
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

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

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



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, retorne 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.

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 Sousa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Iara Francisca do Nascimento Sousa		066.703.403-03	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
carconete	CS Dom Avelar SIN ODU 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).

RENDA MENSAL:

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

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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 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.

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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 29/07/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Iara Francisca do Nascimento Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002669/2019-12

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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRESIDENTE KENNEDY, Nº:

Complemento

Data/Hora

04/05/2019 - 03:00

Bairro

MORADA DO SOL

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, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9552-8111

Tipo Envolv.: CONDUCTOR DE VEICULO/Noticiante

Nome: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA

RG: 3819958

Mãe: IRENE MARIA DO NASCIMENTO

Endereço: QUADRA V, VASA 5, RESID. DOM AVELAR, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9570-3929

Tipo Envolv.: VITIMA



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 VEICULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE A VITIMA FOI LESIONADA, SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT, PRONTUÁRIO 510183. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat.

AGENTE DE POLÍCIA

Almirallice R. Lebre Carlos

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

Delegado de Polícia

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 Sousa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
Iara Francisca do Nascimento Sousa	066.703.403-03		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Carconete	C/ Dom Anelau s/nº Quad 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).

RENTA 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) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ 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 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.

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 do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

Local e Data, Teresina - Piauí 29/07/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Iara Francisca do Nascimento Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

Assinatura

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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - N.º 64.002-470
Teresina - PI



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 528	02 Data do chamado 04/05/19	03 PRO (código) 2908	04 Saída do PA 9:59	05 Chegada ao local 9:10
	06 Saída do local 09:30	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. presidente Kennedy Avenida do sul	11 Bairro Kennedy Leões		12 Município-UF Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome Iara Francisca Nascimento			15 Sexo 1-Masculino 2-Feminino 3-Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/>
	16 Idade 22 ANOS 04/10/96	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 15 - Exames complementares 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico				
Acidente de Transporte	19 Vitima 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		23 Glasgow = 15		
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 117 Resp. 18x70 PA 110x70 TAX. 99% SatO2 99%		25 Local da lesão		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
Assistência	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não		31 Procedimentos realizados 1 - Sim 2 - Não		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado		
	34 Óbito 1-Sim 2-Não		35 Observações Interdisciplinares		
36 Responsável pela recepção 37 Socorristas Médico 38 Enfermeiro 39 Condutor					

DEPARTAMENTOS DE MINISTRO
DP 013
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019

DEPARTAMENTOS DE S
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIF
26 AGO 2019
ENTE SEGURADORA S
de Coelho de Resende, 465 Log C
Centro, Norte, CEP: 64.002-470
Teresina - PI
Não Removido

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Getúlio Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA - C.C.
CIRURGIA ORTODONTICA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 04/05/2019 05:04:39

(User: WILLIAM MACHADO)

(Estação: CONSULPA03)

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: GARÇONETE	Documento: Reg.Nasc: nao porta		
G. 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
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:	Cor:
		Indefinido

História Clás. Risco:



SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão:

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

VEIA AEREA PERVIAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

EXAME BILATERALMENTE, SRA. SPO2: 99%

TA: 130/80mmHg

GLAUCOMA: 15, ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES

ESCORIAÇÕES EM COXA ESQUERDA, LESÃO CORTOCONTUSA EM DORSO DO PÉ ESQUERDO, FRATURA EXPOSTA EM PERNAS

ESCORIAÇÃO (SIC)

Outros Exames:

Exames Complementares:

- 11208934) - COXA ESQUERDA
- 11208935) - PERNAS ESQUERDA
- 11208936) - PÉ OU PODODÁCTILO ESQUERDO

Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

Motivo da Alta/Encerramento:

Encerramento (Adulto) DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

Filipe Aquino Costa
Médico

CRM 3811 Em: 04/05/2019 05:04:38

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: 000000096519-6

Nr. da Autenticação C1CAFBF34309575A

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.201.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de inscrição autorizado pela SEFAZ/PI/98

Nº da Nota Fiscal 023654306

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

CONTA MÊS JUNHO/2019 VENCIMENTO 02/07/2019 CONSUMO (kWh) 205 TOTAL A PAGAR (R\$) 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 Medido:	205	Emissão: 24/06/2019
Consumo Faturado:	205 FCAM	Apresentação: 25/06/2019
Forma de Pagamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fst.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	196

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 205 - R\$ 617437

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 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.

RESERVADO AO FISCO CA09.200B.54C4.130C.185D.EFF8.7664.8374

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	37,03	Base de Cálculo:	188,28 137,44
Energia:	71,55	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,10	Valor do ICMS:	50,83
Encargos:	5,92	Valor do PIS:	1,93
Tributos:	61,68	Valor do COFINS:	8,92

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DRC			FIC			DMIC	DCRI
	Manual	Trimestral	Anual	Manual	Trimestral	Anual	Manual	Manual
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunta	TERESINA-MACAUBA					Período de apuração:	04/2019	RUSD: 62,87

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/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 Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tara Francisca De Vasconcelos Sousa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 066.703.403/03 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Tara Francisca De Vasconcelos Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.703.403/03, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

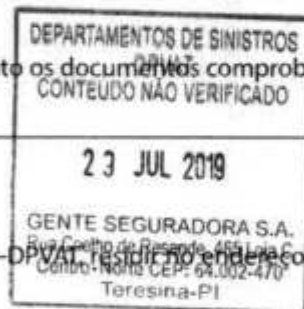
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Salto</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina, 26 de Julho de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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, Gabriel De Jesus Silva
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 Quatorze Resid Dom Avelar O-T-C-05 nº 05
complemento base, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Sara Francisca do Nascimento Sousa cujo o condutor era
Edinaldo Ribeiro de Sousa
Veículo: moto Modelo: Honda/CG125 FAN KS Ano: 2010
Placa: NTE-0103 Chassi: 9C2JC4110AR024132
Data do Acidente: 04/05/19

Local e Data: TERESINA PI 16/07/19

Gabriel de Jesus Silva

Assinatura do Declarante

Edinaldo Ribeiro de Sousa

Assinatura do Condutor

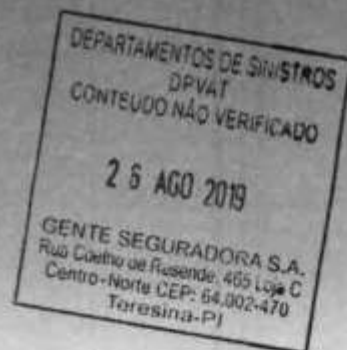
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CONSULTE O SELCO DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Sousa
Escritor Autorizado
Teresina-PI

RELATÓRIO MÉDICO



Atendendo ao paciente, foi realizado o atendimento de urgência, fato ocorrido em 04.08.19 às 03:00hs. Tendo sofrido forte trauma que alié, cursando com fratura exposta da tíbia esquerda da articulação da coxa não reduzida. Externos, onde foi realizada cirurgia urgente a fim de orcostomias e seções plásticas profundas e fios eletrônicos com acompanhamento com fisioterapia, com alta definitiva, porém com sequelas: fortes dores, limitação do movimento, com sequelas de encurtamento do membro atingido. Com capacidade funcional de 85%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Edimar Machado da Silva
21.08.19

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MG
9933-0929/9532-1987/8827-3736

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



**SAMU
192**

01 N° do chamado

02 Data do chamado

03 PRO (código)

04 Saída do PA

05 Chegada ao local

06 Saída do local

07 Chegada ao 1º hospital

08 Saída do 1º hospital

09 Chegada ao 2º Hospital

10 Endereço

11 Bairro

12 Município-UF

Código IBGE

13 Ponto de referência

14 Nome

15 Sexo

16 Idade

17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?

18 Tipo de ocorrência

19 Vitima

20 Meio de locomoção

21 Outra parte envolvida

22 Equipamentos de segurança

23 Glasgow

RESPOSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

24 Sinais Vitais

25 Local da lesão

26 Pupilas

27 Pulso

28 Sangramento

29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10

30 Fratura

31 Procedimentos realizados

32 Hospital de Destino

33 Condições de entrada

34 Óbito

Observações Interdisciplinares

Responsável pela recepção

Socorristas Médico

Enfermeiro



Alton

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

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

NOME DO PACIENTE: Sara 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".

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Gtto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

URUPA - 2019
GRUPA - 0001

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 04/05/2019 05:04:39

(User: WILLIAM MACHADO)

(Estação: CONSULPA03)

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: GARCONE	Documento: Reg.Nasc: nao porta		
Q. 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
Ativo 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:	Cor:
		Indefinido
História Clás. Risco:		

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

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

SSVV: (Hora: :)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão:
---------------	----------------	-----------------	------------	----------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE 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.

EXAMEN AEREA PERVIAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

EXAMEN BILATERALMENTE, SRA. SPO2: 99%

EXAMEN ST, BNF, SS. FC: 105 BPM, PA: 130/80mmHg

EXAMEN: 15, ISOCÓRICAS FOTOREAGENTES

EXAMEN: LESÃO CORTOCONTUSA EM DORSO DO PÉ ESQUERDO, FRATURA EXPOSTA EM PERNA ESQUERDA (BIC)

Exame Principal:

CID:

Exames Complementares:

- 1208834) - COXA ESQUERDA
- 1208835) - PERNA ESQUERDA
- 1208836) - PÉ OU PODOACTILO ESQUERDO

Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

Motivo da Alta/Encerramento:

Alta (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Filipe Aquino Costa
Médico

CRM 3811 Em: 04/05/2019 05:04:38



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Atendimento	Prevenção:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
720000	510183	IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA	04/10/1996	SALA VERDE			WILLIAM DE ALMEIDA MACEDO		
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:					
Hora:									
Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo ORAL ZERO,								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Ampola	EV	12/12h		SE 0,9% 100 ml		

Observações Gerais: CCGG + SIVV

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

Filipe Aquino Costa
Médico
CRM-PI 7527

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 Sousa
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:** 1/1/2019

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

Código Ropm
Nº

DESCRIÇÃO 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

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
TAM 350MM X 200MM
MATERIAL: ASTM F899, NBR 208

PINO E FIO RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS
PINO DE SCHANZ
PINO DE SCHANZ Ø 5,0 X 180 MM - ROSCA 50 MM
TAM Ø 5,0 X 180MM
MATERIAL: ASTM F138

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

REGISTRO ANVISA: 10108770114
RESP. TÉC. Roberto L. Paiva - CREA 5060831163
CLASSE: III QTD: 8
REF.: 0920-005-180 LOTE: 0058/1118



produto de uso único, proibido reprocessar, destruir após o uso. **manuseio, referências veja instruções de uso.**

produto de uso único, proibido reprocessar, destruir após o uso. **manuseio, referências veja instruções de uso.**

STERILE R

STERILE R

Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3955 CRM-MA 5636

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

Teresina 04 de maio de 2019

Nome do Hospital: MUT

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Nome: _____

SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Sara Francisca do Nascimento Sousa

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Durval

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: Pront - 510183

CÓDIGO OPME: _____



JUSTIFICATIVA:

UNTER 67000 T7001
UNTER 67000 T7001
re 67000 T7001
LEVO 76 67000 T7001
T7001 67000 T7001
67000 T7001



Teresina, 04/05/2019

Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, / /

Assinatura do Médico Solicitante



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Sara Francisca do Nascimento Sousa</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Lesão do ligamento cruzado anterior e posterior</i>		
Operação - Tipo <i>Lesão + Sutura Lig. Cruz. Ant. + Lesão + Sutura Lig. Cruz. Post.</i>		
Cirurgião <i>Durval Tercio Nunes Leal</i>	1º Assistente	
2º Assistente <i>ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1995 CRM-MA 3636</i>	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Dayana</i>	Anestesista <i>Manoela</i>	Anestesia <i>Raqui</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>04.05.19</i>	Início <i>09:20h</i>	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Lesão do ligamento cruzado anterior e posterior</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>		

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

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Realizada sob anestesia geral, com o paciente em posição decúbito supino, com o membro operado em flexão de 90 graus. Foi realizada a incisão em Y, com 10 cm de comprimento, no terço médio da coxa. Foi realizada a dissecação em camadas, expondo o ligamento cruzado anterior e posterior. Foi realizada a sutura dos ligamentos com fio 0/2 PDS, utilizando-se a técnica de sutura em "8". Foi realizada a drenagem com dreno de Redon, com 16 F, no local da incisão. Foi realizada a lavagem da cavidade com solução fisiológica. Foi realizada a fechamento da incisão com fio 3/0 PDS, utilizando-se a técnica de fechamento em camadas. Foi realizada a aplicação de curativo com gaze esterilizada e fita adesiva. Foi realizada a medicação profilática com antibiótico e analgésico. Foi realizada a alta com o paciente em boas condições clínicas.

FHTFundação Hospitalar
de Teresina**SUS**Prefeitura de
Teresina

Fls Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICODATA 04 / 05 / 2019NOME DO PACIENTE: Lara Fea do Nascimento Sousa PRONTUÁRIO Nº: 510183DIAGNÓSTICO: Ulcera por pressão CIRURGIA: Cirurgia de debridamentoANESTESIA: Raqui Nº DA SALA: 06CIRURGIÃO: Dival CPF Nº: _____AUXILIAR: Durval Tercio Nunes Leal CPF Nº: _____ANESTESIA: Manuela CPF Nº: _____INSTRUMENTADORA: Dayana CPF Nº: _____DEPARTAMENTOS DE SIMSTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 163 Loja C
Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-470**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		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	
AGUA 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.	10		SONDA URETRAL	UNID.	/	
JELCO Nº	UNID.	/		Crepon	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Eléctrodo	UNID.	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Enfermarias	UNID.	04	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	UNID.						
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE SIMSTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 163 Loja C
Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-470

ENFERMARIA:

CIRCULANTE: gerciusha

Leve de de Naam van de Heer

Sala: 06

Alergia: NEA

Date: 04/05/28

Procedimiento

Cirurgião.

	Observaciones
--	---------------

[illegible]

Acesso Vascular

- ☒ Periférico _____
- Cat. Venoso nº ____ G
- ☐ Dificuldade aces. venoso
- Gasto ____ cateteres
- ☐ Central _____

Via Aerea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº _____
☐ LMA nº _____

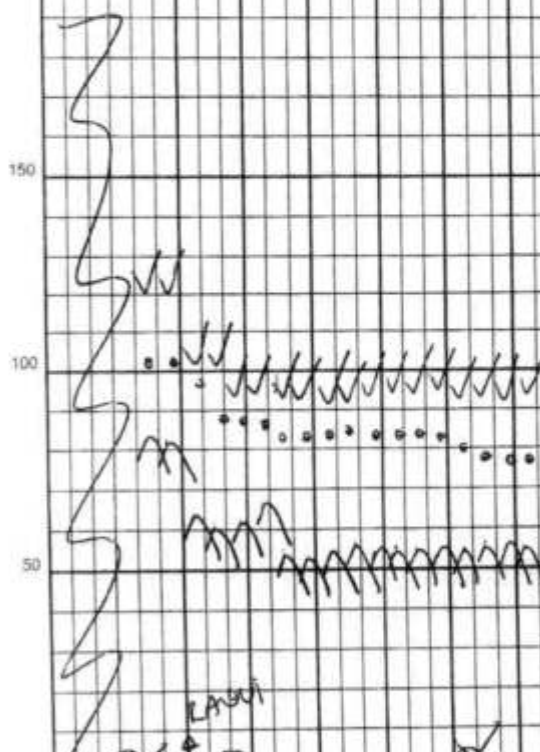
Monitorización

- ☒ Cardioscopia
- ☒ FANI
- ☒ Oximetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Arrested

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raquianestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decibito: DOLIAL



	97%	98	98	98	98	98
SPO2 (%)	97%	98	98	98	98	98
ETCO2 (mmHg)	—	—	—	—	—	—
ECG	RJ	RJ	RJ	RJ	RJ	RJ
	RL			RL		
Acres. Venoso	500.			500		
Acres. Venoso						
Diurese						
Perdas Sanguíneas						

Descrição da Anestesia: 1) Jd de nt 2) intubação 3) Exatão de umêl
mje 4) Indução S/ equianestesia: - nt atada 1 - expira,
antagonista - náusea 43/44 expira 276/
- 2LA de nt, nemotina - injetor de succinilcolina de
músculo 0,5% 12,5 mg ~~succinilcolina~~ + morfina 30mg.
1 - 2 - Antitético de nt

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

29 JUL 2019

GEITE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 04.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DAVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

26 AGO 2019

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

Mariana Sá de M. Medeiros
Anestesiologista
CRM-PI 3817

Anesthesiologist



No. da Autorização

238344

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-PILAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

238344

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3- Nome: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA

6 - Prontuário: 510183

4- Sexo:

8-Nascimento: 04/10/1996

9-Sexo: Feminino

5- Mãe: IRENI MARIA DO NASCIMENTO CRUZ

6- Pai: IRENI

12-Fone: 86-99570-3929

7- Endereço: QD V CASA 5 - VALE DO GAVIÃO - CEP: 64000-010

14-Cor: Sem Informação

8- Município: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1- Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente com histórico de
lesões e de trauma em
região anterior e lateral
da cabeça e pescoço
traumatismo cervical

2- Condições que justificam a internação:

traumatismo cervical

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

laudo exame de radiologia

4- Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prim:

25-CID Sec:

26-CID C.Aux:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

5- Cod. Proced.: 27- Procedimento Solicitado:

0415030013

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo SUS
9999

6- Índice:

30- Caráter: Ident.: 31- Docum.: 32- Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

342.177.383-15

7- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34- Data Solicitação:

DURVAL TERCIO NUNES LEAL

04/05/2019

Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

8- Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

9- Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

10- Acidente Trabalho Trajeto

11- Vínculo com a Previdência:

Empregado

()

Empregador

()

Autônomo

()

Desempregado

()

Aposentado

()

Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

12- Nome do Profissional Autorizador:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13- Documento:

49-Num. Documento:

CNS () CPF

26 AGO 2019

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

14- Assinatura Paciente ou Responsável:

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PIUsuário: (ANTONIO EURIYAN)
Consulta Local: 720000
Consulta SUS:
Impressão: 04/05/2019 10:19:23

Mod: 007



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nº 510193

Nome do Paciente

Jane Fca do Nascimento

Diagnóstico pré-operatório

LESÃO POR PUNÇÃO + LESÃO DE TENDÃO II-V

Operação - Tipo

TEKNOPLASTIA / EXTERNO + Microsutura no m. flexor

Cirurgião

Osvaldo Mendes Filho

1º Assistente

+ Reposte. fixado

2º Assistente

Osvaldo Mendes Filho
Ortopedia / Cirurgia de Mão
CRM-PI 2108 / RQE 152/1061

3º Assistente

fixado

Instrumentador(a)

Georgio

Anestesiologista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

sem Complic.

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

- Antissepsia adequada, coloc. campos
- Incisão em Z por planos
- Identificação de tendão flexor
- Retirada enxerto do T. anterior
- Realizada reconstrução do tendão
- extensor do II-V dedo - Reposte. fix.
- Microsutura no A. flex.
- Curativo, antisept. e curativo
- Curativo

Dr. Osvaldo Mendes Filho
Ortopedia / Cirurgia de Mão
CRM-PI 2108 / RQE 152/1061

FHTFundação Hospitalar
de Teresina**SUS**Prefeitura de
Teresina

Fls Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 14 / 05 / 2019**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

PRONTUÁRIO Nº: 560693

NOME DO PACIENTE: Jana Joneira de nascentes

DIAGNÓSTICO: LESÃO TENDÃO EXT. + LESÃO TENDÃO

ANESTESIA: Leitão TENDÃO EXT. + LESÃO TENDÃO

CIRURGIÃO: Dr. Osvaldo Mendes CPF Nº: 000.000.000-00

AUXILIAR: Ortopedia / Cirurgia da Mão CPF Nº: 000.000.000-00

ANESTESIA: CRM-PI 2106 / RQE 152/100 CPF Nº: 000.000.000-00

INSTRUMENTADORA: João CPF Nº: 000.000.000-00

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	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 80	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 75	PAR	06	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
AGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	50	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
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							

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

ENFERMARIA:

CIRCULANTE: João Roda

20039/

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Tara Francisca do Nascimento Sousa
0098165
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

NOME TARA 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
EXP TERESINA-PI 14/01/00

CNPJ TERESINA-PI 066.703.403-03
ASSINATURA DO DIRETOR

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Iara Francisca do Nascimento Sousa
0098165 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO 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

NOME 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 EXP TERESINA-PI 14/01/00

CPF TERESINA-PI 066.703.403-03 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 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
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: <u>Jara Francisca do Nascimento Sousa</u>			
RG: <u>3.819.958</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP / PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>21/11/12</u>	
CPF: <u>066.703.403.03</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	PROFISSÃO: <u>garçomete</u>	
ENDEREÇO: <u>Cj dom Amelara s/n av. lousa 05</u>			Nº: <u></u>
COMPLEMENTO: <u>casal</u>		BAIRRO: <u>Do vale quem tem</u>	
CIDADE: <u>Terezina</u>	ESTADO: <u>PI</u>	CEP: <u>64057500</u>	TELEFONE: <u></u>

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
Terezina-PI

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: <u>Nelle Roze Soares Marques</u>			
RG: <u>4.119.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP / PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/03/14</u>	
CPF: <u>84017317391</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	PROFISSÃO: <u>recus-me</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua 24 de Janeiro</u>			Nº: <u>544</u>
BAIRRO: <u>Centro norte</u>	CIDADE: <u>Terezina</u>	UF: <u>PI</u>	CEP: <u>64.000-235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO 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:

Jara Francisca do Nascimento Sousa
Data do acidente de trânsito: 04/05/19.
Cobertura da vítima: Invalides

LOCAL / DATA: Terezina Piaui 18/06/2019

3º OFÍCIO

Jara Francisca do Nascimento Sousa

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Eduardo Denildo Vals Barreto
Escritor Autorizado
Terezina, PI

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

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

Cartório
Themistocles
Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Lázaro de Aguiar, 1225 - Centro - CEP: 64005-200 - Teresina-Pi - Fone: (98) 3221-0188 - E-mail: atendimento@cartoriotsampaio.com.br
Titular: Anistolia Gonçalves de Sampaio Farias

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE IARA FRANCISCA DO
NASCIMENTO SOUSA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-Pi, 18/06/2019. Selo: AAD22946-XXNS
www.tjpi.jus.br/portalextra.

Eduardo Denis do Vale Barreto

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
PROCURAÇÃO PARTICULAR PESSOA FÍSICA

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: <u>Jara Francisca do Nascimento Sousa</u>			
RG: <u>3.819.958</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP / PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>21/11/12</u>	
CPF: <u>066.703.40303</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	PROFISSÃO: <u>garçoneira</u>	
ENDEREÇO: <u>Cj dom Arelan s/n av. losa os</u>			Nº: _____
COMPLEMENTO: <u>caso</u>	BAIRRO: <u>Do Vale quem Tem</u>		
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>PI</u>	CEP: <u>64057500</u>	TELEFONE: _____

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

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: <u>Nelle Roze Soares Moura</u>			
RG: <u>4.119.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP / PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/07/14</u>	
CPF: <u>84017317391</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Recuso-me</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua 24 de Janeiro</u>			Nº: <u>511</u>
BAIRRO: <u>Centro Norte</u>	CIDADE: <u>Teresina</u>	UF: <u>PI</u>	CEP: <u>64.000235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO 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:

Jara Francisca do Nascimento Sousa

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

Cobertura da vítima: Invalida

LOCAL / DATA: Teresina Piaui 18/06/2019

3º OFÍCIO

Jara Francisca do Nascimento Sousa

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Eduardo Denildo Vale Berruto
Escritor Autorizado
Teresina-PI

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
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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

GENTE 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
Escritor Autorizado
Teresina-PI

Cartório
Themistocles
Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Litorânea Negreiros, 1223 - Centro - CEP: 64050-202 - Teresina-PI - Fone: (06) 3221-4158 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br
Fiduciária: Anaclária Gonçalves de Sampaio Pessoa

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE IARA FRANCISCA DO
NASCIMENTO SOUSA, DOU FÉ, EM TESTE DA VERDADE.
Teresina-PI, 18/06/2019. Selo: AAD22946-XXNS
www.tjpi.jus.br/portalextra.

EDUARDO DENIS DO VALE BARRETO-Escritor 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 O SELO
DIGITAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293298/19

Vítima: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUS

CPF: 066.703.403-03

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: IARA FRANCISCA DO
NASCIMENTO SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/05/2019

Titular do CPF: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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?

[☒] 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 [☒] 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 às 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.



Bergiel Barbosa Bezerra
MÉDICO
CRM: 3909 - PI

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI