

Browser tabs: Email - Alana L., Controle de do..., Sistema SAI, Audiências, Acesso 1º Grau, PJE Consulta proce..., 0803479-60.20..., Baixar o arquiv...

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=446966&ca=bc4ce575c2ecd1f72ce14e7c5929db...

Navigation: Home, Mail, Print, Download, Menu

Page Title: ProceComCiv 0803479-60.2020.8.18.0140

Page Subtitle: IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSO...

Document Title: 12565435 - CONTESTAÇÃO (2757918 CONTESTACAO 01)

Document Info: Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 16/10/2020 10:27:03

Date: 16 Oct 2020

Document List:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12565432 - CONTESTAÇÃO
 - 12565435 - CONTESTAÇÃO (2757918 CONTESTACAO 01)
 - 12565436 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12565438 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12565439 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS .)
 - 12565440 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS





Número: **0803479-60.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **09/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12565436	16/10/2020 10:27	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14995556

Pag. 00367/00368 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01231/01232 - carta_02 - INVALIDEZ

00310616



Carta nº 15024536





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00949/00950 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01495/01496 - carta_15R - INVALIDEZ



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: 066.703.403-03 Nome completo da vítima: 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: Iara Francisca do Nascimento Sousa CPF: 066.703.403-03
 Profissão: carconete Endereço: CJ Dom Avelar s/n ODU C-05 Número: 05 Complemento: casa
 Bairro: Vale Quem Tem Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64057-560
 E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 3509 CONTA: 34173 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 a apresentação da documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de danos 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.

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

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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos:

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

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

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





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

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





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		Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	537788	04/05/2019 - 03:00
Tipo Local	543464	
VIA PÚBLICA		
Município	Bairro	
TERESINA	MORADA DO SOL	
Endereço		
AV. PRESIDENTE KENNEDY, Nº:		
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, 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 CONDUCTOR/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

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: 066.703.403-03 Nome completo da vítima: 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: Iara Francisca do Nascimento Sousa CPF: 066.703.403-03

Profissão: garçonete Endereço: CJ Dom Avelar s/nº Qd C-05 Número: 05 Complemento: Casa

Bairro: Vale Quem Tem Cidade: Terresina Estado: PI CEP: 64057-560

E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS CADASTRAIS

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) Itau (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3509 CONTA: 14173 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base em exames médicos apresentados, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previa 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 64.062-470
Terresina - PI

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - N.º 64.062-470
Terresina - PI

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

Local e Data, Terresina - 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 do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)





Dados do Chamado	01 Nº 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			
Local da Ocorrência	12 Município-UF				Código IBGE
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome				15 Sexo
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999			17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vitima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança
	23 Glasgow = 15				
Exame Físico	24 Sinais Vitais		25 Local da lesão		
	26 Pupilas		27 Pulso		
	28 Sangramento		29 Escala de Dor		
Assistência	30 Fratura				
	31 Procedimentos realizados				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino				
	33 Condições de entrada				
Observações Interdisciplinares	34 Óbito				
	Observações Interdisciplinares				
Responsável pela recepção					
Socorristas Médico		Enfermeiro			
AE/TE		Condutor			

DEPARTAMENTOS DE MINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019

GENÉTICA SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro, Teresina - PI, CEP: 64.002-470
Capacete - (Vorte) Alcega - P1
Cinto de segurança - P1
Assento para criança

DEPARTAMENTOS DE S
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIF
26 AGO 2019

GENÉTICA SEGURADORA S
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro, Teresina - PI, CEP: 64.002-470
Capacete - (Vorte) Alcega - P1
Cinto de segurança - P1
Assento para criança





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua-Dr. Getúlio Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

URTOPOLIA - CC
 CIRURGIA ORAL OK

Nete @ 06:05 15/08/2019

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 04/05/2019 05:04:39
 (User: WILLIAM MACHADO)
 (Estação: CONSULPA03)

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: GARÇONETE	Documento: Reg.Nasc: nao porta		
E. 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			
Motivo: 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

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

História Clas. Risco:

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: **0,00 Kg** Altura: **0,00 M** IMC: **0,00 Kg/m2** Pulso: **bmp** Pressão:

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

VIAS AERIAS PERVIAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.

LESÃO BILATERALMENTE, SRA. SPO2: 99%

TA: 110, ST, NNF, SS. FC: 105 BPM, PA: **130/80mmHg**

GLAUCOMA: 15, ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES

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

Diagnóstico Inicial: CID:

Exames Complementares:

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

Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

Motivo da Alta/Encerramento:

Classificação (Adulto) DATA: / / HORA: :

Nete @ 04:05 15/08/2019

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: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0794804-2

Nº da Nota Fiscal: 022095369

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh) 94 TOTAL A PAGAR (R\$) 207,07

IRENE MARIA DO NASCIMENTO CRUZ
CJ DOM AVELAR S/N QD V CASA OS VALE QUEM TEM
CPF: 0000181774360

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	2884	Atual:	22/05/2019
Anterior:	2790	Anterior:	23-04-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21-06-2019
Consumo Medido:	94	Emissão:	21-05-2019
Consumo Faturado:	94	Apresentação:	22-05-2019
Forma de Faturamento:	94 de Irregular - FCAM	Dias de Consumo:	29
Classe/Subclasse		Código Est.	
COMERCIAL	MONO	AZ059004	3.1.3.1
Módulo de consumo		157	

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

Mês	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

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
94 - 0,522096

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

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Seu consumidor sofreu a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 06 de 2019, em função das cobranças não pagas nesta fatura. O seu pagamento poderá ensejar também a inclusão do novo consumidor na SERASA. Informamos ainda a existência de conta(s) vencida(s) e a reaviso(s) no valor de R\$ 36.477,42 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESUMO AO FISCAL

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
455F.8AE9.F814.F295.29FA.4B89.468B.8491		Base de Cálculo:	
Energia:	17,14	Alíquota ICMS:	81,50
Transmissão:	33,09	Valor do ICMS:	63,57
Encargos:	5,59	Valor do PIS:	22,00%
Tributos:	2,74	Valor do COFINS:	17,93
	22,94	INDICADORES DE CONTINUIDADE	1,40%
		FIC	6,49%
		DPMS	4,12%
		INCC	0,00%
Resposta	5,31 10,63 21,25	3,36 6,73 13,45	3,03
Comparto	0,00	0,00	0,00

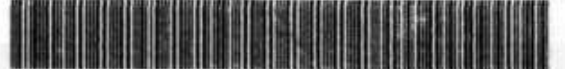
TERESINA - SATELITE 03/2019 47,44

SEU CÓDIGO 0794804-2 TOTAL A PAGAR - R\$ 207,07

MÊS FATURADO 05/2019 VENCIMENTO 29-05-2019

Nº da Nota Fiscal: 022095369 FCAM

83620000002 1 07070017000 7 00000000794 8 80420519008 0



SEQ.: 00340 UC: 0794804-2 DT. LEIT.: 22/05/2019 T. ENTR.: 09
LEITURA: 2884 NORMAL TOTAL: 207,07 CARGA: 011
DT. VENC.: 29-05-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2341



cepisa
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.740/0001-89 | Insc. Estadual: 19.201.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051869-7

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		DATAS DA LEITURA	
kWh		Atual:	
Atual:	20555	Anterior:	25/06/2019
Anterior:	20350	Próxima Leitura:	24/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	25/07/2019
Consumo Medido:	205	Apresentação:	24/06/2019
Consumo Faturado:	205	Dias de Consumo:	32
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	

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

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO 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 SEM TRIBUTOS:
0 a 205 - 0,617497

DEPARTAMENTO 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

DEPARTAMENTO 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

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! 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
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							
	DIC		FIC		DMIC	DCRI		
	Manual	Trimestral	Anual	Manual	Trimestral	Anual	Manual	Trimestral
Limite:	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Resíduo:	0,00			0,00			0,00	
Condição:	TERESINA - MACAUBA			Período de apuração:		04/2019	BUSC:	62,87



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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.

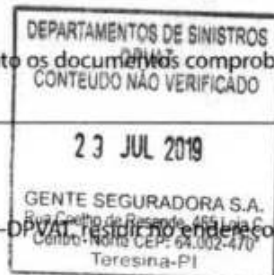
Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tara Francisca Da Rosa Mendes Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.703.403/03 do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima Tara Francisca Da Rosa Mendes 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>Sala</u>	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP	<u>64000-235</u>
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 Sidas,
RG nº 50246232, data de expedição 18/09/15,
Órgão SSPIPI, 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 Duarize Resid Dom Avelar O-T-C-05, nº 05,
complemento casa, 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)



OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELC DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPÃO
3º Ofício de Notas
Alexsandro Alves de Sousa
Escritório Autorizado
Teresina - PI





**CLÍNICA
MACHADO**

RELATÓRIO MÉDICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PJ

Histórico: paciente com fratura do
metacarpo 2º dedo, foi vítima de acidente de
trânsito, fato ocorrido em 04.05.19 às 03:00hs
Teve sofrido forte trauma em mão, cursan-
do com fratura exposta da tibia e supra-
da da articulação do pé lesão nos tecidos
esqueléticos, onde foi realizada cirurgia
urgente a favor de osteossíntese com fixa-
ções por fuso e fios eletroímicos,
complacimento com fisioterapia,
com alta definitiva, porém com
sequelas: fortes dores, limitação
dos movimentos, com redução de
ocorrimento do membro supri-
or, com comprometimento fun-
cional 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-MP
9903-0929/9532-1987/8827-3731

Residencial Tropical Park

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





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° 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 morada do sol																							
	11 Bairro Kennedy Leões	12 Município-UF Código IBGE																						
	13 Ponto de referência																							
Dados do Paciente	14 Nome Jara Francisca Nascimento Silva				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado																			
	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																			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência																							
	<table border="0"> <tr> <td>01 - Acidente de transporte</td> <td>06 - Tentativa de suicídio</td> <td>11 - Queda</td> <td>16 - Outros</td> </tr> <tr> <td>02 - Agressão física-espancamento</td> <td>07 - Envenenamento</td> <td>12 - Urgência clínica</td> <td>17 - Já removido</td> </tr> <tr> <td>03 - Agressão física-FAF</td> <td>08 - Afogamento</td> <td>13 - Urgência obstétrica</td> <td>18 - Falso chamado</td> </tr> <tr> <td>04 - Agressão física-FAB</td> <td>09 - Queimadura</td> <td>14 - Transferência</td> <td></td> </tr> <tr> <td>05 - Urgência psiquiátrica</td> <td>10 - Choque elétrico</td> <td>15 - Exames complementares</td> <td></td> </tr> </table>					01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros	02 - Agressão física-espancamento	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		05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares
01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros																					
02 - Agressão física-espancamento	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																						
05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares																						
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		24 Sinais Vitais Pulso 117 Resp. PA 17x70 TAX. Sat02 9970	25 Local da lesão																				
Exame Físico	RESPOSTA VERBAL 4 Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6 Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum																					
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10																						
	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não		31 Procedimentos realizados 1 - Sim 2 - Não																				
Assistência	31 Procedimentos realizados Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica		32 Hospital de Destino HUT																					
	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado																					
Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não																					
	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não																							
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar Vítima colisão de carro com poste de concreto em via pública. Queixa de dor no abdômen superior direito, dor no ombro direito e dor no tornozelo direito. Exame físico: PA 17x70, FC 117, TA 99/70, SpO2 99%. Não hemorragia.																							
	36 Responsável pela recepção Socorristas Médica: virginia alexandra Enfermeiro: Eliane Condutor: Quinto																							

DEPARTAMENTOS DE ENFERMAGEM
DP-ENF
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019

CENTRO DE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Nº 100 - Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-170

DEPARTAMENTOS DE ENFERMAGEM
DP-ENF
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 AGO 2019

CENTRO DE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Nº 100 - Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-170



Alta



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

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".



URUPUB
GRUPO BRALOK

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 04/05/2019 05:04:39
(User: WILLIAM MACHADO)
(Estação: CONSULPA03)

W. Soares Coutinho
04/05/2019

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	
E. 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:

Episódio/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indeferido

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
2-6 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 História Clás. Risco:

SSVV: (Hora: ____:____)

peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão:
----------------------	-----------------------	------------------------------------	-------------------	----------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

EXAMES AERÉOS PERVIAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

EXAMES BILATERALMENTE, SRA. SPO2: 99%

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

EXAMES LABORATORIAIS: 15, ISOCÓRICAS FOTOREAGENTES

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

Exame Físico:

CID:

Exames Complementares:

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

Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

Motivo da Alta/Encerramento:

Prescrição (Adulto) DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

W. Soares Coutinho
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:	Prontuário:	Paciente:	Dr. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
720000	510183	IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA	04/10/1996	SALA VERDE			MILLAN DE ALMEIDA MACHADO		
Evolução:									
Hora:									
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta									
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 INJEETÁVEL	1,00	Ampola	EV	12/12h		SF 0,9% 100 ml		

Observações Gerais: CCGG + SSVV

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

Filipe Aquino Costa
 Médico
 CRM-PI 7527

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





PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
 Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458
 CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí
 C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

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

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

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/

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

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

FIXADORES EXTERNOS
 FIXADORES LINEAR ESTÉRIL - IMPOL
 FIXADOR LINEAR ROFA II
 TAM: 350MM X 200MM
 MATERIAL: ASTM F800 NBR 209

REGISTRO ANVISA: 10108770128
 RESP. T.ÉC. Roberto L. Paula - CREA 5080831163
 CLASSE I QTD: 1
 REF.: 0923-001-350 LOTE: 0135/1018



VAL: 11/18
 MATERIAL: ASTM F138

REGISTRO ANVISA: 10108770114
 RESP. T.ÉC. Roberto L. Paula - CREA 5080831163
 CLASSE III QTD: 8
 REF.: 0920-005-180 LOTE: 0058/1118

VAL: 11/2025
 MATERIAL: ASTM F138

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

11/2019

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

PINO E FIO RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS
 PINO DE SCHANZ
 PINO DE SCHANZ Ø 5,0 X 180 MM - ROSCA 50 MM
 TAM: Ø5,0 X 180MM
 MATERIAL: ASTM F138

REGISTRO ANVISA: 10108770114
 RESP. T.ÉC. Roberto L. Paula - CREA 5080831163
 CLASSE III QTD: 8
 REF.: 0920-005-180 LOTE: 0058/1118

VAL: 11/2025
 MATERIAL: ASTM F138

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

11/2019

Comunicamos ao Fornecedor(a) 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: _____

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

JUSTIFICATIVA:

Handwritten justification text, partially illegible due to cursive and bleed-through.

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

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>Ulcera de perna com ferida aberta</i>		
Operação - Tipo <i>Ulc + Supt + Supt + Supt + Supt + Supt</i>		
Cirurgião <i>Duval Tercio Nimes 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>Ulc no tornozelo + Supt + Supt no tornozelo</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação <i>Ulc</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
+ Antissepsia local com álcool
70%, ULC com ferida aberta
+ Supt com Supt + Supt
+ Supt + Supt no
tornozelo + Supt +
centro,
Obs: 30A tornozelo + Supt
NOTA: 04 - Poucos pontos
TINA Anterior e posterior*

Duval Tercio Nimes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636



BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04 / 05 / 2019

NOME DO PACIENTE: <u>Lara Fea do Nascimento Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>510183</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Ulcera por pressão</u>	CIRURGIA: <u>Outro</u>
ANESTESIA: <u>Raqui</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dival</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Dival Tercio Nunes Leal</u>	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Manuel</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Dayana</u>	CPF Nº: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO 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.	03		LUVA Nº 415	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 410	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 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	30	
GASES	PAC.	30		SONDA URETRAL	UNID.	/	
JELCO Nº	UNID.	/		Crepon	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Eléctrodos		UNID.	05
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escovas		UNID.	04
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	UNID.	15					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
25 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 165 Loja C
Centro Norte CEP: 64002-470
Teresina-Pi

ENFERMARIA:

CIRCULANTE: Gercielma





FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

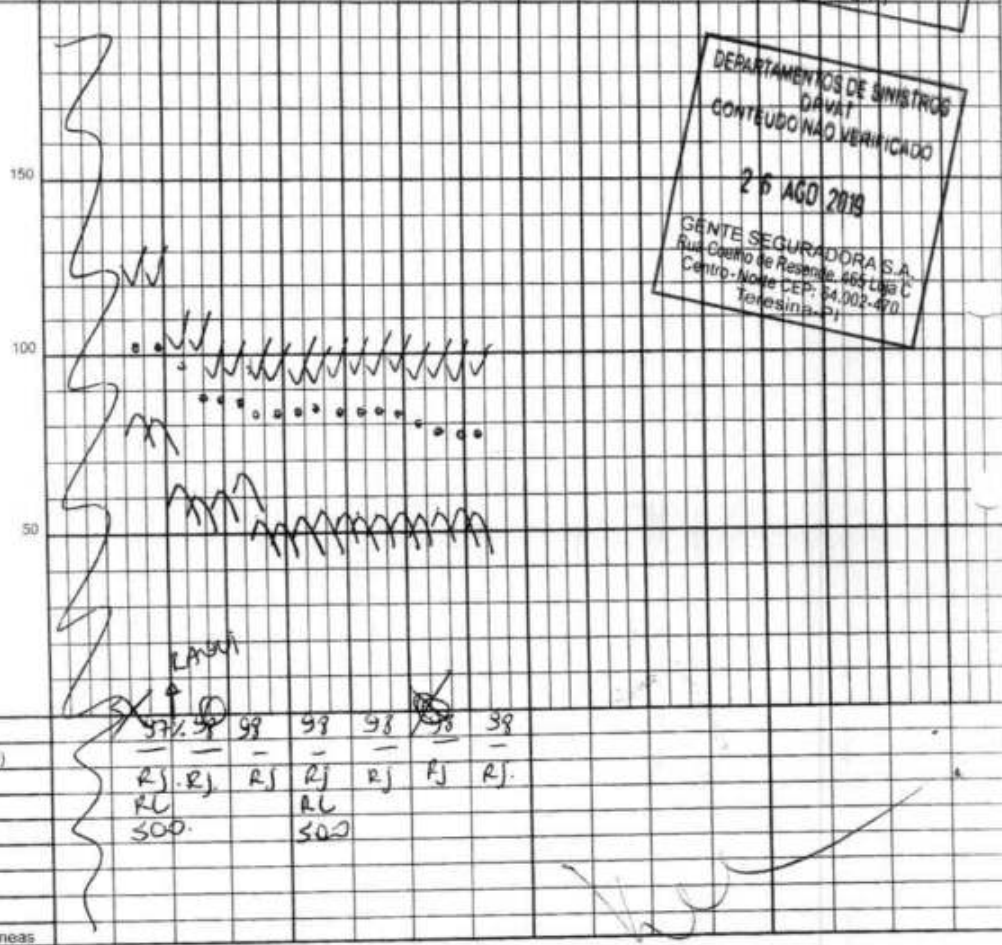
Nome: José das Doze Nogueira Neto Sala: 06 Alergia: NEGA Data: 04/10/2019
Procedimento: _____ Cirurgia: Laminectomia Observações: _____

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
<u>Propofol</u>	<u>mg</u>		<u>50</u>										
<u>Milpropolam</u>	<u>mg</u>			<u>25</u>									
<u>Epinefrina</u>	<u>mg</u>			<u>02</u>									
<u>Clonitazina</u>	<u>mg</u>			<u>50</u>									
<u>Aluprimida</u>	<u>mg</u>			<u>10</u>									
<u>Atropina</u>	<u>mg</u>			<u>02</u>									
<u>Atropina</u>	<u>mg</u>			<u>20</u>									

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja G
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DAVAT
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

- Acceso Vascular
- Periférico
 - Cal. Venoso nº G
 - Dificuldade acces. venoso
 - Gastos cateteres
 - Central
- Via Aérea
- Cateter nasal
 - IOT nº _____
 - LMA nº _____
- Monitorização:
- Cardioscopia
 - PNI
 - Ozimetro de pulso
 - ETCO2
 - Outros
- Anestesia:
- Geral Venosa
 - Geral Balanceada
 - Raqui-anestesia
 - Peridural
 - Bloqueio Periférico
 - Outros
- Decúbito: DOLJAL



SP02 (%)	97	99	99	98	98
ETCO2 (mmHg)	35	38	38	38	38
ECG	RJ.RJ	RJ RJ	RJ RJ	RJ RJ	RJ RJ
Aces. Venoso	RL	RL			
Aces. Venoso	S00	S00			
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia: 1) Jd de nit 2) monitorização 3) aviação de unilite mJE 4) Indução SI Raqui-anestesia: - nt catado 1 - ampa 1 - antenaria - nução 43/64 - agulha unilite 27/61 - CR duro; normotonia; - injeção de unilite de nução 0,5% 12,5mg + morfina 30mg.

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:27:02
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010161027024520000011886373
Número do documento: 2010161027024520000011886373

Assinatura de M. Medeiros
Anestesiologista
CRM-PI 3817
Anestesiologista





No. da Autorização: 202223

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 JUL 2019

738344

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante: **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Nome do estabelecimento executante: **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Código da Internação: **238344**

4-CNES: **5828856**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **IARA FRANCISCA DO NASCIMENTO SOUSA**

6 - Prontuário: **510183**

8-Nascimento: **04/10/1996** 9-Sexo: **Feminino**

Nome: **IRENI MARIA DO NASCIMENTO CRUZ**

12-Fone: **86-99570-3929**

Nome: **IRENI**

14-Cor: **Sem Informação**

End: **QD V CASA 5 - VALE DO GAVIÃO - CEP: 64000-010**

17-Cod. IBGE: **221100** 18-UF: **PI** 19-CEP: **64000-010**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais sinais e sintomas clínicos:
paciente com dor no membro superior direito, com início há 24 horas, com caráter de dor aguda, insidiosa, progressiva, piorando com o movimento.

2 - Condições que justificam a internação:
traumatismo operado

3 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
raio x joelho e punho

4 - Diagnóstico Inicial:
fratura de rádio e ulna

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1 - Cod. Proced.: **0415030013** 27- Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO**

Tempo SUS: **9999**

30-Caráter: **02** 31-Ident.: **01** 32-Docum.: **342.177.383-15**

Nome Profissional Solicitante/Assistente: **DURVAL TERCIO NUNES LEAL** 34-Data Solicitação: **04/05/2019**

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

15 -) Acidente de Trânsito 19-CNPJ Seguradora: 40-No. Bilhete: 41-Série:

16 -) Acidente Trabalho Típico 42-CNPJ Empresa: 43-CNAE Empresa: 44-CBOR:

18 -) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:
Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador: **DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO**

49-Num. Documento: **26 AGO 2019**

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

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

Usuário: **ANTONIO EURIYANI**
Consulta Local: **720000**
Consulta SUS:
Impressão: **04/05/2019 10:19:23**



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Jam Jurema de Atheneides				334	274
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
ALERGIAS					
HORÁRIO					
OBSERVAÇÕES					
<p>DATA: 16/10/2020 HORA: 10:27</p> <p>SINTOMAS: dor no joelho direito, dificuldade de andar, inchaço no joelho.</p> <p>EXAME FÍSICO: dor à palpação, edema moderado, não há vermelhidão ou calor local.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Síndrome do joelho doloroso.</p> <p>TRATAMENTO: analgésicos, anti-inflamatórios, fisioterapia.</p> <p>EVOLUÇÃO: melhora dos sintomas com o tratamento.</p> <p>PRÓXIMO CONTATO: 15 dias.</p>					
<p>200. 58W R- 88 bpm</p> <p>PA: 100x53 mmHg</p> <p>Cólio R. Nunes COMEN-14551628-11</p>					

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019

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

Direval Tereza Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

MÉDICO/CRM:

Mod: 007





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

1º-510193

Nome do Paciente *Jane Fca do Nascimento*

Diagnóstico pré-operatório *LESÃO POR TUMOR + LESÃO DE TENDÃO EXT*

Operação - Tipo *TEKNOPLASTIA / EXERETO + Microscopia no nível*

Cirurgião *Oswaldo Mendes Filho* 1º Assistente *+ Reposte, fixação*

2º Assistente *Oswaldo Mendes Filho* 3º Assistente *fix*

Instrumentador(a) *Georgio* Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 29 JUL 2019

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

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

sem

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

- Antissepsia adequada, coloc couro
- Incisão em Z por planos
- Identificação de tendão acromioclavicular
- Retirada exerto do T ANTERIOR
- Realizada reconstrução do tendão extensor do II-V dedo - Reposte - fix
- Microscopia do A. flex
- Coágulo, sutura, Curativo
- Curativo

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



DATA 14/05/2019

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: *Jara Francisco do Nascimento* PRONTUÁRIO Nº: *560193*
 DIAGNÓSTICO: *LESÃO TENDÃO EXT. + LESÃO MÚSCULO* CIRURGIA: *Tenotomia c/*
 ANESTESIA: *TOX* Nº DA SALA: *06* *extrofo*
 CIRURGIÃO: *Osvaldo Mendes Filho* CPF Nº: *1.111.111-11*
 AJILIAR: *Osvaldo Mendes Filho* CPF Nº: *1.111.111-11*
 ANESTESIA: *Osvaldo Mendes Filho* CPF Nº: *1.111.111-11*
 INSTRUMENTADORA: *Osvaldo Mendes Filho* CPF Nº: *1.111.111-11*

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

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 7 1/2	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 80	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							
ROLENE							

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: *Gabriela 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 Coslino 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

NACIONALIDADE 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



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
0096165 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 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

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 neurografia.

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: <i>Jara Francisca do Nascimento Sousa</i>			
RG: <i>3.819.958</i>	ORG. EMISSOR: <i>SSP / PI</i>	D. EXPEDIÇÃO: <i>21/11/12</i>	
CPF: <i>066.703.403.03</i>	ESTADO CIVIL: <i>solteira</i>	PROFISSÃO: <i>garçomete</i>	
ENDEREÇO: <i>Cj dom Archan s/n av. Lusaos</i>			Nº:
COMPLEMENTO: <i>casa</i>	BAIRRO: <i>Do vale quem tem</i>		
CIDADE: <i>Teresina</i>	ESTADO: <i>PI</i>	CEP: <i>64057500</i>	TELEFONE:

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

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: <i>Nelle Roze Soares Monquib</i>			
RG: <i>4.179.262</i>	ORG. EMISSOR: <i>SSP / PI</i>	D. EXPEDIÇÃO: <i>23/03/14</i>	
CPF: <i>84017317391</i>	ESTADO CIVIL: <i>solteira</i>	PROFISSÃO: <i>Recus-me</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua 24 de Janeiro</i>			Nº: <i>544</i>
BAIRRO: <i>Centro Norte</i>	CIDADE: <i>Teresina</i>	UF: <i>PI</i>	CEP: <i>64000235</i>

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 DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Jara Francisca do Nascimento Sousa

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

Cobertura da vítima: *É válida*

LOCAL / DATA: *Teresina Piau 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 Denis do Vale Barreto
 Escrevente Autorizado
 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

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

Cartório
Themistocles
Sarpaião
3º OFÍCIO DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Liberdade Nogueira, 1220 - Centro - CEP: 64000-300 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-9100 - E-mail: atendimento@cartoriocartorio.com.br

Atuação: *Themistocles Sarpaião*

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

EDUARDO DENIS DO VALE BARRETO - Escrivente Autorizado
Emcl: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>066.703.403 03</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	PROFISSÃO: <u>gongonete</u>	
ENDEREÇO: <u>Cj dom Arlindo s/n av. losa 05</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
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

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: <u>Nelle Roze Soares Mourão</u>			
RG: <u>4.179.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP / PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/07/14</u>	
CPF: <u>840173173 91</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 PODÉRES 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 DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

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

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 THENISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Eduardo Danilo do Vale Barreto
Escritor Autorizado
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
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
1º OFÍCIO DE NOTAS
Eduardo Denis do Vale Barreto
Escrivente Autorizado
Teresina-PI

CARTÓRIO
Themistocles
SAMPAYO
Rua Lacerda Nogueira, 1221 - Centro - CEP: 64000-202 - Teresina-PI - Fone: (91) 3221-0158 - E-mail: themistocles@cartoriothemsampico.com.br
Fidúcia: Themistocles Sampaio Pinheiro

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JARA FRANCISCA DO
NASCIMENTO SOUSA. DOU FÊ. EM TESTE 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
Emal: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
CONTINENTE DO 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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 neurorafia. Evoluiu sem intercorrências.

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

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

