

Screenshot of a web browser showing a legal document from the PJe system. The document is a contestation (Contestação) for case number 11298385, dated 13/08/2020 at 10:50:29. The document is titled 'JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO' and includes several attachments:

- 11282848 - CONTESTAÇÃO (2743177 CONTESTACAO 01)
- 11298693 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
- 11298696 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 11298699 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 11298700 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

The document is from the law firm 'JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS' and is addressed to 'EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI'. The browser interface shows various tabs and a toolbar at the top, and a taskbar at the bottom with icons for Windows, Internet Explorer, and other applications.



Número: **0805156-62.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **05/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR)	JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)
GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA (AUTOR)	JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11298 693	13/08/2020 10:50	<u>PROC ADM</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



NOME DO PACIENTE: Karla Ravena de Oliveira Sihra
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 460530



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".





**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO**

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

DADOS CLINICOS

HISTORIA CLÍNICA:

PACIENTE POLITRAUMATIZADA, GLASGOW 15. NEGA TCE, PERDA DE CONSCIENCIA, VOMITOS, TRAUMA TORACICO, TRAUMA ABDOMINAL. RAIOS X MOSTRANDO FRATURA DE FIBULA.

PROVAS DIAGNOSTICAS:

DIAGNOSTICO(CID): FRATURA DO PERONIO FIBULA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATORIA:
GLICEMIA:	NIVEL DE CONCIÊNCIA:	USO DE O2:	

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





PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		235	EXT. 1	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI: 23/11/2017	FRAT. TNZE						
25/11/17							
	1	Dieta oral livre					
	2	jeleco 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						



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Karla Jardelina de Oliveira Silva IDADE anos DATA / / 2017
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA (GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO)
 CIRURGIA REALIZADA Fratura de TN2 esquerdo CIRURGIÃO

SINAIS VITais	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO 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 O2 (%)	<u>99 %</u>		<u>98 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (0°C)	<u></u>		<u></u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u></u>		<u></u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Wlverne</u>		<u>Wlverne</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO		SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desperga, se solicitado	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>10</u>	<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA			<i>Maria Jardelina de Oliveira Enfermeira COREN-PI 484.168</i>	<i>Maria Jardelina de Oliveira Enfermeira COREN-PI 484.168</i>

() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.
hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em POI de fratura de tornozelo esquerdo, segue calmo, renegta, em ar ambiente.

*Maria Jardelina 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. Luizinho Coutinho
Médico Anestesiologista
CRM-PI 474 | CPF: 08897250303*

HAMAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO IMAGENS E GRÁFICOS []

1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED MORT [] NEU [] CIR [] IM





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Karla Rayana de Oliveira Sihva	
Diagnóstico pré-operatório	Fract. torus geb op	
Operação - Tipo	Orto. il	
Cirurgião	M. Flávio Flávio S. P. de S. Ortopedista e Traumatologista CRM-PI/3102	1º Assistente
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Danielle	Anestesista Anestesiologista CRM-PI/324
Anestésico(a)		
Data da Operação	24.11.2017	Inicio
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação	 DEPARTAMENTOS DE SANGRISTOS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 11 DEZ 2010 CENTRE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 463 Lajir C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) Liquidecção, D.R. tipo de escorvado, osteosí, autógeno, coaptado, nenhuma medula, luxação e fratura em obliqua ext, fechamento fechado por en golifero e coaptado, nenhuma eletro fuga de sangue, tipo de placa e porofix impuro e curativo		
		Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO																													
DATA:	27-11-17	P. ARTERIAL	100/80	PULSO	70	RESPIRAÇÃO	18	TEMPERATURA	36	PESO	ALTURA																						
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO		HEMATIMETRIA		HEMOGLOBINEMIA		HEMATOCRITOS		GLICEMIA	DOS. URÉIA																						
EXAMES DE URINA N																																	
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA N																																	
SISTEMA CIRCULATÓRIO N										ELETROCARDIOGRAMA																							
SISTEMA RESPIRATÓRIO N										ASMA	BRONQUITE																						
SISTEMA DIGESTIVO N					SISTEMA URINÁRIO																												
ESTADO MENTAL N					CORTICOIDES					ATARAXICOS	OUTROS																						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OBERTÓRIO Fretus frisia distel										FÍSICOS																							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS					EFEITOS																							
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÉNIO							TOTAL DE DOSES																								
1		1							mucosol -1																								
2		2							soro 1500ml																								
3		3							epitel -1																								
LÍQUIDOS		SO-UTO 500							mucosol -1																								
		400							soro 1500ml -1																								
		SANGUE 300							epitel -1																								
		200							mucosol -1																								
		OUTROS 100							soro 1500ml -1																								
TEMPERATURA T		C°		250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	DURAÇÃO				
P. ARTERIAL V O PULSO		36		250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	SEQUÊNCIA				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X				250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	29				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO				250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	1				
RESPIRAÇÃO O				250	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130	120	110	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	1				
SÍMBOLOS																																	
TÉCNICAS		Rafael																															
OPERAÇÕES		Intervento cirúrgico de frettus distel																															
CIRURÓGOS		Flávio																															
ANESTESISTAS		de Rafael																															
ANESTESIOLOGISTAS		A. V. Lima																															
ANESTESIOLOGISTA		A. V. Lima																															
CRM-PI 324																																	
PARTICULARIDADES																																	
MOD 76 - HUT																																	
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT																																	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO																																	
11 DEZ 2010																																	
GENTE SEGURADORA S.A.																																	
Rua Coimbra de Reende, 465 Loja C																																	
Centro-Norte CEP: 64.002-470																																	
Teresina-PI																																	
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																	



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/11/2017

NOME DO PACIENTE:	<u>Karla Ravenna de O. Schon</u>	UTÁRIO Nº:	<u>460510</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fret longo ep</u>	CIRURGIA:	<u>TTO de Fratura de</u>
ANESTESIA:	<u>Ragne</u>	Nº DA SALA:	<u>06</u> <u>Tibia distal</u>
CIRURGÃO:	<u>Dr. Glávio</u>	CPF Nº:	<u>(E)</u>
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dra. Helenita</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Edilene</u>	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	90cm		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N° 20	UNID.	01		Eletrodos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Crepom → 02UNID.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Beiras → 03UNID			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON N.2.0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
OLENE							

MOD - 094



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Karla Rayana de Oliveira Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>fractura toracoparavertebral</i>		
Operação - Tipo <i>Ortopédico</i>		
Cirurgião <i>Dr. Flávio Coutinho CRM-PI 3102</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Ediane</i>	Anestesista <i>Flávia Coutinho CRM-PI 324</i>	Anestesia
Data da Operação <i>24.11.2017</i>	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
<p style="text-align: center;">Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p><i>laparotomia, abertura de escroto, emprispagem, abertura, coluna, ilíaca, medula, luxação e fratura em obliqua, etc, fechamento, fechamento com zóneira e colapso, sutura e drenagem lateral, etc e fecho e parafusos, náilon e curveta</i></p>		
<p style="text-align: right;"><i>Flávio Coutinho CRM-PI 3102</i></p>		

Mod. 76 HUT





BIOSÍNTESE

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

MATRIZ
Rua Areia 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@biosintesepima.com.br

FILIAL
Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place - Caiuá
CEP 65.071-380 - Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.275-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosintesepima.com.br

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

slt

CX0133

Nome do Hospital: _____

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome: *Juliane*

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

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 _____

PACIENTE - Nome: *Ranila Rávena de Oliveira Silva*

Nº AIH: *202836*

Nº do Prontuário: *960510* Data da Internação _____

Procedimento Médico Realizado: _____

Indicador de Compatibilidade: *0702030899*

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: _____

CRM Nº _____



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE						Nº DE REGISTRO	
NOVO DO PACIENTE	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA
27-117	180/80	70	18	36			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA	N						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	N						
SISTEMA CIRCULATÓRIO	N						
SISTEMA RESPIRATÓRIO	N						
SISTEMA DIGESTIVO	N						
ESTADO MENTAL	N						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fuetus tritio distel						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)	APLICADO AS EFEITOS						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	TOTAL DE DOSES mucolite - 1 500g 1500mls epitel - 1					
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	mucosse - 1 500g 1500mls - 1					
TEMPERATURA T	260 240 2 36	mucosse - 1 500g 1500mls - 1					
P. ARTERIAL V O PULSO	200 180 160 140 120 100 80 60 40	SEQUÊNCIA epitel - 2g deosselite - 1 ferroxemite - 1 midescente - 1 tabela - 1					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	140 120 100 80 60 40	9 11 12 13 14 15					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	20	DURAÇÃO					
RESPIRAÇÃO O	10						
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS	INCIDENTE - ACIDENTE						
OPERAÇÕES	Rafael Fuetus tritio distel						
CIRURGOS	Flávio de Oliveira						
ANESTESISTAS	de Oliveira						
PARTICULARIDADES							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 11 DEZ 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Goiânia de Resende, 465 Lote C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Tef. (65) 321-1234 </div>							

MOD 76 - HUT





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

202836

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

33077

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES
5828856

202836

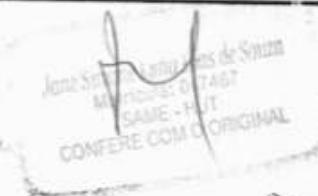
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA	6 - Prontuário: 460510	
7-CNS: 898002323833202	8-Nascimento: 30/03/2001	9-Sexo: Feminino
11-Mãe: GEANE PEREIRA DE OLIVIERA SILVA	12-Fone: - -	
13-Resp: JOAO ALBERTO	14-Cor: Parda	
15-Ender: QD 13 CS 34 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - CEP: 64000-000	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI
16-Munic: TERESINA	19-CEP: 64000-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

0 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fest. toracog. esp



21 - Condições que justificam a internação:

Pact. dr



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

Amnese + Rx + Ex. fraco



23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

8823

PROCEDIMENTO SOLICITADO

8-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado: 0408050497	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO		
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solici.: CPF 841.275.623-15
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO	34-Data Solicitação: 23/11/2017		

Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM PI 3102

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	38-(<input type="checkbox"/>) 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: (<input type="checkbox"/>)CNS (<input type="checkbox"/>)CPF	49-Num. Documento:
50-Ass.Ca. imbo. (Rg.Conselho)	

Flávio Maciel Almeida Filho
Assessoria de Segurança-DRCA/FMS
CRM PI 761 C.R.F. 055.009.313-34
CR. 00910275750009

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Túlio Alberto Silva



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERRAÇÃO/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	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002323833202	KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA		30/03/2001	F	460510
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL
		8688425255	GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA		JOAO ALBERTO
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
			28		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
DEUS QUER			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE TORNозELO ESQUERDO

CONDICIONES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

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 TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR TRIMALEOLAR DA FRATURALUXACAO DO TORNозELO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

23/11/2017

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

CRM:

DATA ADMISSAO

23/11/2017 23:46

DATA ALTA

27/11/2017 10:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

Acidente de Trânsito

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA		
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09623442300 CRM: DATA ANALISE: 24/11/2017 16:18:11	CPF	CRM	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

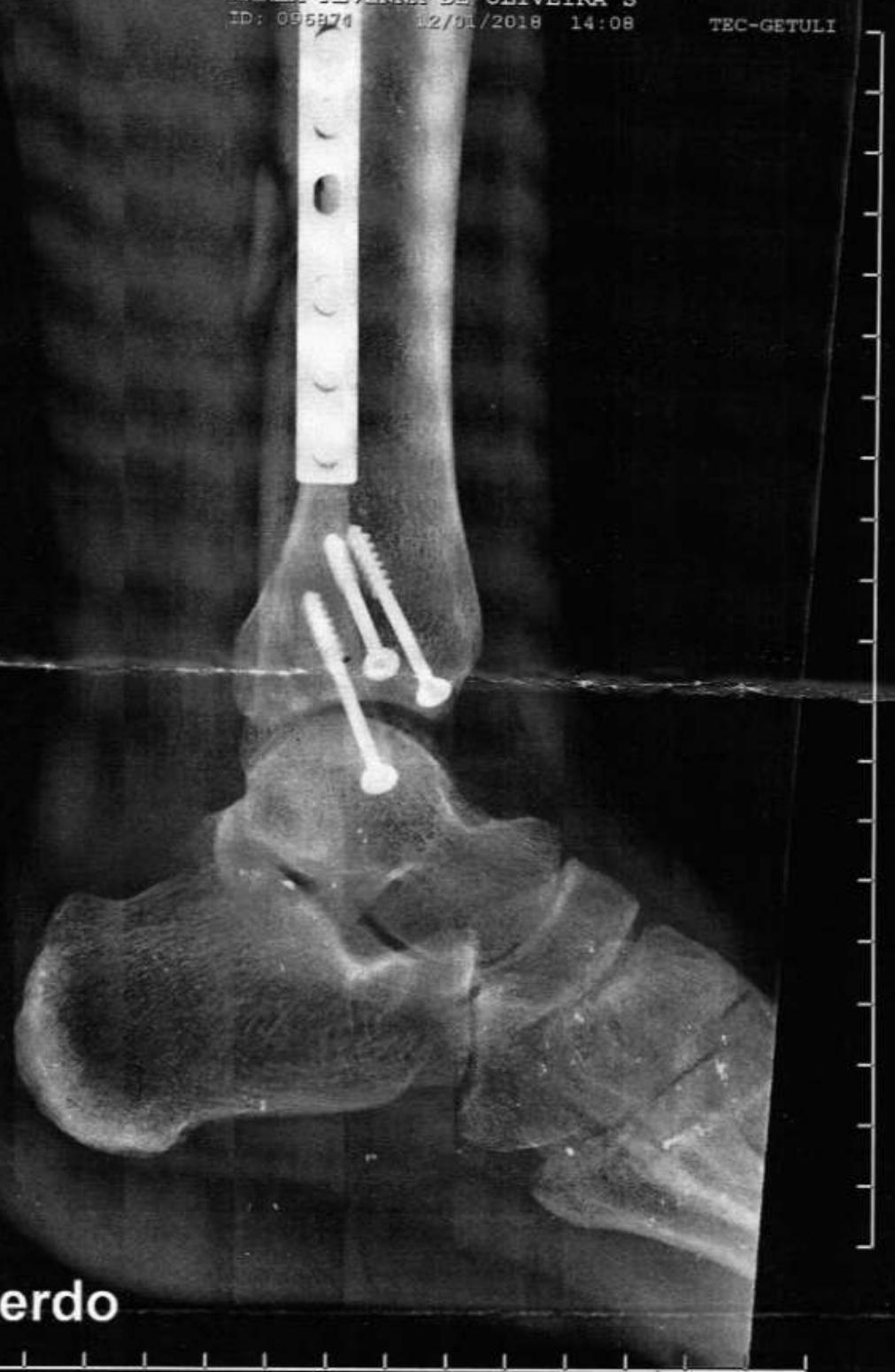


COPIL

KARLA REVENNA DE OLIVEIRA S

ID: 095874 12/01/2018 14:08

TEC-GETULY



Esquerdo

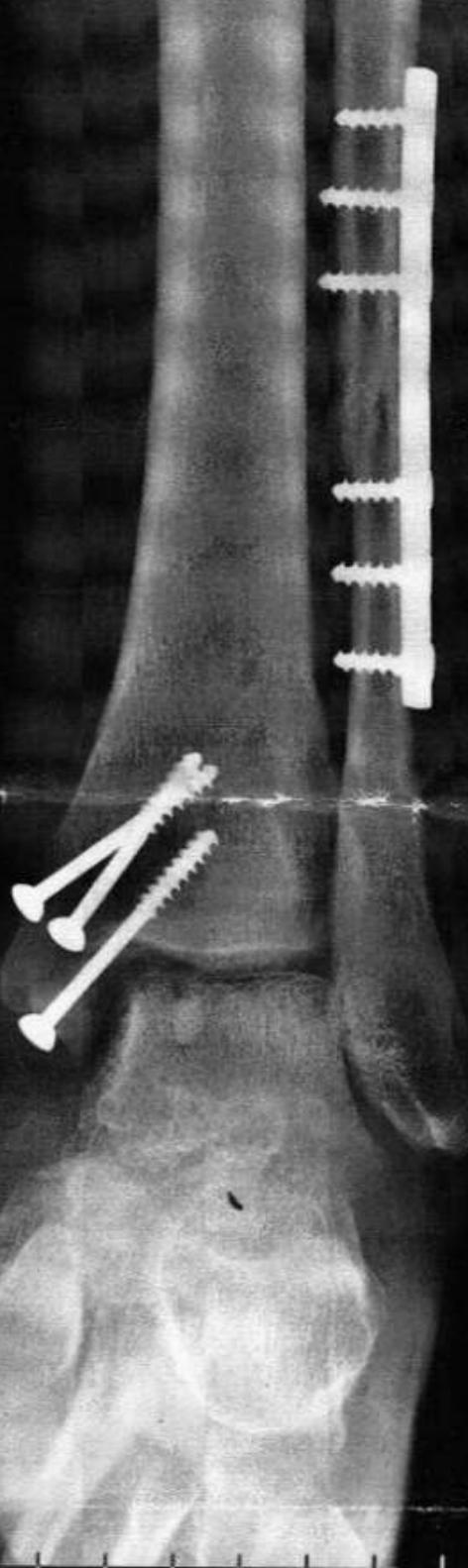
RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:50:29
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310502835900000010704613>
Número do documento: 20081310502835900000010704613

Num. 11298693 - Pág. 15

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



AP
Esquerdo

RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUÍ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:50:29
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310502835900000010704613>
Número do documento: 20081310502835900000010704613

Num. 11298693 - Pág. 16



Perfil Esq.

RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:50:29
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310502835900000010704613>
Número do documento: 20081310502835900000010704613

Num. 11298693 - Pág. 17

CLINICA ORTOPÉDICA DO PIAUI LTDA - COPIL

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



CLINICA ORTOPÉDICA DO PIAUI LTDA - COPIL

RAIS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:50:29
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310502835900000010704613>
Número do documento: 20081310502835900000010704613

Num. 11298693 - Pág. 18

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



RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUI

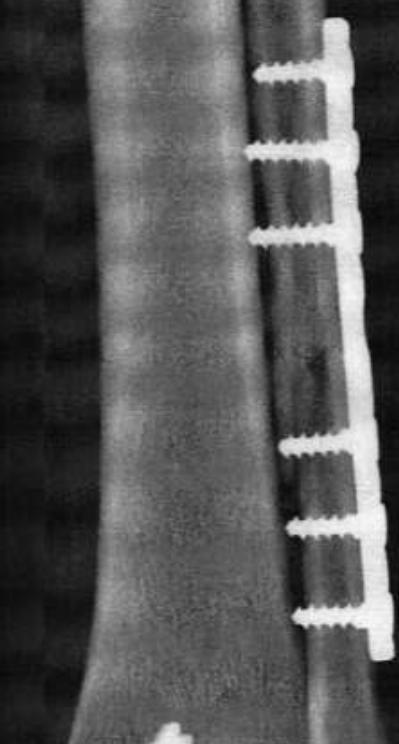


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:50:29
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008131050283590000010704613>
Número do documento: 2008131050283590000010704613

Num. 11298693 - Pág. 19

CLINICA ORTOPÉDICA DO PIAUÍ LTDA - COPIL

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



Esquerdo



RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUÍ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:50:29
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310502835900000010704613>
Número do documento: 20081310502835900000010704613

Num. 11298693 - Pág. 20



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO 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
NOME	KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA
RESIDÊNCIA	
GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA	
CARLOS ALBERTO DA SILVA	
NACIONALIDADE	
TERESINA-PI	
DOC. ORIGEM	30/03/2001
CERT. NASC. 998 L 4AE F 98	
EXP TERESINA-PI 10/05/02	
TERESINA - PI	
600.021.513-40	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83	





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:50:29
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008131050283590000010704613>
Número do documento: 2008131050283590000010704613

Num. 11298693 - Pág. 22



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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:

OUTORGANTE: <u>Teane Pereira de Oliveira</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>Labeler/Leia</u>
Identidade nº: <u>2.063.024 SSP/PI</u>	CPF nº: <u>007.067.673-90</u>	
Endereço: <u>R. Deus Quer S/N Q 19. Casa 28 Bem</u>		
<u>Príncipio, Teresina - PI</u>		
CEP: <u>64.095-010</u>	Telefone: <u>(86) 99982-3093</u>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira

Environ Monit Assess (2007) 131:1–11

Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI

CBE - 703.754.703.44

Profissão: Bacharel em Direito

Tel: +39 0345 4321 / 0333 500 6000

Endereço: Rua Henrique Dias, N° 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-111

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e **constituo** **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 perícia médica e solicitar : agendamento, podendo estabelecer 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 Vítima

Timor-MA 28/11/2018

Local data



- Quattro -



Anexo 1

Reconheço como verdadeira(s) a(s) firmação(s) de
George Pereira de Oliveira
Em Testemunho 9 da verdade
Tunil(MA) 28/3/2012
Ruth Oliveira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446203/18

Vítima: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 600.021.513-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/11/2017

Titular do CPF: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:50:29
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008131050283590000010704613>
Número do documento: 2008131050283590000010704613

Num. 11298693 - Pág. 27



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

Rio de Janeiro, 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, contados 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

Carta nº 13703330

Pag. 00573/00574 - carta_01 - INVALIDEZ



00020287



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: **600.021.513-10**
 Profissão: **Estudante** Endereço: **Rd Deus Quer qd 19** Número: **38** Complemento:
 Bairro: **Bom Princípio** Cidade: **Teresina** Estado: **Piauí** CEP: **64.095-010**
 E-mail: **86/98982-3093**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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** CONTA: **51567** **6**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de incapacidades 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.

MORTE

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

TESTEMUNHAS

Local e Data: **Teresina - PI 03/12/18**
 Nome: **Karla Ravenna de Oliveira Silva**
 CPF: **600.021.513-10**

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Karla Ravenna de Oliveira Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Guilherme Perinach
 Assinatura do Representante Legal (se houver)

Oliveira
 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

FPS.001.V001/2018





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:50:29
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310502835900000010704613>
Número do documento: 20081310502835900000010704613

Num. 11298693 - Pág. 30



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 N°: 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

Data/Hora

23/11/2018 - 19:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. DEP. EZEQUIAS COSTA, N°:

Complemento

490100
490102

Bairro
ANGELIM

ADITAMENTO
(23.11.2017)

Ponto de Referência

PROX. À QUADRA R

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOÃO ROBERTO AMORIM GONÇALVES

RG: 3919505 PI

Mãe: LUISA FERNANDA AMORIM RIBEIRO

Endereço: QD-19, CS-28, RESID. DEUS QUER, N°

Bairro: BOM PRÍNCIPIO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

RG: 4177632 PI

Mãe: GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA

Endereço: O MESMO DO NOTICIANTE, N°

Bairro: BOM PRÍNCIPIO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA

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 PROMORAR. DEPOIS TRANSFERIDA PARA O HUT. (PRONT. 460510). TESTEMUNHA: FRANCISCA DAS CHAGAS OLIVEIRA, QD-0, 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

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

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
João Roberto Amorim Gonçalves
Averbante

Claudio
Cláudio Costa de Sousa
Ag. de polícia
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
Profissão: Estudante
Endereço: Rua Deus Quer Ed 19
Bairro: Bon Princípio
Cidade: Teresina
E-mail:

CPF: 600.021.513-40

Número: 38

Complemento:

Estado: Piauí
CEP: 64.095-010

Tel. (DDD): 86/99982-3093

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO 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 CONTA: 51567 6
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora 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.

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 à região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende à 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, sem a apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação dos efeitos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Local e Data: Teresina - PI 03/12/18
 Nome: Karla Ravenna de Oliveira Silva
 CPF: 600.021.513-40

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Karla Ravenna de Oliveira Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Geuséia Perreira de Oliveira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018





HOSPITAL DE URGENCIA 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



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA		Prontuário: 460510
Mãe: GEANE PEREIRA DE OLIVIERA 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
Responsável: JOAO ALBERTO	Fone: -	
Profissão:	CNS: 898002323833202	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	CPF: - - - RG: -	
End. Local.: - - -	E.Civil: Solteiro(a)	

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	Trajeto?: Não	Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclistico chegou as PS norma, paramentos adequados e cinto de segurança. Nega queda de consciência, e uso de bebidas alcoólicas. Informa uso de cigarro. (1) - Fissuras ósseas (2) - MV @ bilateralmente (3) - Sem tamponamentos extratoos, FC: 80 bpm e FR: 20 ipm; abdome indolor à palpação e pulsos normais (4) - Glengue 15 e impedita extensão e flexão agudos (5) - Escoriações em pé esquerdo e dorso em pé esquerdo.

PA _____ mmHg	Pulso: _____	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT bpm FONDEUDO NÃO VERIFICADO	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID: _____	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de tornozelo, perna e pé esquerdo

<u>ALTA:</u>	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem.
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA: _____</u> HORA: _____
	<input type="checkbox"/> A Pedido		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
<u>ÓBITO:</u>	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> DESTINO: Família	<u>Proced. Solicitado:</u> _____
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<u>CID Compatível:</u> _____
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>Prof. Solicitante</u> Assinatura: _____ Instituição: _____

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/08/2020 10:50:29
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310502835900000010704613>
Número do documento: 20081310502835900000010704613

Num. 11298693 - Pág. 35



Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0675960-2

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marchalito 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SÉFIC 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.

CONTAS FER	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 PRINCÍPIO
CPF: 00027386805349
CEP: 64.095-010 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		KWH	DADOS 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 Médio:	272		Emissão:	11/06/2018
Consumo Faturado:	272	FCAM	Apresentação:	13/06/2018

MÉDIA 12M

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		Posto	Código Pac.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A621243	1.1.1.1	272
DETALHAMENTO CONSUMO				
Mês/Ano consumo				
MAI/18	288	CONSUMO	272 A R\$ 0,46498 =	230,24
ABR/18	589	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		18,90
MAR/18	206	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,68	
FEV/18	194	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	5,08	
JAN/18	281			
DEZ/17	764			
NOV/17	30			
OUT/17	181			
SET/17	167			
AGO/17	163			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
R\$ 272 - 0,579999				

MENSAGENS/IMPORTANTE / REVISÃO DE VENCIMENTO

Mes/Ano **Valor R\$** Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de
05/2018 255,38 energia elétrica a partir de 20/06/2018, em função das contas
revisadas neste período. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SIEON. Informamos
que não existem débitos pendentes e já reembolsados no
mês de MAI - 4.528,13 (valor histórico). Caso tenha efetuado
o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

FATURADO PELA MÉDIA. IMPEDIMENTO DE ACESSO. SUJEITO A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (ART. 87 DA RESOLUÇÃO ANEEL N°. 414/2010).
LIGUF 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

F8EB.04DE.851F.25F7.DESE.15D0.FD49.DADO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	44,95	Base de Cálculo:	230,24
Energia:	85,50	Aliquota 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. Marchalito 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
ESTUDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ 2018
GENTE SEGUROADORA S.A.
0,00 Rua Conselheiro 1714, Centro, 64002-470
04/2018
SEU CÓDIGO
0675960-2
TOTAL A PAGAR - R\$ 245,00
MÊS FATURADO
06/2018
VENCIMENTO
19/06/2018
Nº da Nota Fiscal: **006957306** FCAM

83670000002 6 49140017000 8 0000000675 9 96020618008 0



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



Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

8957468-9

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Reserve especial de Impressão 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 MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	10-12-2018	595	572,93

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 796 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		DATAS DA LEITURA	
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Int.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	D176626		1.1.1.3	620
HISTÓRICO kWh					DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo					CONSUMO 595 A R\$ 0,8544448 = 508,39
OUT/18	597				CONTR. ILUMINACAO PUB. (C05IP) 40,46
SET/18	636				CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00 7,58
AGO/18	632				MULTA POR ATRASO 09/18-00 11,51
JUL/18	540				JUROS POR ATRASO 09/18-00 4,99
JUN/18	762				ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 5,53
MAI/18	584				ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,95
ABR/18	559				
MAR/18	576				
FEV/18	552				
JAN/18	502				
TARIFA COM TRIBUTOS:					
R\$ 596,08 - 0,856756					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ **10/2018 596,08** Informações sobre a suspeita e suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10-12-2018. O seu pagamento pode impedir também a inclusão do nome do consumidor no ICMS. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO (8EE, 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	Aliquota 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

DATA	DATA	DATA	DATA
5,31	10,63	21,25	3,11
6,23	12,45	3,03	0,00

TERESINA-MACAUBA Período de abatimento: 09/2018 Valor: 185,50

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0957468-9	572,93
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
11/2018	10-12-2018

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

Nº da Nota Fiscal: 014295274 FCAM

83670000065 9 72930017000 2 00000000957 1 46891118008 0



SEQ.: 00047 UC: 0957468-9 DT.LEIT.: 28/11/2018 T.ENTR.: 01

LEITURA: 10079 NORMAL TOTAL: 572,93 CARGA: 016

DT.VENC.: 10-12-2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1091

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Ceará 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu maria do carmo procurador da silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754-7031-114,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Karla Ravenna de oliveira 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 comprovação
 Recuso informar

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DEPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**
11 DEZ 2018
**GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Costa e Silveira, nº 463, Loja C
Norte CEP: 64.002-070
Teresina - PI**

Endereço <u>Rua Henrique Dias</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>Vermelha</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 procurador da silva

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca das chagas oliveira,

RG nº 2.934.921, data de expedição 01/09/13,

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 000.676.633-90 com

domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

A-0 BL:16 APT nº 02,

complemento P.d.Alegre, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Kauã Ravennadi oliveira cujo o condutor era

João Roberto Amorim Gonçalves

*Veículo: moto

Modelo: HONDA / Pop 110 I

Ano: 2016

Placa: PIM-8004

Chassi: 9C2J801006R217331

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

Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de
Francisca das Chagas Oliveira
Em Testemunho 28/11/2018
Timon(MA) Ruth Maria de Oliveira
Escrevente Substituta

