

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Audiências, PJe Acesso 1º, PJe Consulta pr, PJe 0800624-11, Baixar o arq, (32) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=418887&ca=741d3ca79585d6602d7f39fb752273...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., Administrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJe** ProceComCiv 0800624-11.2020.8.18.0140
RAFAEL DA SILVA FEITOSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

Search bar: 12711596 - CONTESTAÇÃO (2760005 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 26/10/2020 10:35:17

Left sidebar: 26 Oct 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
12711391 - CONTESTAÇÃO
12711596 - CONTESTAÇÃO (2760005 CONTESTACAO 01)
12711601 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
12711603 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
12711605 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS.)
12711610 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 10
2760005- C3/ 2020-03922/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Taskbar: PT, 10:35, 26/10/2020



Número: **0800624-11.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **12/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAEL DA SILVA FEITOSA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12711 601	26/10/2020 10:35	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Rafael da Silva Feitosa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.606.809 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/19

NOME RAFAEL DA SILVA FEITOSA

FILIAÇÃO ANTONIA CLÁUDIA SOARES DA SILVA
ANTONIO DO VALE FEITOSA NETO

NATURALIDADE FLORESTANO-PI DATA DE NASCIMENTO 02/04/2001

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 3547 L 16 F 290
EXP RIO GRANDE DO PIAUÍ-PI 13/12/05
080.001.273-93

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470





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 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	
Local da Ocorrência	10 Endereço	12 Município-UF			
	11 Bairro	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome			
	15 Sexo	16 Idade			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
	19 Vítima	20 Meio de locomoção			
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança			
	23 Glasgow =	24 Sinais Vitais			
Exame Físico	25 Local da lesão	26 Pupilas			
	27 Pulso	28 Sangramento			
Assistência	29 Dor	30 Fratura			
	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino			
Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito			
	35 Observações Interdisciplinar	36 Responsável pela recepção			

0: 27.11.2011



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

Alto

NOME DO PACIENTE: Rafael da Silva Furtado

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 505415

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

- Ortopedia

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA		Prontuário: 505415
Mãe: ANTONIA CLAUDIA SOARES DA SILVA	Pai: ANTONIO DO VALE FEITOSA NETO	
End.Resid.: VALE QUEM TEM - VLE QUEM TEM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 02/04/2001	Idade: 17a11m11d	Sexo: Masculino Fone: 86-99495-3850
Responsável: O MESMO	CNS: 700301910648231	
Profissão: AUTONOMO	Documento: CPF: 080.001.273-93	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 712053	Entrada: 13/03/2019 14:02:54	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ + 1H. RELATO DE TRAUMA EM MIE C FERIMENTO CORTANTE, ESCORIAÇÕES EM MMSS, MMII. NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC) ECG-15 FAZIA USO DE CAPACETE. (SIC)		CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 134933 Em: 13/03/2019 14:15:08

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 1 HORA. RELATA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, EPISTAXE OU OTORRAGIA. QUEIXA-SE DE DOR EM MID A) VIAS AERIAS PÉRVIAS, FÁSICO. B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, SAT O2:99%. C) RR, 2T, BNF, SS. FC: 105 BPM. PA: 140X90 MMHG. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO. D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTOREAGENTES. E) CURATIVO OCLUSIVO EM JOELHO E PÉ ESQUERDOS. ESCORIAÇÕES EM ANTEBRAÇO DIREITO. CD: RAIOS X, ENCAMINHO A ORTOPEDIA.
--

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares: (1172060) - PÉLVIS (1172061) - COXA ESQUERDA (1172062) - JOELHO ESQUERDO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento: Estabilização	DATA: / /	HORA: :
--	------------------	----------------

Motivo da Alta/Encerramento: Estabilização	DATA: / /	HORA: :
--	------------------	----------------

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 13/03/2019 14:38:58

Integridade 13/03/19 15:00h

Tram - MIE

Apresenta extirpa percut
em colunas e joelho E
Manusear OK

KX: prota prota
protas viradas percut?
As centros viradas


Jurlio Nogueira
Proprietário e Administrador
CNPJ nº 12.722.004/0001-90
SBOT 1-001





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Rafael da Silva Lúcia</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Politraumatizado - fratur. patela + fêmur distal E</i>		
Operação - Tipo <i>LME + fixação do patelo + fixação fêmur</i>		
Cirurgião <i>Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto</i>	1º Assistente	
2º Assistente <i>Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto</i>	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Almeida Silva</i>	Anestesista <i>Dra. Ana Beatriz</i>	Anestesia <i>Raque</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>13/03/2019</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>O outro</i>		

Relatório Imediato do Patologista

Φ

Acidente Durante a Operação

Φ

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


*Fratura de fêmur distal - fratura fechada
LME de fechamento de fratura distal
H-DR + PVPZ - Dupla do fêmur
redução patela - fratura fechada
Redução e fixação de fratura R + Curvatura
Redução - nome LME - fratura
Redução e fixação de fratura distal (RCH) com 2 parafusos
e anéis de fixação - RCH - fratura
Fratura - fratura*

Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054



Mod. 76 HUT



		FICHA DE ANESTESIA		FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
Nome:	MARCIAL DA SILVA JUNIOR			Sala:	06
Procedimento:	Fratura de Patela e Enclavo distal			Alergia:	NEGA
				Observações:	Data: 13/08/2019

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propofol	15mg												
2 Morfina	2mg												
3 Diprivan	2mg												
4 Amiodarone	2mg												
5 Propofol	15mg												
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio	2L/min												
ARINZO													
Volatil	%												

- Acesso Vascular** *Previo*
- ☐ Periférico
 - Cat. Venoso nº __ G
 - ☐ Dificuldade aces. venoso
 - Gastos cateteres
 - ☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
- ☐ IOT nº __
- ☐ LMA nº __

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ ANI
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

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

Decúbito:

SPO2 (%)	99	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)						
Aces. Venoso						
Aces. Venoso						
Diurese						
Perdas Sanguíneas						

Descrição da Anestesia:





LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

<input type="checkbox"/>	Mudança de Procedimento	<input type="checkbox"/>	Órtese e prótese - OPME
<input type="checkbox"/>	Diária de UTI	<input type="checkbox"/>	Fatores de Coagulação
<input type="checkbox"/>	Diárias de Acompanhante	<input type="checkbox"/>	Gasoterapia
<input type="checkbox"/>	Hemoderivados	<input type="checkbox"/>	Nutrição Parenteral / Enteral
<input type="checkbox"/>	Diária / Hemodiálise	<input type="checkbox"/>	Procedimento fora da faixa etária
<input type="checkbox"/>	Albumina Humana 20%	<input type="checkbox"/>	

HOSPITAL: HUT - CC CNPJ: _____
PACIENTE: Rafael da Silva Furtado N° AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto CPF: _____
Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM 13054

JUSTIFICATIVA

Fratura patela E
Fratura fêmur distal E
02 Sios de Kitchner 2-0
01 Pó de Cológeno 1,5

DATA: 13/03/2019

Dr. Carlos Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM 13054
Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:



Assinatura do Médico Solicitante



SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Rafael da Silva Ferreira

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Carlo Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0403050624

CÓDIGO OPME: 0702030040 / 0702030732

JUSTIFICATIVA:

Processo de fratura
do fêmur distal (L)
Cirurgia lateral c/

- 02 parafusos
- 02 anéis laterais

Teresina, 13/03/19

Dr. Carlo Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, / /

Assinatura do Médico Solicitante



MOD. 049 - HUT





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

PACIENTE - Nome: Rafael da Silva Feitosa

Nº AIH: 234859

Nº do Prontuário: 505415 **Data da Internação:** / /

Procedimento Médico Realizado: 0403050624

Indicador de Compatibilidade: 0702030040/0702030732

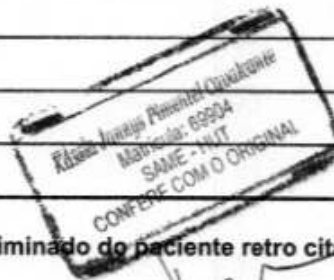
MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Carlo Vaz de Oliveira Neto

CRM Nº CRM-P13054 **CPF Nº**

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 13 / 03 / 2019 **DATA DA ALTA:** / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
<u>Cx-103</u>	<u>02 parafusos esferos 6,5mm un: 75</u> <u>02 aríndulas</u>

Dr. Carlo Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-P13054



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

Teresina 13 de março de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome: Anália





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13 / 03 / 2019

NOME DO PACIENTE: <u>Rafael da Silva Litor</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>505415</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Polipólio (pot. pat. + fímur. distal)</u>	CIRURGIA: <u>Cistomielite de</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>06. Pat. +</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Luis Vitor de Oliveira Neto</u> <small>Medico Oncologista CRM 12354</small>	CPF Nº: <u>Rafael</u>
AUXILIAR: <u>Estudante</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dra. Ana Beatriz</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Silene Silva</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	2		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	1	
AGULHA 30X8	UNID.	2		LUVA Nº 4.5	PAR	1	
AGULHA 40X12	UNID.	1		LUVA Nº 4.0	PAR	2	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	2	
ALCOOL 70%	ML	400		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	400		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	3		SERINGA 20CC	UNID.	2	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	2		SERINGA 10CC	UNID.	2	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	1	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	4	
GASES	PAC.	4		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		Blutidos	UNID.	5	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		Fio-K Nº 2-0	UNID.	2	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON 2-0		2					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA: <u>Falegn</u>			
VICRYL 0		2		CIRCULANTE: <u>Luiza</u>			
PROLENE		—					





ALBUQUERQUE PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

186143

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 234859
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

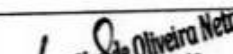
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA			6 - Prontuário: 505415	
7-CNS: 700301910648231	8-Nascimento: 02/04/2001	9-Sexo: Masculino	CPF: 080.001.273-93	
11-Mãe: ANTONIA CLAUDIA SOARES DA SILVA			12-Fone: 86-99495-3850	
13-Resp: (O MESMO)			14-Cor: Sem Informação	
15-Endere: VALE QUEM TEM - VLE QUEM TEM - CEP: 64000-010				
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Acidente com trauma grave no joelho (E) e ferimentos profundos (E)</i>
21 - Condições que justificam a internação: <i>Trauma com fratura</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>RX = fratura patela (E) + Caudado lateral femur</i>
23-Diagnóstico Inicial: (Informação Posterior) <i>0408050624 + 0408050527 - 572.4 582.0</i>

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO			Tempo SUS 9999
28-Cod.Proced.: 0415030013	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO		
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01	31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 776.327.023-34	 Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PE 3054
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO	34-Data Solicitação: 13/03/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol: (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
48-Documento:	49-Num. Documento:	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
() CNS () CPF		10 JUN. 2019
50-Assinatura Paciente ou Responsável:		GENTE SEGUROGRAS A

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:35:16

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. QU. AP.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Raquel da Silva Fátima	505415	Ortopédica	236	248	
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
	# POI Fratura patela + junção distal				
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO				
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN				
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H				
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H				
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H				
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H				
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN				
8	CURATIVO				
9	CCGG + SSW				
	<div> <div>Dr. João Carlos de Oliveira Neto</div> <div>Medicina Ortopédica</div> <div>CRM 271.304</div> </div> <div> <div>João Jurely Perceval Cavalcante</div> <div>Matrícula: 89904</div> <div>SAME - HUT</div> <div>CONFERE COM O ORIGINAL</div> </div>				
	<div> <div>Após banho</div> <div>Sula de Jato</div> <div>Tubo Tubo</div> </div> <div> <div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</div> <div>DPVAT</div> <div>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</div> <div>10 JUN. 2019</div> <div>GENE SEGURADORA S.A.</div> <div>Rua Corlho de Resende, 465 Joia C</div> </div>				





Ass 11

234703

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

185260

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	234703

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAFAEL VIEIRA DAS NEVES	6 - Prontuário: 423585
7-CNS: 165467353940007	8-Nascimento: 06/09/1992
9-Sexo: Masculino	RG: 3429706 - SSPPI
10-Mãe: ANA LUCIA VIEIRA	12-Fone: 86-95106-274
13-Resp: PAULO ANDRE	14-Cor: Parda
15-Ender: RUA BETHOVEN, 3000 - VILA IRMA DULCE - CEP: 64000-000	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: *Paroste em pós op de amputação do m.d. Quadril com defeito para e aus de medula em coto do amputado*

21 - Condições que justificam a internação:

Traumatismo de quadril

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

Raio X e Ultrassom

23-Diagnóstico Inicial:

Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

24-CID Prim:

T009

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	Tempo em 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	CPF: 776.327.023-34	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO	34-Data Solicitação: 11/03/2019	35-Ass.Carimbo-Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:35:16

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610351643000000012024766

Número do documento: 20102610351643000000012024766

Num. 12711601 - Pág. 14



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Rafael Vieira das Neves</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Infecção Coto Amputado Coto ①</u>		
Operação - Tipo <u>LMC Desbridamento Tecido Necrótico</u>		
Cirurgião <u>Dr. Cato Vaz de Oliveira Neto</u> Médico Ortopedista CRM-PI: 3054	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>31/03/19</u>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>Osmo e infecção grave</u> <u>Mano Removido de Coto</u> <u>em 24 a 48h</u> <u>Auoliz, manuseio de</u> <u>desnã Kaloood.</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
<div style="text-align: center;"></div>		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<u>Revisão da amputação - Amputação e desbridamento</u> <u>Abertura do ferimento Coto ①</u> <u>Manuseio de tecido Necrótico</u> <u>e odor fefofo</u> <u>LMC e Sutura + PVPI</u> <u>Desbridamento Tecido Necrótico</u> <u>Remoção LMC - Tecido necrótico</u> <u>Amotus aberto (Coto aberto)</u>		

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019

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

Dr. Cato Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13/03/19

NOME DO PACIENTE: Rafael Viana das Neves	PRONTUÁRIO Nº: 423585
DIAGNÓSTICO: Infecção do Coto Cordeão	CIRURGIA: LMC
ANESTESIA: R. B. B. B.	Nº DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3054	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: Rague	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Viana	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI n. 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7,5 x 8,0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	:		LUVA Nº 6,5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	.		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	:::		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO		
GASES	PAC.	:		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Enfermarias		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Exames = 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL n. 20							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Viana			
PROLENE							

Kidde Juntas Pimentel Cavalcante
Município: 89004
SABE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Rafael Vieira das Neves</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL <i>143 x 69</i>	PULSO <i>63</i>	RESPIRAÇÃO <i>14 irpm</i>	TEMPERATURA <i>?</i>	PESO <i>?</i>	ALTURA <i>?</i>
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA <i>2,9</i>	HEMATOCRITOS	GLICEMIA <i>47</i>	DOS. URÉIA <i>?</i>
EXAMES DE URINA <i>nao km!</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>sat 92 09:1 AA; upulso</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>RRT 80F 55 FC 64 bpm</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA <i>?</i>	BRONQUITE <i>?</i>
SISTEMA DIGESTIVO <i>f jejum prolongado, disglucêmico</i>				SISTEMA URINÁRIO <i>IRC</i>		
ESTADO MENTAL <i>LOTE</i>				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3	TOTAL DE DOSES			
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100	<i>SFO, 9-1 250 mL + SG 5% 500 mL</i>			<i>Check Equipamentos Monitorização Aceno Venoso Central</i>
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO	38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS			DURAÇÃO			
TÉCNICAS <i>Raqui-anestesia sob técnica aséptica, punção única e/ duração 26.6, 13-4.</i>			INCIDENTE - ACIDENTE <i>nao houve</i>			
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS <i>Joa. Anselmo Carvalho - CRM 5364</i>						
PARTICULARIDADES <i># Cirurgia de Urgência #</i>						

Kássia Jansen Pinheiro
Márcia - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONDIÇÕES POST-OPERATÓRIAS
MÉDICAS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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, Jose Willami Mendes de Brito
RG nº 4049558, data de expedição 10/10/18
Órgão SSP. PI, portador do CPF nº 075.993.863.60
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Gurigema, nº 3815
complemento Três andares declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Rafael da Silva Feitosa, cujo o condutor era
Rafael da Silva Feitosa
Veículo: Moto Modelo: Honda V66 16 START Ano: 2016
Placa: PFZ-4853 Chassi: 9CZKC2S00GR6J0J22
Data do Acidente: 13/03/19

Local e Data: Teresina, 10 de maio de 2019

Jose Willami Mendes de Brito
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lacerda Rego, 123 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina - PI - Fone: (86) 3223-0100 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Sede: Antônio Gonçalves de Sampaio Pereira
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE WILLAMI MENDES DE BRITO, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 20/05/2019. Selo: AAC50467-UJTY
www.tjpi.jus.br/portalexta.
Jéssica Aline de Meneses Silva, ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 428
DECL DO PROPRIETARIO DO VEICULO

ARTURIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEU
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jéssica Aline de Meneses Silva
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 799 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-902
CPF: 06.840.741/0001-891 Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto de renda aprovado pela SEFAZ/PA

PARA CONSULTA
CONSUMO, informe
esse N.º MERCOS

N.º da Nota Fiscal: 020924703

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.413 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh) 143 TOTAL A PAGAR (R\$) 145,18

CONSUMO MÊS
ABRIL/2019 VENCIMENTO
02/05/2019

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 03059007125320
CEP: 4.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DATA DE LECTURA	VALOR	DATA DE LECTURA	VALOR
Atual:	12927	25/04/2019	
Anterior:	12784	26/03/2019	
Próxima Lectura:	1.000	24/05/2019	
Consumo Medido:	143	24/04/2019	
Consumo Faturado:	143	25/04/2019	
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	170

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
MAR/19	153	122,75
FEV/19	204	18,58
JAN/19	133	2,13
DEZ/18	130	6,55
NOV/18	160	3,17
OCT/18	138	
SET/18	152	
AGO/18	186	
JUL/18	171	
JUN/18	206	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
REVISÃO TARIFARIA EXTRAORDINARIA MEDIA DE 1,45% A PARTIR DE 01/04/2019. CONFORME RESOLUCAO ANEEL 2.523/2019.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Por favor! Até o dia 24/04/2019, não constataremos faturas vencidas
em sua Unidade Consumidora.

630D.5CFE.3C0D.4128.ADIA.FBIC.36C2.63D7

Descrição	Valor (R\$)	Base de Cálculo	Valor (R\$)
Distribuição	49,85	22,00%	27,00
Energia	8,43	Alíquota ICMS	1,34
Transmissão	4,12	Valor do ICMS	6,21
Encargos	34,55	Valor do PIS	
Tributos		Valor do COFINS	

Descrição	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Unidade	0,00	0,00
Reserva	0,00	0,00
Outros	0,00	0,00
Total	0,00	0,00

ROT: 17.001.31.11.020100

02/05/2019

020924703 FCAM

06700410000 0

06700410000 0

06700410000 0

06700410000 0

06700410000 0

06700410000 0

DEPARTAMENTO DE SINI
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFIC

7 0 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S

Rua Coelho de Resende, 465 Loj

Centro - Norte CEP: 64.0024

SEQ.: 00347 UC: 0051867-0 DT. LEI.: 25/04/2019 T. ENTR.: 01

LEITURA: 12927 NORMAL TOTAL 145,18 CARGA: 010

DT. VENC.: 02/05/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Kyelly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rozal de Silva Fitor inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.001.273-93 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rozal de Silva Fitor, inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.001.273-93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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 Ninte e Quatro de Janeiro</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teófilo</u>	Estado <u>PAU</u>	CEP
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>(86) 994729591</u>	

10.06.19 de 06 de 19
Local e Data

Kyelly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante



constar
Energia
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação autônoma pela SEFAZ do/pe

Para contato
com/isco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal @19462879

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

CONTABILIZADO
MARÇO/2019

VENCIMENTO
29-03-2019

CONSUMO (KWH) 144 TOTAL A PAGAR (R\$) 135,78

ANTÔNIO DO VALE FEITOSA NETO
R. ONDA VERDE 6291 6291
CPF: 00094046514353
CPF: 64.057-123 - TERESINA

VALE QUEM TEM

ROT: 15.001.62.17.021400

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	12114	Atual:	22/03/2019
Anterior:	11970	Anterior:	20-02-2019
Constante de Multiplicação:	144	Próxima leitura:	23-04-2019
Consumo Medido:	144	Emissão:	21-03-2019
Consumo Faturado:	144	Apresentação:	22-03-2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto
RESIDENCIAL	MONO	A1336379	
Código Pat.			Média 12 meses
1.1.1.1			126

HISTÓRICO (KWH)		
Mês/ano consumo		
FEV/19	148	
JAN/19	102	
DEZ/18	113	
NOV/18	146	
OUT/18	144	
SET/18	118	
AGO/18	132	
JUL/18	124	
JUN/18	128	
MAT/18	132	

TARIFAS E IMPOSTOS:
R\$ 144 - R\$ 0,00

CONSUMO 144 A R\$ 0,368147 = 125,01
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 10,77

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 06-04-2019. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO	2843.EE6B.DC08.C769.840C.DC93.CEE9.9F30	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Distribuição:	25,93	Base de Cálculo:	125,01 97,51
Energia:	50,08	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	8,47	Valor do ICMS:	27,50
Encargos:	5,34	Valor do PIS:	1,37
Tributos:	35,19	Valor do COFINS:	6,32
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
	DIC	FIC	DICRI
	Monet	Trimestral	Anual
Limite	0,00	0,00	0,00
Realizado	0,00	0,00	0,00
Curva		Período de aplicação:	01/2019

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470





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: 080.001.273-93 Nome completo da vítima: Ruyzel da Silva Feitor
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Ruyzel da Silva Feitor CPF: 080.001.273-93
Profissão: estudante Número: 6291 Complemento: _____
Endereço: Rua: Onda Verde Estado: Piauí CEP: _____
Bairro: Vale quem tem Cidade: Teresina Tel.(DDD): (86) 994729591
E-mail: _____

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0004013 CONTA: 94255
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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 lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta avaliação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso deva, 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 pago.
responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUN 2019

Assinatura da Seguradora S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Centro - Norte CEP: 64.002470

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 07.06.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

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



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

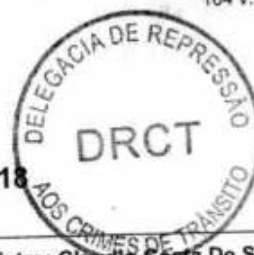
Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saida do PA	05 Chegada ao local
	06 Saida do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saida do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares			
	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida		
Acidente de Transporte	22 Equipamentos de segurança	23 Glasgow =			
	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão			
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso			
	28 Sangramento	29 Dor			
Assistência	30 Fratura	31 Procedimentos realizados			
	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada			
Hospital de Destino	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinar			

io: 27.11.2011



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

164 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001880/2019-18

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

Data/Hora: 21/05/2019 - 08:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. NICANOR BARRETO, Nº:

Complemento

Data/Hora

13/03/2019 - 12:40

Bairro

VALE QUEM TEM

Ponto de Referência

FAETE

528337

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

RG: 3606809 PI

Mãe: ANTONIA CLAUDIA SOARES DA SILVA

Endereço: RUA ONDA VERDE, Nº 6291

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160 START, PLACA PIL-4853-PI, COR VERMELHA, RENAVAL 1086359388, PROP. DE JOSE WILLAMI MENDES DE BRITO, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO FOI FECHADO POR UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, PROVOCANDO A COLISÃO DA MOTO COM UM OUTRO AUTOMÓVEL, TAMBÉM DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE ESTAVA PARADO REALIZANDO UM MANOBRA DE RETORNO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 505415). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Rafael da Silva Feitosa
RAFAEL DA SILVA FEITOSA - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



m de Ocorrência emitido em: 21/05/2019 08:15 - SisBO@2011-2019 AT1

Página 1/1

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:35:16
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610351643000000012024766>
Número do documento: 20102610351643000000012024766

Num. 12711601 - Pág. 24

Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: **RAFAEL DA SILVA FEITOSA**

Nº Sinistro: **3190371781**

RAFAEL DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: **13/03/2019**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190371781**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00377/00378 - carta_09 - INVALIDEZ

00060189



Carta nº 14536833





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: 080.001.273-93 Nome completo da vítima: Ruyzel da Silva Feitor
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Ruyzel da Silva Feitor CPF: 080.001.273-93
Profissão: esteticista Endereço: Rua: Onda Verde Número: 6291 Complemento: _____
Bairro: Vale quem tem Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: _____
E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 994729591

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante em 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: 0004013 CONTA: 94233
(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 lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta avaliação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso dela, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor pago. DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Teresina - Piauí 07.06.19
Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ruyzel da Silva Feitor Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Kelly Maria de Oliveira Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019

Ass. SEGURO LIDER S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

(*) 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.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU
DATA: 07/06/2019 HORA: 10:14:53
TERMINAL: 20041010 CONTROLE: 200410100097

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00094211-0
NOME: RAFAEL DA SILVA FEITOSA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470





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, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190371781

Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 13/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL DA SILVA FEITOSA

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 14436136





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, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190371781

Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

Data do Acidente: 13/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL DA SILVA FEITOSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000094211-0

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196064/19

Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

CPF: 080.001.273-93

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 13/03/2019

Titular do CPF: RAFAEL DA SILVA
FEITOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

RAFAEL DA SILVA FEITOSA : 080.001.273-93

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: 10/06/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196064/19

Número do Sinistro: 3190371781

Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

CPF: 080.001.273-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/03/2019

Titular do CPF: RAFAEL DA SILVA
FEITOSA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 05/07/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/07/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Rafael da Silva Fritora
RG: 3.606.809 Órgão Emissor: SSP-PJ
CPF: 080.001.273-93 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: Solteiro Profissão: estudante
Endereço: Rua Ocho Verde Nº 6291
Bairro: Vale quem tem Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-Piauí
Telefone: (86) 98807-4870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Rafael da Silva Fritora
CPF: 080.001.273-93 Data do Acidente: 13/03/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina - Piauí 02/05/19
Local e data

Rafael da Silva Fritora
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
70 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.002471

ANÚRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELCO
DIGITAL

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAFAEL DA SILVA
FEITOSA, EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 02/05/2019.
www.tjpi.jus.br/poatextura
JUDINE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada
Emol: 13,13 TJ10,77 PMMP/PI: 0,10 Selco: 0,26 Total: 14,98 - OP: 11
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judine de Castro Cardoso
Escrevente Comprovisada
Teresina - PI

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Nome: Ednan Soares Coutinho
CPF: 000.000.000-00
Endereço: Rua da Liberdade, 123 - Centro - São Paulo - SP
Data: 26/10/2020

Procurador: Ednan Soares Coutinho
CPF: 000.000.000-00
Endereço: Rua da Liberdade, 123 - Centro - São Paulo - SP
Data: 26/10/2020

DIGITAL
JULIUS

TERESINA CARTÓRIO J.º OFÍCIO DE NOTAS

Cartório
Teresina
Piauí

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
JULIUS
JULIUS

Procurador: Ednan Soares Coutinho
CPF: 000.000.000-00
Endereço: Rua da Liberdade, 123 - Centro - São Paulo - SP
Data: 26/10/2020

TERESINA CARTÓRIO J.º OFÍCIO DE NOTAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190371781 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA **Data do acidente:** 13/03/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.
FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: INFORMO QUE A PÁGINA 14 NÃO PERTENCE A VÍTIMA DO ACIDENTE.

BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 5/7/8/14.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190371781 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA **Data do acidente:** 13/03/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.
FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: INFORMO QUE A PÁGINA 14 NÃO PERTENCE A VÍTIMA DO ACIDENTE.

BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 5/7/8/14.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190371781 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA **Data do acidente:** 13/03/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.
FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSsíntese (FIOS DE KIRSCHNER E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

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

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190371781 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL DA SILVA FEITOSA **Data do acidente:** 13/03/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.
FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

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

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00





Rafael da Silva Feitosa

CPF: 080.005.243-93

Sinistro: 3190/371781

Eu, Rafael da Silva Feitosa, venho através
desta carta para comunicar que recebi
R\$ 1.687,50 no dia 27.06.19, vindo, assi-
mar que esse valor não paga minha
seguros pois quebrei a perna. Estou
impossibilitado para trabalho. Peço
que marquem minha pericia para que
eu possa ser melhor auxiliado.

Aguardos e Agradeço.

* Rafael da Silva Feitosa





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA
Data do exame: 11/04/2019

Id Paciente: LA414569
Data do laudo: 15-04-2019

Raio X de Tornozelo Esquerdo

- Estrutura óssea íntegra.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dr. Alexandre Monteiro
Médico Radiologista
CRM-PI: 3678





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA
Data do exame: 11/04/2019

Id Paciente: LA414569
Data do laudo: 15-04-2019

Raio X de Joelho Esquerdo

Osteossíntese com parafusos e Fios metálicos na região dos côndilos femorais, bem como da patela, sem sinais de soltura de seus componentes.

Dr. Alexandre Monteiro

Dr. Alexandre Monteiro
Médico Radiologista
CRM-PI: 3678





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA
Data do exame: 24/04/2019

Id Paciente: LA414569
Data do laudo: 26-04-2019

Raio X de Joelho Esquerdo

- Material de osteossíntese nos côndilos femorais e na patela.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA
Data do exame: 11/04/2019

Id Paciente: LA414569
Data do laudo: 15-04-2019

Raio X de Tornozelo Esquerdo

- Estrutura óssea íntegra.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

om

Dr. Alexandre Monteiro
Médico Radiologista
CRM-PI: 3678



FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
11/04/2019
07:25:02

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA RAFAEL, DA SILVA FEITOSA
11/04/2019, 018Y M LA414569
07:25:02 Nasc: 02/04/2001

FAEL, DA SILVA FEITOSA
BY M LA414569
sc: 02/04/2001

JOELHO, LAI
LOW EXM
Im: 2 / 2
1976 X 1576

JOELHO
LOW EXM
Im: 1 / 2
1976 X 1576

E

E

58.41%

58.41% W: 1023 L: 511

W: 1023 L: 511



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:35:16

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610351643000000012024766>

Número do documento: 20102610351643000000012024766

RAFAEL, DA SILVA FEITOSA
OIBY M LA414569
Nasc: 02/04/2001
TORNZELO, FRN
LOW EXM
Im: 1 / 2
2370 X 1770

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
RAFAEL, DA SILVA FEITOSA
11/04/2019 OIBY M LA414569
07:25:38 Nasc: 02/04/2001
TORNZELO, LAT...
LOW EXM
Im: 2 / 2
1770 X 2370

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
11/04/2019
07:25:38

E

E

W: 1023 L: 511

78.02% W: 1023 L: 511

58.27



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: 27/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000094211-0

Nr. da Autenticação 1085C6824D9ECD86

