incluído no nome do consumidor na conta. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
10/2018	596,08	
LIGUE 0800 036 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

RESERVAÇÃO AO FISCO 08EE.B374.5F8B.46CF.FADB.9261.0ECF.A2A0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	96,22	Base de Cálculo:	508,39
Energia:	183,05	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	28,80	Valor do ICMS:	137,26
Encargos:	29,17	Valor do PIS:	6,04
Tributos:	171,15	Valor do COFINS:	27,85

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00			0,00			0,00	

TERESINA-MACAUBA 09/2018 Valor 185,50



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

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

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

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

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proudonio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703/114, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Karla Ravenna de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.067.673/90, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Karla Ravenna de Oliveira Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.067.673/90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos de \_\_\_\_\_

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Rua Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>Verdelha</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64019-330</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86)99982-3093</u>

Teresina 03 de Dezembro de 18  
Local e Data

Maria do Carmo Proudonio da Silva  
Assinatura do Declarante

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca das Chagas Oliveira,  
RG nº 2.934.921, data de expedição 04/09/13,  
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 040.676.633-90 com  
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
A.O. BL: 16 APT, nº 02,  
complemento P.da Alegria declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Karla Ravennad Oliveira Silva cujo o condutor era  
João Roberto Amorim Gonçalves

\*Veículo: moto  
Modelo: HONDA/POP 110I  
Ano: 2016  
Placa: PIM-8004  
Chassi: 9C29B01005R217331  
Data do Acidente: 23.11.2017  
Local e Data: Timon-MA 28/11/2018

Francisca das Chagas Oliveira  
Assinatura do Declarante

João Roberto Amorim Gonçalves  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório do 1º Ofício  
TIMON - MA

Assinado como verdadeira(s) a(s) fiz(em) de  
Francisca das Chagas Oliveira  
Em Testemunho Ruth Maria de Oliveira da verdade.  
Timon(MA) 28.11.2018  
Ruth Maria de Oliveira  
Escrevente Substituta

