

Screenshot of a web browser showing a legal document from the PJe (Portal do Advogado) system. The document is a contestation (Contestação) for case number 12711596, dated 26 Oct 2020. The document is titled "12711596 - CONTESTAÇÃO (2760005 CONTESTACAO 01)" and is juntado by EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO on 26/10/2020 at 10:35:17. The document is a binary file named "downloadBinario.seam" and is page 1 of 11. The document header includes the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "2760005- C3/ 2020-03922/ INVALIDEZ". The document body starts with "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". The browser's address bar shows the URL: tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=418887&ca=741d3ca79585d6602d7f39fb752273.... The browser's toolbar includes icons for Back, Forward, Stop, Refresh, Home, Search, and Favorites. The status bar at the bottom right shows the date and time: 26/10/2020 10:35.



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	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL
3.606.809 25/04/19
REGISTRO GERAL
NOME: RAFAEL DA SILVA FEITOSA
FILIAÇÃO: ANTONIA CLÁUDIA SOARES DA SILVA
ANTONIO DO VALE FEITOSA NETO
NATURALIZADO: FLORIANO-PI 02/04/2001
DOC. OFICIAL CERT. NASC. 3547 L 16 F 290
EXP. RIO GRANDE DO PIAU-PI 13/12/05
080.001.273-93
Assinatura do Diretor
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
10 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470





Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1286	02 Data do chamado 03-03-10	03 PRO (código) 2010	04 Saída do PA 1310/1	05 Chegada ao local 13-10-10					
Local da Ocorrência	06 Saída do local 13-10-10	07 Chegada ao 1º hospital 14-10-10	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital						
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Vicente Sampaio	11 Bairro Vale das Flores	12 Município-UE Teresina	Código IBGE 0101010101010101						
	13 Ponto de referência Frente.									
Dados do Paciente	14 Nome Ricardo da Silva Furtado	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado 1								
Acidente de Transporte	16 Idade 17a	17 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 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 11						
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedaço 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 8 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Assento para criança <input checked="" type="checkbox"/>						
Assistência	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 1 - 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	24 Sinais Vitais Pulso 108 Resp. 16x8 PA 140/80 Sat02 96%	25 Local da lesão					
Hospital de Destino	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 P脉so Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor <input type="checkbox"/> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2 - Não 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>					
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Vascular <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>						DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
	32 Hospital de Destino H. U. T						33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado			
	34 Óbito 1 - Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte						35 Localização Máscara: 69904 SAME - HOT 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/>			
	36 Socorristas Médico <input type="checkbox"/> AE/TE <input type="checkbox"/>						37 Enfermeiro Condutor <input type="checkbox"/> Edvaldo <input type="checkbox"/>			
	38 Responsável pela recepção Assinatura: <input type="checkbox"/>						39 Data 0: 27.11.2011			

paciente motociclista vítima de queda de seu apresentando lesão contante em perna esquerda região do joelho + coxinho, com dor intensa + esguicho



NOME DO PACIENTE: Raphael 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 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
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

Imp: 13/03/2019 14:39:00
Ass: WILLIAM MACHADO
(Estado: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<u>Classificação:</u> Dor intensa	<u>Cor:</u> 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 BURNOS AIRES COREN PI 138833 Em: 13/03/2019 14:15:08

<u>SSVV:</u> (Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: bmp Pressão: mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ CERCA DE 1 HORA. RELATA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, VÔMITOS, EPISTAXE OU OTORRAGIA. QUEIXA-SE DE DOR EM MIE A) VIAS AEREAIS PERVERIAS, FASICO. B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, SAT 02:99%. C) RR, 2T, BNF, SS. FC: 105 BPM. PA: 140X90 MMHG. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPACAO. D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE. E) CURATIVO OCLUSIVO EM JOELHO E PÉ ESQUERDOS. ESCORIAÇÕES EM ANTEBRAÇO DIREITO. CD: RAIOS X, ENCAMINHO A ORTOPEDIA.

<u>Diagnóstico Inicial:</u> ?	<u>CID:</u>
----------------------------------	-------------

<u>Exames Complementares:</u> (1172060) - PELVE (1172061) - COXA ESQUERDA (1172062) - JOELHO ESQUERDO	<u>RAIO-X REALIZADO</u> Data: 13/03/2019 Técnico: <i>W</i>
--	--

<u>Prescrição Médica:</u>	<u>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</u> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 10 JUN. 2019
---------------------------	---

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u> Estabilização	<u>SENTE SEGURADORA S.A.</u> Av. Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470
--	---

Assinatura Paciente ou Responsável

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



Introduzido 13/03/19 15:006

Trans - MIE

Aparente extinção permanente
e calcaneos e joelhos E

Numeração ok

K8: protetor protetor

protetor condutor permanente.
Ascento virgem


Cláudia Nogueira
Proprietária e Transmissora
GOL-PI-101 CRMV-MA 9331
SEOT 12007





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Rafael da Silva Furtado		
Diagnóstico pré-operatório	Politrau matizado - fract. patela + fímur distal E		
Operação - Tipo	DME + Fixação do Páteo + fíos e paraf.		
Cirurgião	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto	1º Assistente	
2º Assistente	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI 3054	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Jéssica Paula	Anestesista	Dra. Ana Beatriz Paixão
Anestésico(a)			
Data da Operação	13/03/2019	Ínicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	O arco		

Relatório Imediato do Patologista

φ

Acidente Durante a Operação

φ

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 65 Loja
Centro - Norte CEP: 6400247

Pneum+fract. femoral - Anatomia subinguinal
LNUC do ferimento cr. fr. fêmur distal
fíbro + PVP - duplo do ferimento
roto fálico (R) - fechamento.
Proced. e fixação cr. fém R + Cervix fem
removido - muro dme - fíos
períoperi contus contus contus fém (R)
Fixação de fíos (RCH) cr. fíos
e amarras fíos - fálico - fíos
fíos - amarras

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

Mod. 76 HUT



Presidente de Argentina

10 JUN 2010

GENTE SEGURA *Romero*
Rua Coelho da Rocha, 1000
Centro - Niterói - RJ - 24015-626
CNPJ: 00.2470-1
Ano 2000





LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL: HUT - CC

CNPJ:

PACIENTE: *laçal da Silva Fitora*

Nº AIH

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCED. SOLICITADO:

MÉDICO SOLICITANTE: *Dr. Caio Vaz*

CPF:

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

JUSTIFICATIVA

*Fratura patela E
Fratura fímur distal E
02 fios de Kitchner 2-0
01 Prótez Oclíofem 1,5*

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

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

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0403050624

CÓDIGO OPME: 0702030040 / 0702030232

JUSTIFICATIVA:

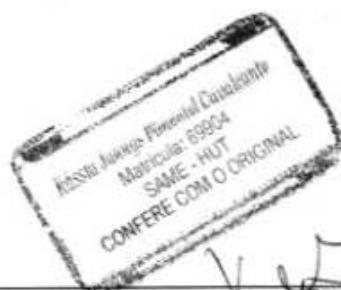
*Recover de fratura
do fêmur. DORP (E)
Condilo lateral c1
- al poros
- 02 amelos (esq)*

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

Teresina, 13/03/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:



AUDITOR:

Teresina, 1 / 1



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: 0405050624

Indicador de Compatibilidade: 07020300x10 / 0702030732

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Caio Vitor de Oliveira Neto
CRM Nº DR. CAIO VITOR DE OLIVEIRA NETO
CRM-PI 3054 CPF Nº

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

Código Ropm Nº	DESCRÍÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
<u>Cx-103</u>	<u>02 parafusos expansores 6,5mm Un: 75</u> <u>02 arruelas</u>

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

Teresina 13 de maio de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome: Auália





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

DATA 13 / 03 / 2019

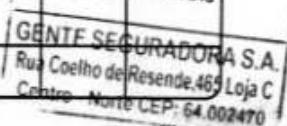
NOME DO PACIENTE: <i>Rafael da Silva Furtado</i>		PRONTUÁRIO Nº: <i>505415</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Edemina (pat. pato + tumor distal)</i>		CIRURGIA: <i>Exonice de</i>
ANESTESIA: <i>Raque</i>		Nº DA SALA: <i>06 - Pediatria</i>
CIRURGÃO: <i>Dr. Laís Vaz de Oliveira Neto</i>		CPF Nº: <i>REAG 04</i>
AUXILIAR: <i>Estudante</i>		CPF Nº: <i>REAG 04</i>
ANESTESIA: <i>Dra. Ana Beatriz</i>		CPF Nº: <i>REAG 04</i>
INSTRUMENTADORA: <i>Silene Paula</i>		CPF Nº: <i>REAG 04</i>

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	2		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	1	
AGULHA 30X8	UNID.	2		LUVA Nº 45	PAR	1	
AGULHA 40X12	UNID.	1		LUVA Nº 40	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- GOTAS	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.	—		Blitodes	UNID.	5	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		Fio - K N.º 2-0	UNID.	2	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—		Exame: Anexo: Pneum/ Cardiologista Maior: 69604 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON 2-0		2					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA: <i>Patogia</i>			
VICRYL 0		2		CIRCULANTE: <i>Patogia</i>			
PROLENE		—					



10 JUN 2010





234859

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AUXÍLIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

186143

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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	234859

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-Ender: VALE QUEM TEM - VLE QUEM TEM - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Acidente com trauma grave
no joelho (E) dor e ferimento local
pele (E)

21 - Condições que justificam a internação:

Testamento Cirúrgico

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

RX = fratura Patello (E) + Caudilo Lateral Femur

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior) **0408050624 + 0108050527 - 72.4 5820**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora: <i>Karen Luiza Pimentel Júnior Matrícula: 65904</i>	40-No. Bilhete:	41-Série: 9999
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa: <i>SAME - VLT CONFIRA COM O ORIGINAL</i>	43-CNAE Empresa:	44-CEOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 10 JUN. 2019	48-Documento:	49-Num. Documento: EDNAN SOARES COUTINHO	50-Ass. GENTE SEGURO SA Centro - Norte CEP: 64002476 Consulta SUS: Impressão: 13/03/2019 17:34:51
--	---	---------------	--	--

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Ednan Soares Coutinho



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. QU/ AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Raoul da Silva fútoro		505415	Ortopédica	936	248	
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
		# P01 Fratura patela + fíbula distal E				OBSERVAÇÕES
DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO						
1 SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN						
2 SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN						
3 RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV8/8 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 CCCGG + SSWV						
Dr. <u>José Oliveira Neto</u> Assinatura: <u>2019-06-06</u>						
Apro. <u>João Carlos</u> Assinatura: <u>2019-06-06</u>						
Sala de <u>Getúlio</u>						
Teto <u>Getúlio</u>						
DATA: <u>06/06/2019</u>						
Técnico: <u>João</u>						
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT						
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO						
10 JUN. 2019						
GENTE SEGUROADORA S.A.						
Av. Conde de Resende, 465 Loja C						
Centro - Rio de Janeiro - CEP: 22210-000						





185260

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

134/03

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

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

2-CNES
5828856

4-CNES
5828856

Código da Internação
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**

11-Fone: **86-95106-274**

13-Resp: **PAULO ANDRE**

14-Cor: **Parda**

15-Ender: **RUA BEETHOVEN, 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:

*Paurote em pós op de amputação
do m¹º. Doloris bem leves
dor e dor de veuse em
coto do amputado*

21 - Condições que justificam a internação:

Traumatismo Crônico

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

Exame clínico + Coloproct

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Princ.: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

T009

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Procedimento Solicitado:

0413040178 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

Tempo SE

3

29-Clinica:

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

02 01 CPF 776.327.023-34

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CAIO VAS DE OLIVEIRA NETO

11/03/2019

*Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 10381*

35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-Nº. Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Tipico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

*Kassia Júlia Pinheiro Gauká
Matrícula: 6904
SAME - HUT
CONFIRA COM O ORIGINAL*

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

10 JUN. 2019

56-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

48-Documento:

49-Num. Documento:

()CNS ()CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*EDNAN SOARES COUTINHO
Rua Coimbra, 100 Centro
Belo Horizonte - MG CEP: 30110-000
Loja C
Impressão: 16/12/2020 16:12:22*



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 Viana dos Neves</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Infeção Coto Anupado Cx ①</u>		
Operação - Tipo <u>LMC Desbridamento Neves Necótico</u>		
Cirurgião Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3054	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Instrumentador(a)	Anestesista	
Data da Operação <u>33/03/19</u>	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>Ocaso de infecção grave</u> <u>Mais Revestido de Coto</u> <u>em 24h 48h</u>		
Relatório Imediato do Patologista	<u>Acolico manuscrito</u> <u>desasfixia coto</u>	
Acidente Durante a Operação <u>8</u>		
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) <u>Perfuro abertura - Anuncie e Destrinze</u> <u>Abertura de fáscia Coto ①</u> <u>Desbridamento muito Fervido Nevo Sico</u> <u>ci odors, feito</u> <u>LMC de 10x12x2 + PVP</u> <u>Desbridamento tecido Necótico</u> <u>Nevo LMC - Nevo Sico</u> <u>Anotou aberto (coto aberto)</u>		
<i>Klebia Júlio Pimentel Cavalcante Matrícula: 69804 SAME - HUT ERÉ COM O ORIGINAL</i>		DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JUN. 2019		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470
<i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3054</i>		



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: <u>Rafael Viana dos Nunes</u>		PRONTUÁRIO Nº: <u>423585</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Infeção Gastro Coite</u>		CIRURGIA: <u>LMC</u>
ANESTESIA: <u>o. Danne</u>		Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIAO: <u>Raio Dr. Caio Viana Oliveira Neto</u> Médico Ortopedista CRM-PI: 3054		CPF Nº:
AUXILIAR: <u></u>		CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Raio</u>		CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Viana</u>		CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <u>n. 24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>7,5 a 8,0</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	:		LUVA Nº <u>6,5</u>	PAR	<u>01</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	•		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>03</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>200</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>300</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>3</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO <u>500</u>	FRASCO		
GASES	PAC.	:		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Esguicho =</u>		<u>03</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Escorcos = 03</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL <u>n. 20</u>	•						
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							



10 JUN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Rafael Vicira das Neves</i>						Nº DE REGISTRO	
DATA: 143 x 69		P. ARTERIAL 63	PULSO 63	RESPIRAÇÃO 14 bpm	TEMPERATURA ?	PESO ?	ALTURA ?
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA 7,9	HEMATOCRITOS	GLICEMIA 47	DOS. URÉIA ?
EXAMES DE URINA <i>não tem!</i>							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>sxt 02 69' 1 AA; expurgo</i>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>RPH 80F 55 FC 64 bpm</i>						ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO						ASMA ?	BRONQUITE ?
SISTEMA DIGESTIVO <i>+ jejum prolongado, disglaciônico</i>				SISTEMA URINÁRIO <i>IRC</i>			
ESTADO MENTAL <i>LOTE</i>				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÉNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES <i>Chave Equipamentos Monitorizações Aceno Vídeo Central</i>
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	SF 0,9 + 250 mL + SG 5x 500 mL				
TEMPERATURA T		260 240 2 200 180 160 1 140 <i>✓</i>					
P. ARTERIAL V O PULSO		38 200 180 160 1 140 <i>✓</i> 120 <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> 100 <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> 80 <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> 60 <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> 40 <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> 20 <i>✓</i> <i>✓</i> <i>✓</i> 10 <i>✓</i> <i>✓</i>					SEQUÊNCIA <i>1. Raqui 2. Morfina 60 mg 3. Bupivacaína 4. Passada 12 mg 5. Efdanina 5 mg/ml ACB 6. Ondansetron 40 7. Glicose 50% - 5 ~ 8. Amp EV 12. Amp EV 13. 14. 15.</i>
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						DURAÇÃO	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS		Raquitestesia: sob técnica aseptica, punção única e/ ou quirúrgica 26G, 13-4.				INCIDENTE - ACIDENTE <i>não houve</i>	
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS <i>Jra. Ana Lúcia Lemos - CRM 5364</i>							
PARTICULARIDADES <i># Cirurgia de Ingénuo #</i>							
MOD 76 - HUT							



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



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 Willani 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: Gurupi, nº 3815,

complemento Três andares, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Raquel da Silva Furtado, cujo o condutor era

Raquel da Silva Furtado.

Veículo: moto Modelo: honda/6616 START Ano: 2016

Placa: PSL 4853 Chassi: 9CZKC2S00GR630222

Data do Acidente: 13/03/19

Local e Data: Teresina, 20 de maio de 2019

Jose Willani Mendes de Brito
Assinatura do Declarante



10 JUN. 2019

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

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Sedex: Anselmo Gonçalves de Sampaio-Pernambuco

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE WILLANI MENDES
DE BRITO, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 20/05/2019.
www.tjpi.jus.br/portalalextra.

Jessica Aline de Meneses Silva RECREVENTE AUTORIZADA
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Sel: 0,26 Total: 4,98 - OP: 428
DECL DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

ARTURIO 3º OFÍCIO DE NO.
CONSULTE O SEI
DIGITAL

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



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ruyly Menezes de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ruyuel da Silva Furtado inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.001.273-93 do sinistro de DPVAT cobertura Finaliz da Vítima Ruyuel da Silva Furtado 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 Lider-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 Vinte e Quatro de Janeiro</u>		Número	<u>554</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>Piauí</u>
Email				Telefone comercial (DDD)	<u>(86) 994729591</u>
			Telefone celular (DDD)		

20, PI, 07 de 06 de 19
 Local e Data

Ruyly Menezes de Oliveira
 Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470

editorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 05.447.748/0001-49 Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia: Cântica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ 06/98

MARÇO/2019

VENCIMENTO
29-03-2019

ANTONIO DO VALLE FEITOSA NETO
R. ONDA VERDE 6291 6291
CPF: 00094046514353
CEP: 64.057-123 - TERESINA

SEU CÓDIGO

Para contato
com oasco, informe
seu NÚMERO!

019462879

Nº da Nota Fiscal

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

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

DADOS DA LEITURA

12114

DATAS DA LEITURA

22/03/2019

Atual:

11970

Atual:

20-02-2019

Anterior:

144

Anterior:

23-04-2019

Constante de Multiplicação:

144

Próxima Leitura:

21-03-2019

Consumo Médio:

144

Emissão:

22-03-2019

Consumo Faturado:

FCAM

Apresentação:

30

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

Dias de Consumo:

RESIDENCIAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

DATA 12 meses

Class/Subclasse

Ligação

Número Medidor

Período

Código Ref.

Média 12 meses

MÓDULO

A1336379

126

HISTÓRICO kWh:

Médiano 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
MAI/18 132
TARIF SEM TRIBUTOS:
0 R\$ 144 - R\$ 623000

CONSUMO

144 A R\$ 0,568147 =

125,01

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)

10,77

DESCRIÇÃO DA CONTA

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora suspeita e suspenso do fornecimento de
02/2019 144,92 energia elétrica a partir de 06-04-2019. O não pagamento por
determinado tempo também é inclusão do nome do consumidor na
SCEPA. 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_EEGB_DC08_C769_B40C_DC93_CEE9_9F30 IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

CONSIDERAÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição:	25,93	Baixa 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:	1,41%	1,37
Tributos:	35,19	Valor do COFINS:	6,49%	6,32

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		DNUC		DNCB	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00		0,00			0,00		
Carregado							Periodo de apuração:	EUSO
							01/2019	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO 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:	Nome completo da vítima:		
	080.003.273-93	Ruyael da Silveira Feitosa		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF: 080.003.273-93		
Profissão:	Endereço:	Número: 6291 Complemento:		
estudante	Rua: Ondu Verde			
Bairro:	Cidade:	Estado: Piauí CEP:		
Vale quem tem	Teresina			
E-mail:	Tel.(DDD): (86) 994729591			

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

RECUZO 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: 2004 CONTA: 94255 (Informar o dígito se existir)

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

(Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA LOBERTURA 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima:				
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascir)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

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

MORTE	Local e Data: Teresina - Piauí 07.06.15		TESTEMUNHAS	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
	Nome: _____	CPF: _____	1º Nome: _____ CPF: _____	1º JUN. 2019
Impressão digital da vítima ou beneficiário, não alfabetizado	Nome: _____	2º Nome: _____ CPF: _____	Ass. GESTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	
CPF: _____	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura		

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ruyael da Silveira Feitosa

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





• Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 N° do chamado 1286	02 Data do chamado 03 PRO (código) 04 Saída do PA 05 Chegada ao local 1310/13-199
Local da Ocorrência	06 Saída do local 13140	07 Chegada ao 1º hospital 14-15
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Presidente Vargas	11 Bairro Vale das Flores
	12 Município-UE Tepli	Código IBGE
	13 Ponto de referência Fazenda	
Dados do Paciente	14 Nome Rafael da Silva Faria	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado
	16 Idade 17a	17 Se idade ignorada, preencha com 999
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	19 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção 1 - Pé/pele 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	21 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares
	22 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	23 11
Exame Físico	24 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	25 Equipamentos de segurança Capacetes Cinto de segurança Assento para criança
Assistência	26 26 Glasgow = 15	27 RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma
Hospital de Destino	28 28 Dor 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito Intensa 5 - Muito Muito Intensa
Observações Interdisciplinar	30 30 Sinais Vitais Pulso 108 Respiração 28 PA 102/88 Sat 96	31 31 Local da lesão 1 - Cabeça 2 - Pernas 3 - Braços 4 - Abdomen
	32 32 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos	33 33 DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 1 - Não Reservado 2 - Reservado
	34 34 34 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	35 35 Óbito 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte
	36 36 Observações Interdisciplinar paciente motociclista vítima de queda de moto apresentando lesão contante em perna esquerda região do joelho + calcâneo, com dor intensa + escoamento	37 37 Socorrista Médico Enfermeiro Condutor

paciente motociclista vítima de queda de moto apresentando lesão contante em perna esquerda região do joelho + cancro, com dor intensa +

~~acceso~~
Socorristas _____
Médico _____
AEITE 0 L.E.E.

Enfermeiro _____
Condutor _____

— 27.11.2014



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

Data/Hora

13/03/2019 - 12:40

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

528337

Município

TERESINA

VALE QUEM TEM

Endereço

AV. NICANOR BARRETO, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

FAETE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAFAEL DA SILVA FEITOSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3606809 PI

Mãe: ANTONIA CLAUDIA SOARES DA SILVA

Endereço: RUA ONDA VERDE, Nº 6291

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

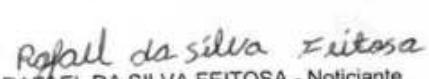
Natureza(s) da Ocorrência

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, RENAVAM 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 - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Policia



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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	080.001.273-93	Rafael da Silveira Feitosa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	080.001.273-93
Profissão:	Número:	6291
Endereço:	Complemento:	
Residente	Rua: Ondu Verde	
Bairro:	Cidade:	Piauí
Vale quem tem	Estado:	CEP:
E-mail:	Tel.(DDD):	(86)994729591

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO 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\$ 5.000,00 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: 0004 01 CONTA: 94255

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA LIBERTAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Terezina - Piauí 07.06.15

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rafael da Silveira Feitosa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUN. 2019

2º | Nome:

CPF:

Ass. GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

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.







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

Pag. 00681/00682 - carta_01 - INVALIDEZ



00030341

Carta nº 14436136



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:35:16
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261035164300000012024766>
Número do documento: 2010261035164300000012024766

Num. 12711601 - Pág. 28

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

Pag. 0160901610 - carta_15R - INVALIDEZ



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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:35:16
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261035164300000012024766>
Número do documento: 2010261035164300000012024766

Num. 12711601 - Pág. 30

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:35:16
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261035164300000012024766>
Número do documento: 2010261035164300000012024766

Num. 12711601 - Pág. 31

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Rafael da Silva Fietosa
RG: 3.606.809 Orgão Emissor: SSP - PI
CPF: 080.003.273.93 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: Solteiro Profissão: estudante
Endereço: Rua André Verole Nº 6291
Bairro: Vale quim tón Cep: _____ Cidade/UF: Teresina - Piauí
Telefone: (86) 98807-1810 ()

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão 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 Fietosa
CPF: 080.003.273.93 Data do Acidente: 13/03/19

Cobertura solicitada: Invalidade Permanente DAMS Morte

Teresina - Piauí 02/10/19
Local e data

Rafael da Silva Fietosa

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JUN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Norte CEP: 64.002-470



CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judice de Castro Cardoso
Escrivente Compromissada
Teresina - PI

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 FÉMUR 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: 19/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.
FRATURA DE FÉMUR 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 FÉMUR 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



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 FÉMUR 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:

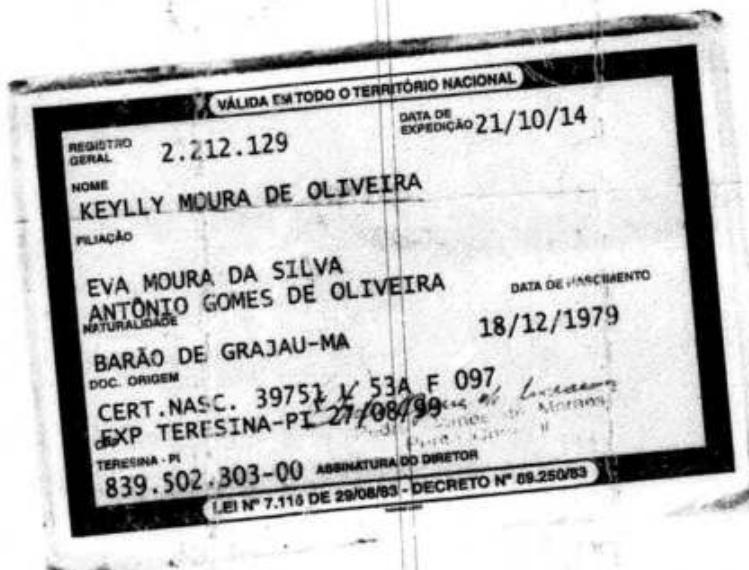
Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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





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. 38

Rafael da Silva Fitora

CPF: 080.005.243-93

Sinistro: 35901373781

Eu, Rafael da Silva Fitora, venho através
desta carta para comunicar que recebi
R\$ 1.687,50 no dia 27.06.19, entro, apre-
mar que esse valor não paga minhas
despesas pois quebrei a perna. Estou
impossibilitado para trabalhar. Por
que marquem minha perícia para que
eu possa ver melhor auxiliado.

Agradecido e Aguardo.

* Rafael da Silva Fitora





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
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



Página 1 de 1



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

Num. 12711601 - Pág. 42



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.622.917/0016-56

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.

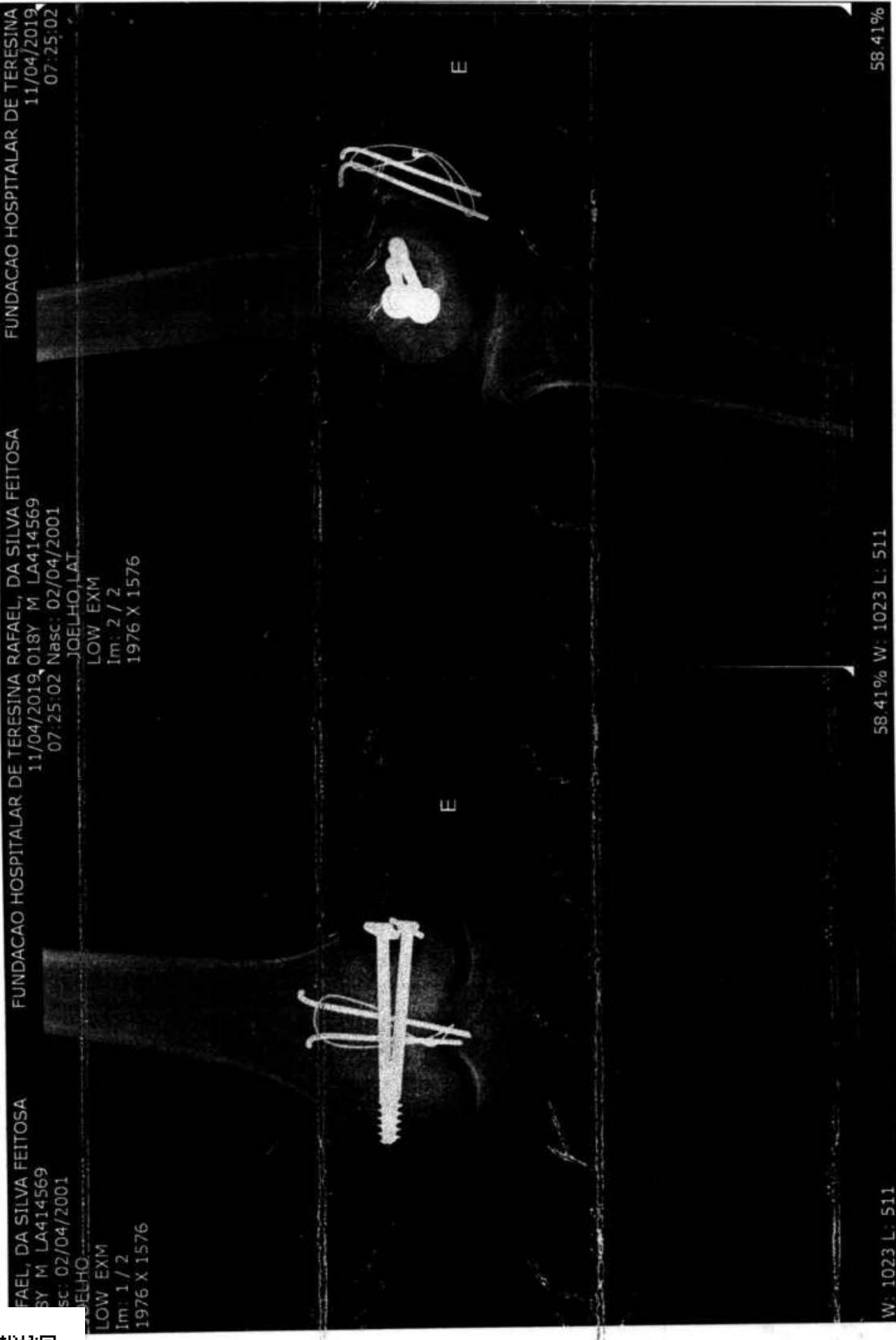
anom

Dr. Alexandre Monteiro
Médico Radiologista
CRM-PI: 3678



RAFAEL, DA SILVA FEITOSA
M M LA414569
SC: 02/04/2001
JOELHO
LOW EXM
Im: 1 / 2
1976 X 1576

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



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

W: 1023 L: 511

58.41% W: 1023 L: 511

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

58.41%

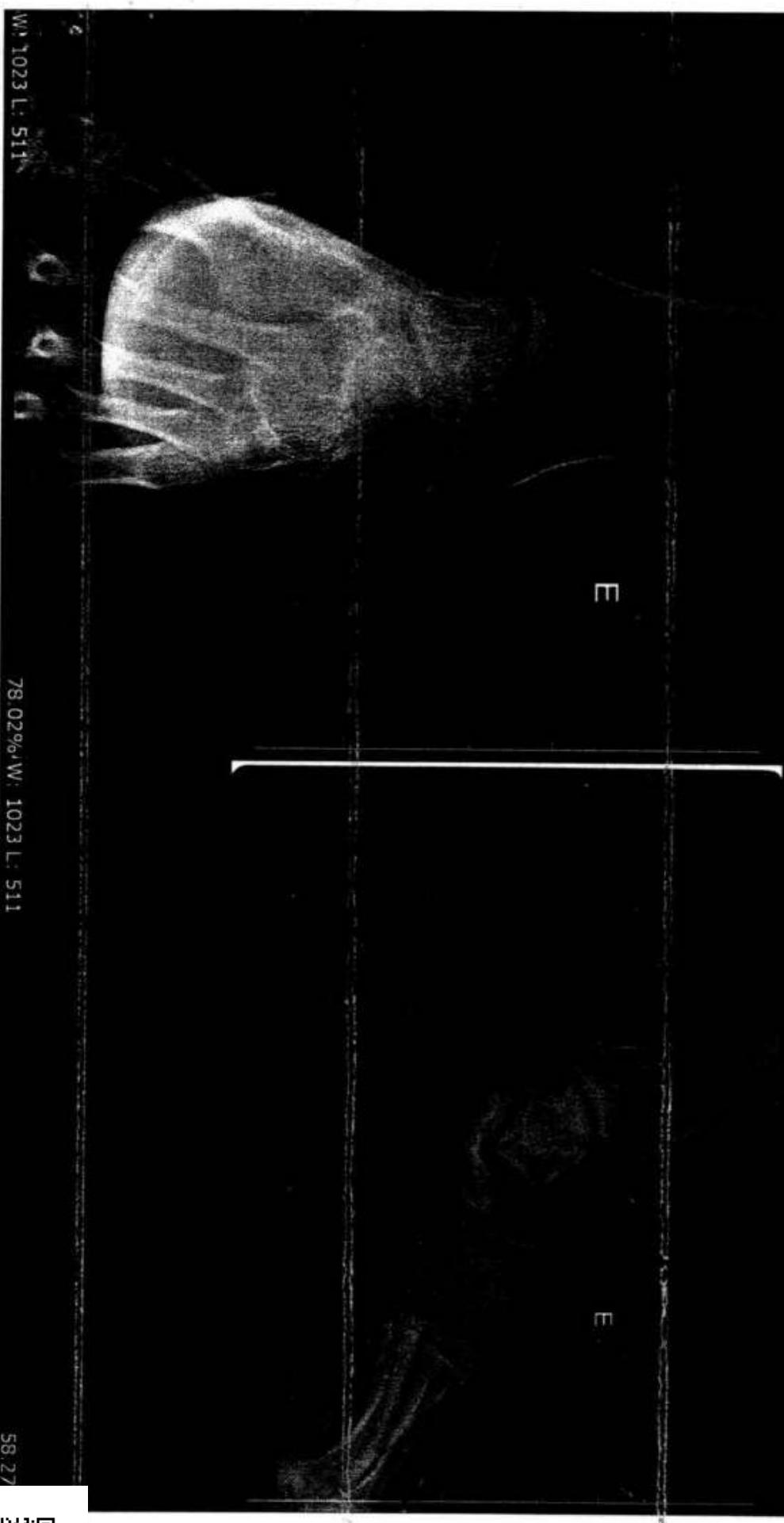
58.41%

RAFAEL DA SILVA FEITOSA
018Y M LA414569
Nasc: 02/04/2001
TORNOCOLO, FRN
LOW EXM
Im: 1 / 2
2370 X 1770

RAFAEL DA SILVA FEITOSA
11/04/2019 018Y M LA414569
07:25:38 Nasc: 02/04/2001
TORNOCOLO, LAT...
LOW EXM
Im: 2 / 2
1770 X 2370

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA

11/04/2019
07:25:38



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



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

Num. 12711601 - Pág. 46