

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 22 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190593731**

**Vítima: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA**

**Data do Acidente: 04/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

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

**Senhor(a), IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190593731**

**Vítima: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA**

**Data do Acidente: 04/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190593731**

**Vítima: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA**

**Data do Acidente: 04/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190593731

Vítima: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000096519-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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:	
	066.703.403 - 03	Iara Francisca do nascimento Souza	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo:		CPF:	066.703.403 - 03
Profissão:	Enderço:	Número:	Complemento:
baronete	CJ Dom Melar s/n Qd c-05	05	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Vale Quem Tem	Teresina	PI	64057-560
E-mail:	Tel. (DDD): (86) 99534-6565		

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **3509**  CONTA: **34173**  6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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.

### 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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 do pedido.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância para futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

29 JUL 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Centro - Centro de Resende - RJ - CEP: 265.400-024-70

### 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 - Piauí 29/07/19**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\* Assinatura de quem assina A RODO

**Iara Francisca do nascimento Souza**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

26 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Centro - Centro de Resende - RJ - CEP: 265.400-024-70

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 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.





## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002669/2019-12

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 16/07/2019 - 13:44

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

537788

Data/Hora

04/05/2019 - 03:00

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

543464

Bairro

Município

TERESINA

MORADA DO SOL

**Endereço**

AV. PRESIDENTE KENNEDY, N°:

Complemento

Ponto de Referência

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

**Nome: EDINALDO RIBEIRO DE SOUSA**

RG: 2213060

Mãe: LUIZA RIBEIRO DE CARVALHO

Endereço: QUADRA V, VASA 5, RESID. DOM AVELAR, N°:

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9552-8111

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 AGO 2019

Tipo Envolv.: VITIMA

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
29 JUL 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

**Nome: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA**

RG: 3819958

Mãe: IRENE MARIA DO NASCIMENTO

Endereço: QUADRA V, VASA 5, RESID. DOM AVELAR, N°:

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9570-3929

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O CONDUTOR/NOTICIANTE QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN, ANO 2010, PLACA NIE-0103. PROPRIETÁRIO GABRIEL DE JESUS SILVA, PASSAGEIRA IARA ACIMA QUALIFICADA, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO PASSOU NO SINAL JÁ PASSANDO PARA O VERMELHO, ONDE FOI COLIDIDO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE A VITIMA FOI LESIONADA, SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT, PRONTUÁRIO 510183. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat.  
AGENTE DE POLÍCIA  
Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

*Edinaldo Ribeiro de Sousa*  
EDINALDO RIBEIRO DE SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

# 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 ASI:

CPF da vítima:

066.703.403 - 03

Nome completo da vítima:

Iara Francisca do Nascimento Souza

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

Nome completo:

Iara Francisca do Nascimento Souza

CPF:

066.703.403 - 03

Profissão:

Baronete

Endereço:

CJ Dom Melchior s/n Qd c - 05

Número:

05

Complemento:

Casa

Bairro:

Vale Quem Tem

Cidade:

Teresina

Estado:

PI

CEP:

64057-560

E-mail:

Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

AGÊNCIA: 3509 CONTA: 14173 Dígito: 6

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_

(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.

## 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 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 do pedido.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das perdas permanentes 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 aqueles 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 pago, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 29/07/14

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

Iara Francisca do Nascimento Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura  
CENTRO DE SINISTROS  
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura  
CENTRO DE SINISTROS  
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura  
CENTRO DE SINISTROS  
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura  
CENTRO DE SINISTROS  
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura  
CENTRO DE SINISTROS  
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura  
CENTRO DE SINISTROS  
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura  
CENTRO DE SINISTROS  
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO



Dados do Chamado	01 N° do chamado 528	02 Data do chamado 04 05 19	03 PRO (código) 2908	04 Saída do PA 3:19	05 Chegada ao local 4:10					
Local da Ocorrência	06 Saída do local 04 30	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital						
	10 Endereço Av. presidente Kennedy moreda do sul	11 Bairro Kenedy bairros	12 Municipio-UF	Código IBGE						
	13 Ponto de referência									
Judos do Paciente	14 Nome Isaura Francisca Nascimento	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado								
	16 Idade 22 ANOS 04 J D 96 3 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim    2- Não    9- Ignorado	DEPARTAMENTOS DE CONTEÚDO NÃO VERIFICADO DP 001						
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	29 JUL 2019					
Acidente de Transporte	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	GARANTIA DE SEGURADORA S.A. Capacete: N° 14849 Cinto de segurança: P1 Assento para criança					
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 5 Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5-Obedece a comandos 4-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 117 Resp. PA 110x70 TAX. Sat02 99%	25 Local da lesão	26 AGO 2019				
	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	28 Sangramento 1-Sim 2-Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor    3 Leve    7 Moderada    10 Intensa	30 Fratura 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada 2-Não    3-Suspeito <input type="checkbox"/>	DEPARTAMENTOS DE CONTEÚDO NÃO VERIFICADO DEVAT			
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/curta Colar cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) Rinofaringe b) torácico	26 AGO 2019					
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	2-Não <input checked="" type="checkbox"/>						
	Vitima colisão automóvel contra muro onça de ferro - 100g de ferro cabeça e pescoço fissura óssea lateral preenchido a 8 cm.									
	Philip Aquino Cos Médico AE/TE	Socorristas Médico AE/TE	virginia alexandre	Enfermeiro Condutor	Oliveira Silviano					
	Responsável pela recepção									



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

CURTUMOSA -  
CABURGU CERALOK

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA		Prontuário: 510183
Mãe:IRENI MARIA DO NASCIMENTO CRUZ	Pai:	
End. Resid.: QD V CASA 5 - VALE DO GAVIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 04/10/1996	Idade: 22a7m0d	Sexo: Feminino Fone: 86-99570-3929
Responsável:IRENI	CNS:	
Profissão: GARCONETE	Documento: Reg.Nasc: não porta	
Ens. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 720000	Entrada: 04/05/2019 04:54:47	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Objetivo da Procura			
Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Final/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 26 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	Cor: Indefinido DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 29 JUL 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
História Clas. Risco:			

SSVV: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m<sup>2</sup> Pulso: bmp Pressão:

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR AUTOMÓVEL, TRAZIDA PELO SAMU IMOBILIZADA COM COLAR CERVICAL E PRANCHA CERVICAL. NEXO USO DE CAPACETE. APRESENTANDO DOR INTENSA E ESCORIAÇÕES EM MIE.

- FRAQUEZAS PERVERIAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- BEM BILATERALMENTE, SRA. SPO2: 99%
- RR: 18, HR: 88, FC: 105 BPM, PA: 130/80mmHg
- SÍNCRONIA: 15, ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES
- FRACTURAES EM COXA ESQUERDA, LESÃO CORTOCONTUSA EM DORSO DO PÉ ESQUERDO, FRATURA EXPOSTA EM PERNAS
- DRENAGEM (SIC)

Exames Iniciais:

CID:

## Exames Complementares:

- (1208834) - COXA ESQUERDA
- (1208835) - PERNAS ESQUERDA
- (1208836) - PÉ OU PODODACTILO ESQUERDO

VJ 04/05/19

## Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

## Motivo da Alta/Encerramento:

- (Paciente) (Adulto)

DATA: / / . HORA: : .

Filipe Aquino Costa  
MédicoCRM 7521 DE ALMEIDA MACHADO  
CRM 3811 Em: 04/05/2019 05:04:38

Assinatura Paciente ou Responsável

# 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: 09/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 00000096519-6

---

Nr. da Autenticação C1CAFBBF34309575A

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

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0794804-2

022095369

Nº da Nota Fiscal

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

DATA DE FATURA

DATA DE VENCIMENTO

29-05-2019

TOTAL A PAGAR - R\$

207,07

IRENE MARIA DO NASCIMENTO CRUZ  
CJ DON AVELAR S/N QD V CASA 05 VALE QUEM TEM  
CPF: 000001817774368

CEP: 64.002-470 - TERESINA

DATAS DA LEITURA

Atual:  
Anterior:  
Constante de Multiplicação:  
Consumo Medido:  
Consumo Retirado:  
Forma de Retiramento:

2884  
2790  
1.000  
94  
94  
FCAM

Atual:  
Anterior:  
Próxima Leitura:  
Emissão:  
Apresentação:  
Data de Consumo:

22/05/2019  
23-04-2019  
21-06-2019  
21-05-2019  
22-05-2019  
29

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Ponto Código Faz. Hora Tz

COMERCIAL  
Métrico kWh  
Métrico consumo:  
ABR/19 148  
MAR/19 136  
FEV/19 454  
JAN/19 232  
DEZ/18 145  
NOV/18 156  
OUT/18 66  
SET/18 96  
AGO/18 124  
JUL/18 87  
TARIFA SEM TRIBUTOS:  
94 - 0.522896

CONSUMO 94 A R\$ 0,867083 = 81,50  
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,02  
RELIGACAO A REVELIA 118,55  
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,70

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 AGO 2019

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

**OPÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

Hr/Arc 04-2019 Valor: R\$ 138,21

consumidor sujeita a suspensão do fornecimento de energia a partir de 06-06-2019, se não puder pagar a fatura de consumo, o não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEMSA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavulsada(s) no valor de R\$ 36,471,21 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

3 b

Observado excluir previsão de vencimento da sua fatura em dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre por favor para evitar dias maiores cronica de atrasoamento.

**ALTERADO AO FISCO**

**COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ 455F.8AE9.F814.F295.29FA.4B89.46BB.3491 IMPÔSTOS/TRIBUTOS - R\$**

**Base de Cálculo:**

Energia:	17,14	Alíquota ICMS:	81,50	63,57
Transmissão:	33,09	Valor do ICMS:	22,00%	
Encargos:	5,59	Valor do PIS:		17,93
Impostos:	2,74	Valor do COFINS:	1,40%	0,89
	22,94	INICIADEORES DE CONTINUIDADE:	6,49%	4,12
		FIC		DCM

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	-----------	-------	--------	--------

potenial

ENERGIA

cepisa

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

Faça contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0051869-7

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	02/07/2019	205	208,95

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

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	20555	Atual:	25/06/2019
Anterior:	20350	Anterior:	24/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/07/2019
Consumo Médio:	205	Emissão:	24/06/2019
Consumo Faturado:	205	Apresentação:	25/06/2019

Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:
			32

Classe/Subclasse:	Ligação:	Número Medidor:	Ponto:	Código Pkt.	Média 12 meses:
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	196

HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/19 204	CONSUMO 205 A R\$ 0 918442 = 188,28
ABR/19 178	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,19
MAR/19 243	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,81
FEV/19 297	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,79
JAN/19 365	JUROS POR ATRASO 05/19-00 0,88
DEZ/18 57	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,44
NOV/18 0	
OUT/18 96	
SET/18 299	
AGO/18 232	
TARIFA SDN TRIBUTOS: 0 A 205 - 0,61749?	

#### VENCIMENTO DE REAIS/DE VENCIMENTO/MENSAGEM

LIGUE 0800 066 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

União para estalar pelos dias de vencimento das suas faturas nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos canais de atendimento.

RESERVADO AD FISCO CA09.2008.54C4.130C.185D.EFF8.7664.8374

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	37,03	Base de Cálculo:	188,28
Energia:	71,55	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,10	Valor do ICMS:	50,83
Encargos:	5,92	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	61,68	Valor do COFINS:	1,93

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		DMIC		DIRC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite:	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizada:	0,00			0,00			0,00	
Conjunto: TERESINA-MACAUBA				Período de apuração:	04/2019	R\$:	62,87	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 AGO 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

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 Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tara Franciscos do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.703.403-03 do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima Tara Franciscos do Nascimento inscrita (a) no CPF sob o Nº 066.703.403-03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios: CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número	544	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	Estado	PI	CEP	<u>64000-235</u>
Email			Telefone comercial(DDD)	(86) 99534-6565		

Teresina, 26 de Julho de 2019

Local e Data

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 AGO 2019

+ Nelle Rose Soares Marques  
Assinatura do Declarante

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

## **DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu. Galvão De Jesus Silveira

RG nº 50246232, data de expedição 18/09/15,

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 041.698.643-95,

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua das Forças Resid. Dom Pedro I - T (05), nº 05

complemento essa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Jara Francisca do nascimento Góis, cujo o condutor era  
Edinolfo Ribeiro de Souza.

Veículo: moto Modelo: Honda CG 125 Fan KS Ano: 2010

Placa: NTE-0103 Chassi: 9C2JC4110AR024132

Data do Acidente: 04 / 05 / 19

Local e Data: TERESINA PI 16/03/14

**Assinatura do Declarante**

Assinatura do Declarante  
Assinatura do Condutor  
(caso seja um terceiro que não a vítima reclame)

( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

<b>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO</b>	<b>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO</b>
<b>26 AGO 2019</b>	<b>29 JUL 2019</b>
<b>GENTE SEGURADORA S.A.</b> Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	
<b>GENTE SEGURADORA S.A.</b> Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	



<b>Côrdoa Therizades Sampaio Notaria Pública</b> <small>Rua Leônidas Ribeiro, n.º 1025 - Centro - CEP 64001-000 - Telefone (86) 3221-0759 - E-mail: <a href="mailto:cordoba@tjpi.jus.br">cordoba@tjpi.jus.br</a></small>	<b>TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS</b> <small>Nas Lojas do Paço, n.º 1025 - Centro - CEP 64001-000 - Telefone (86) 3221-0759 - E-mail: <a href="mailto:teresina@tjpi.jus.br">teresina@tjpi.jus.br</a></small>
<i>Jurada: Anatolia Gonçalves de Sampaio Peixoto</i>	
<b>RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GABRIEL DE JESUS SILVA, DOU FE. EM TEST. <u>G</u> DA VERDADE.</b> <b>Teresina-PI, 16/07/2019.</b> <b><a href="http://www.tjpi.jus.br/portalextra">www.tjpi.jus.br/portalextra</a>.</b>	

ESTÓRIO F. OFICIO DE NOTA  
**CONSULTE O SELC  
DIGITAL**

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º Ofício de Notas  
Alessandro Alves de Sousa  
Escrivão Autônomo  
Teresina - PI



# CLÍNICA MACHADO

Dr. Edimar

## RELATÓRIO MÉDICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Guilherme de Souza, 465 Log. C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Relacionado que o senhor Francisco do  
Nascimento soube, foi vítima de acidente de  
transito, fato ocorrido em 04-08-19 às 03:00hs  
Tendo sofrido forte trauma que atingiu CURSAN-  
GO e que fraturou exposta da tíbia esquerda  
de aproximadamente 10cm nos tecidos  
espinhosos, onde foi realizada cirurgia  
removendo a fratura de osteosíntese que se en-  
contrava profundamente e fios eletrônicos  
compondo o tendão calcâneo fibrocartilaginoso.  
Com a fratura definitiva, pelo lado direito  
seguiu-se forte dor, limitando  
o movimento, que se agravou ao  
desenvolvimento do edema articular  
devido ao processo inflamatório  
de 85%, ~~estimado~~

Dr. Edimar Machado da Silva  
Cl. Geral e Cirurgia Geral  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-M-  
9933-0929/9532-1987/8827-3731

21.08.19

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente à praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



Dados do Chamado	01 N° do chamado 528	02 Data do chamado 04/05/19	03 PRO (código) 2908	04 Saída do PA 19:19	05 Chegada ao local 19:10	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 04/30	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Av. presidente Kennedy moreta do sol	11 Bairro Kennedy bairros	12 Município-UF	Código IBGE		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência					
Ambiente de Transporte	14 Nome Ivana Francisca Nascimento Souza	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado				
Exame Físico	16 Idade 22 ANOS 04/10/96	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim    2- Não    9- Ignorado	DEPARTAMENTOS DE CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 29 JUL 2019	
Assistência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado		
Hospital de Destino	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamento de segurança Capacete - Non-Airbag 465 Lbs Cinto de segurança - P Assento para criança		
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 4- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 117 Resp. PA 110x70 TAX. SatO2 99%	25 Local da lesão 	
	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor    3 Leve    6 Moderada    9 Intensa    10	30 Fratura <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada 2- Não 3- Suspeito	
	31 Procedimentos realizados Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/>	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Glicose 260 mg/dL Rinofaringite 100% Nao Removido	
	<p>Vítima colisão automóvel contra mureta de proteção espalda 12 cm. entidade ferida na face direita com escoriação e sangramento profundo + 8 cm.</p> <p>Vitória</p>					
	Responsável pela recepção Time Admto Cos Médico AE/TE		Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor	Eduardo Silveira Silveira	



Melton

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 AGO 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

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

NOME DO PACIENTE: Jana Francisca do Nascimento Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510183

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.

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA		Prontuário: 510183
Mãe:IRENI MARIA DO NASCIMENTO CRUZ	Pai:	
End. Resid.: QD V CASA 5 - VALE DO GAVIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 04/10/1996	Idade: 22a7m0d	Sexo: Feminino Fone: 86-99570-3929
Responsável: IRENI	CNS:	
Profissão: BARCONETE	Documento: Reg.Nasc: não porta	
G. Instrução: Não Informado	E.Civil: Casado(a)	

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Dígito: 720000	Entrada: 04/05/2019 04:54:47	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura			
Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 26 AGO 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	Cor: Indefinido DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 29 JUL 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
História Clas. Risco:			

SSVV: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão:
---------	----------------	-----------------------------	---------	----------

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR AUTOMÓVEL, TRAZIDA PELO SAMU IMOBILIZADA COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. NEGA USO DE CAPACETE. APRESENTANDO DOR INTENSA E ESCORIAÇÕES EM MIE.

EXAMES AEREAIS PERTIVAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

BILATERALMENTE, SRA. SPO2: 99%

ST: 27, BNE: SS. FC: 105 BPM, PA: 130/80mmHg

ABDOMEN: 15, ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES

ESCORIAÇÕES EM CIXA ESQUERDA, LESÃO CORTOCONTUSA EM DORSO DO PÉ ESQUERDO, FRATURA EXPOSTA EM PERNAS (SIC)

Exame Trajetário:

CID:

## Exames Complementares:

1208334) - COXA ESQUERDA  
1204535) - PERNAS ESQUERDA  
1208636) - PÉ OU PODODACTILO ESQUERDO

## Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

## Motivo da Alta/Encerramento:

Motivo (Adulto)

DATA: / / . HORA: : .

CRM 3811 Em: 04/05/2019 05:04:38  
ENFERMEIRO DE ALMEIDA MACHADO

Assinatura Paciente ou Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA NO.: 41795 - Em: (04/05/2019)**

Aendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt.Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Lato:	Médico Assistente:
720000	510183	LARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA	04/10/1996	SALA VERDE			WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
Evolução:	Hora:						
Saq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons.:	Dil. Vol.:
Dieta	ORAL TIPO ORAL ZERO,						Horários:
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h		
2	DIPRIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD	<i>(D) 1/2</i>
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Ampola	EV	12/12h	SF 0,9%	<i>100ml 1/5</i>
							<b>RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:</b>
							<i>7</i>
							<i>7</i>
							<b>Diagnóstico/Comorbidades:</b>
							<i>5</i>

Observações Gerais:

CCCG + SSIV

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

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

*FP*  
Filipe Aquino Costa  
Médico  
CRM-PI 17577

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 AGO 2019

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

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

PACIENTE - Nome: Sara Francisca do Nascimento Souza  
 Nº AIH: 238344  
 Nº do Prontuário: 510183 Data da Internação:  
 Procedimento Médico Realizado:  
 Indicador de Compatibilidade:  
 MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Durval  
 CRM Nº \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_  
 DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 04/05/2019 DATA DA ALTA: / /

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
26 AGO 2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
29 JUL 2019

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

Código Ropm Nº	DESCRIPÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
-------------------	--

**IMPOL INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA**  
Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema- SP - Brasil

FIXADORES EXTERNOS  
FIXADORES LINEAR ESTÉRIL - IMPOL  
FIXADOR LINEAR ROFA II  
350MM X 200MM  
MATERIAL ASTM F859 NBR 209

REGISTRO ANVISA: 10108770128  
RESP. TÉC. Roberto L. Paiva - CREA 5060831163  
CLASSE I QTD: 1  
REF.: 0933-001-350 LOTE: 0135/1018



\*

0

0

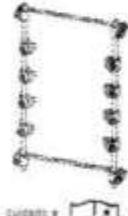
9

5

8

1

\*



STERILE R

11/2

**IMPOL** INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA

Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema- SP - Brasil

11/2019

PINO E FIO RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS  
PINO DE SCHANZ  
PINO DE SCHANZ Ø 5,0 X 180 MM - ROSCA 50 MM  
VAL: 11/2 TAM: Ø5,0 X 180MM  
MATERIAL ASTM F138  
REGISTRO ANVISA: 10108770114  
RESP. TÉC. Roberto L. Paiva - CREA 5060831163  
CLASSE: III QTD: 8  
REF.: 0920-005-180 LOTE: 0058/1118



\*

0

0

9

6

3

9

\*



STERILE R



STERILE R

Durval Tercio Nunes Leal

ORTOPÉDIA-TRAUMATOLOGIA

Comunicamos ao Fornecedor que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

CRM-PI/1905 CRM-MA/3630

Teresina 04 de maio de 2019

Nome do Hospital: HUT

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

Assinatura: W

Cargo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO DE OPME**  
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Lara Francisca do Nascimento Souza

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Durval

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: Front - 510183

CÓDIGO OPME:

JUSTIFICATIVA:

*Justificativa: O paciente é portador de lesão na articulação do joelho esquerdo, com limitação de movimento e dor ao peso corporal. Foi realizada cirurgia de artroscopia e remoção de menisco. O paciente apresenta dificuldade para caminhar e se locomover devido à limitação articular. A necessidade de órtese é para auxiliar no suporte da articulação e promover a recuperação funcional.*

Teresina, 04/05/2019

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, / /

Assinatura do Médico Solicitante



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Iara Francisca do nascimento Souza		
Diagnóstico pré-operatório	Lixo Myos resec Tres ece		
Operação - Tipo	Uva + Sutur Ceco Ido + Osteo		
Cirurgião	Diretor Tercio Nunes Leal ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1995 CRM-MA 3636	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Dayana	Anestesista	Manuela
Anestésico(a)		Anestesia	Raqui
Data da Operação	04.05.19	Inicio	09:20h
Diagnóstico Pós-operatório	Uva 20 resecado Tua e Fractura 20 resecado		
Relatório Imediato do Patologista	<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 23 JUL 2019</p> <p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>		
Acidente Durante a Operação	<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 26 AGO 2019</p> <p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>		

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

Primeros los futuros 111111  
+ Autosepta vte colecte  
cavos, con Tua e resecado  
+ Sutur muscular + Osteo  
fractura Tua resecado 20  
resecado + sutur +  
cicatriz  
ossi 304 resecado Tua  
Nº 04 111111 Tua  
Tua Autosepta e 10gadas

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04 / 05 / 2019

NOME DO PACIENTE: <i>Sara Fca - do Nascimento Souza</i>		APONTUÁRIO Nº: 510183
DIAGNÓSTICO:	<i>Ulc Per e peso</i>	CIRURGIA: <i>Opco t</i>
ANESTESIA:	<i>Raqui</i>	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO:	<i>Durval</i>	CPF Nº:
AUXILIAR:	<i>Durval Tercio Nunes Leal</i>	CPF Nº:
ANESTESIA/H.A.	<i>Manuela</i> CRM-MA 3636	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	<i>Dayana</i>	CPF Nº:

*DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO*

*23 JUL 2019*

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	02
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 415		PAR	04
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 410		PAR	04
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	10
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE		ML	200
ALGODÃO	BOLA	/		PVPI TÓPICO		ML	100
ÁGUA OXIGENADA	ML	500		PVPI TINTURA		ML	/
COMPRESSA	PAC.	07		SERINGA 20CC		UNID.	03
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	/		SERINGA 10CC		UNID.	03
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC		UNID.	/
ESCALPE Nº	UNID.	/		SERINGA 3CC		UNID.	/
FORMOL	ML	/		SORO FISIOLÓGICO		FRASCO	10
GASES	PAC.	20		SONDA URETRAL		UNID.	/
JELCO Nº	UNID.	/		Prepon		UNID	05
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Elétrodes			UNID 05
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Anelares			UNID 04
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				25 AGO 2019			
ALCOFIL				GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cachorro de Rosende, 665 Loja C Centro Nortz CEP: 64002-470 Teresina-PI			
MONONYLON 2-0	UNID			ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <i>Gericiesha</i>			
VICRYL							
PROLENE							





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

138344  
No. da Autorização de Internamentos de Sinistros (AIB)

DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

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

RESERVADO



**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



Fundação Municipal de Saúde

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

12510183

Número do Paciente

*Jane Fcs fo paciente com TE extenso ext.*

Diagnóstico pré-operatório

*Lesão por tração + descolamento IT-V articular*

Operação - Tipo

*TEmoroplastia d/ exerto + microcirurgia mofie d/ fratura*

Cirurgião

*Osvaldo Mendes Filho*

1º Assistente

*+ Reposit. c. fixador*

2º Assistente

*Osvaldo Mendes Filho*

3º Assistente

*+ fix.*

Instrumentador(a)

*George D*

*CRN-PI 2108 / RQE 152/1061*

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

*29 JUL 2019*

Relatório Imediato do Patologista

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

*25 AGO 2019*

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

Acidente Durante a Operação

*um corte.*

*Vej*

### Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Antes de se fazer o corte, coloca coupois
- Tira os 2 planos
- O furo é feito devendo ser feita a
- Retirada exerto fo + anterior
- Realizou recortagem em sur fechado
- extensor do II - IV dedo - Reposic. Fix
- Microcirurgia mofie fo + fix
- Coloca sutura, cravo
- envolve o corte

*Dr. Osvaldo Mendes Filho  
Ortopedia / Cirurgia da Mão  
CRN-PI 2108 / RQE 152/1061*

**FHT**Fundação Hospitalar  
de Teresina**SUS**Prefeitura de  
**Teresina**

Fls Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**DATA 14/05/2019NOME DO PACIENTE: Janaína da Silva PRONTO-UNIFORME Nº: 560693DIAGNÓSTICO: RELAÇÃO TEMPORAL EXT. + IESTÔMICO MÉDICA: Teresina  
10/05/2019 N.º DA SALA: 06 ENFERMEIRO: Geórgio

ANESTESIA:

CIRURGIÃO: Geórgio Roda CPF Nº: 01.000.000-00  
CRM-PI 2100 / RQE 152/1991

AUXILIAR:

ANESTESIA:

INSTRUMENTADORA: Geórgio CPF Nº: 01.000.000-00
 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	UNID.	GENTE SEGUROADORA S.A. Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	QUANT. SE PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	200	UNID.	01	06
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 80	PAR	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 75	PAR	PAR	06	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	20		PVP DE GERMANTE	ML	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVP TÓPICO	ML	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVP TINTURA	ML	ML	50	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	UNID.	01	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO					
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.								
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.								
CAT. GUT. CROMADO C/AG.								
CAT. GUT. CROMADO S/AG.								
ALCOFIL								
MONONYLON								
FITA UMBILICAL								
VICRYL								
PROLENE								
				ENFERMARIA:				
				CIRCULANTE:				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 AGO 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

ENFERMARIA:

 Geórgio Roda  
2039



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	3.819.958	DATA DE EXPEDIÇÃO
TARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA		
FILIAÇÃO		
IRENE MARIA DO NASCIMENTO EDINALDO RIBEIRO DE SOUSA		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
TERESINA-PI	04/10/1996	
DOC. ORIGEM		
CERT. NASC. 716 L A01 F 179		
EXP TERESINA-PI 14/01/00		
CPF		
TERESINA-PI	ASSINATURA DO DIRETOR	
066.703.403-03		
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83		



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 AGO 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

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	3.819.958	DATA DE EXPEDIÇÃO 21/11/12
NAME	IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA	
FILIAÇÃO	IRENE MARIA DO NASCIMENTO EDINALDO RIBEIRO DE SOUSA	
NATURALIDADE	TERESINA-PI	DATA DE NASCIMENTO 04/10/1996
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 716 L A01 F 179	
CPF	EXP TERESINA-PI 14/01/00	
TERESINA-PI	066.703.403-03 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83		

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190593731      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA      **Data do acidente:** 04/05/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Ferimentos cortantes extensos em região anterior e lateral da perna esquerda com lesão de nervo fibular e tendões extensores do 2º ao 5º pododáctilos esquerdos.

**Descrição do exame físico:** Apresenta atrofia muscular, diminuição importante de força para extensão do tornozelo e dedos do pé esquerdo, redução da flexão plantar, flexão e extensão do 1º ao 5º pododáctilos esquerdos. Refere área de anestesia em região lateral da perna e dorsal do pé esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico em 04/05/2019 para limpeza dos ferimentos e sutura, posteriormente em 14/05/2019 com limpeza mecânica cirúrgica, enxerto, reconstrução dos tendões extensores, tenorrafia e neurorrafia.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Av. Coimbra de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

### PROCURAÇÃO PARTICULAR

#### **OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)**

RG: 3.819.958	ORG. EMISSOR: SSP / PI	D. EXPEDIÇÃO: 21/11/12
CPF: 066.703.403-03	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Funcionário
ENDEREÇO: GJ dom Arlindo 31/n av casa 05	Nº:	
COMPLEMENTO: casa	BAIRRO: Do Vale quem Tem	
CIDADE: Teresina ESTADO: PI	CEP: 64057560	TELEFONE:

#### **OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)**

RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSP / PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Recusar-me
ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro	Nº: 500	
BAIRRO: Centro Norte	CIDADE: Teresina	UF: PI
		CEP: 64.000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Jana Francisco do Nascimento Sousa

Data do acidente de trânsito: 04/05/19.

Cobertura da vítima: Falei dez

LOCAL / DATA: Teresina Piauí 18/06/2019

**3º OFÍCIO**

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUL 2019

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

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Eduardo Denis do Vale Barreto  
Escrivão Autorizado  
Teresina-PI

Cartório  
Themistocles  
Sampaio  
3º Ofício de Notas

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Lourival Negreiros, 1229 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0100 - E-mail: [aventureiro@cartoriosampaio.com.br](mailto:aventureiro@cartoriosampaio.com.br)

Filial: Anatolia Gonçalves de Sampaio Freire

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE IARA FRANCISCA DO  
BASCIMENTO SOUSA, DOU FÉ. EM TESTE EDUARDO DENIS DO VALE BARRETO DA VERDADE.  
Teresina-PI, 18/06/2019.  
Selo: AAD22946-XXNS  
[www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra).

EDUARDO DENIS DO VALE BARRETO-Escrivente Autorizado  
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:48  
PROCURACAO PARTICULAR PESSOA FISICA

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
COMO SE CIGELO  
DIGITAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

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

### PROCURAÇÃO PARTICULAR

#### OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

<b>NOME:</b> Jana Francisca do nascimento Sousa	<b>RG:</b> 3.819.958	<b>ORG. EMISSOR:</b> SSP / PI	<b>D. EXPEDIÇÃO:</b> 21/11/12
<b>CPF:</b> 066.703.403-03	<b>ESTADO CIVIL:</b> Solteira	<b>PROFISSÃO:</b> Funcionária	
<b>ENDEREÇO:</b> Rua Dom Antônio Suaiva 1005		<b>Nº:</b>	
<b>COMPLEMENTO:</b> Centro		<b>BAIRRO:</b> Do Vale que m Tem	
<b>CIDADE:</b> Teresina	<b>ESTADO:</b> PI	<b>CEP:</b> 64.057-500	<b>TELEFONE:</b>

#### OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

<b>NOME:</b> Nelle Roze Soares Marques	<b>RG:</b> U.119.262	<b>ORG. EMISSOR:</b> SSP / PI	<b>D. EXPEDIÇÃO:</b> 23/09/14
<b>CPF:</b> 840.173.173-91	<b>ESTADO CIVIL:</b> Solteira	<b>PROFISSÃO:</b> Recuso-me	
<b>ENDEREÇO:</b> Rua 24 de Janeiro		<b>Nº:</b> 544	
<b>BAIRRO:</b> Centro Norte	<b>CIDADE:</b> Teresina	<b>UF:</b> PI	<b>CEP:</b> 64.000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

Jana Francisca do nascimento Sousa

Data do acidente de trânsito : 04/05/19.

Cobertura da vítima : Falecida

LOCAL / DATA : Teresina Piauí 18/06/2019

3º OFÍCIO

Jana Francisca do nascimento Sousa

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

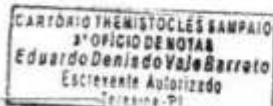
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 AGO 2019

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

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES Sampaio  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Eduardo Denídeo Vale Barreto  
Escrivão Autorizado  
Teresina-PI



Cartório  
Themistocles  
Sampaio  
3º Ofício de Notas

**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**

Rua Iacóca Negreiros, 725 - Centro - CEP: 64000-202 - Teresina-PI - Fone: (085) 3221-0159 - E-mail: atendimentocartorio@cartoriosampaio.com.br

*Assinatura: Themistocles Sampaio Pessana*

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JARA FRANCISCA DO  
BASCIMENTO SOUSA, DOU FÉ. EM TESTIMÔNIO DA VERDADE.  
Teresina-PI, 18/06/2019.

Selo: AAD22946-XXES

[www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra)

EDUARDO DENIS DO VALE BARRETO-Escrivão Autorizado  
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:48  
PROCURAÇÃO PARTICULAR PESSOA FÍSICA

**CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
COM PROVÉGIO  
DIGITAL**

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293298/19

**Vítima:** IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUS

**CPF:** 066.703.403-03

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/05/2019

**Titular do CPF:** IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA : 066.703.403-03

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: 26/08/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0365523/19

**Vítima:** IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUS

**CPF:** 066.703.403-03

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/05/2019

**Titular do CPF:** IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91**

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

**IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA : 066.703.403-03**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190498900**

Nome do(a) Examinado(a): **IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a): **CJ DOM AVELAR - Teresina - PI - CEP 64057-560**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **3819958**

Data e local do acidente: [ **04/05/2019** ] **Teresina -PI**

Data e local do exame: [ **05/09/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Lesão dos tendões extensores do 2º ao 5º pododáctilos e do nervo tibial à esquerda.*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Ao exame, vítima apresenta atrofia muscular no membro inferior esquerdo e limitação severa dos movimentos do tornozelo e pé esquerdos.*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [   ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Submetido a tratamento cirúrgico com tenorrafia e neurorrafia. Evoluiu sem intercorrências.*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[   ] Sim [ **X** ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em **90** dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

*Não há tempo hábil para consolidação da lesão.*



Dr. SOARES BARBOSA BEZERRA  
MÉDICO  
CRM-PI 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI