

Screenshot of a web browser showing a digital court filing system interface.

The title bar displays: Zimbra, Email, Control, Mensag, Audiênc, PJe Consulta, 080114, 080601, 080164, Baxar c, (31) Wi, +, Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações.

The address bar shows: tpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=549619&ca=c9dd9a0cd83880d41baa916cdc9a55...
Apps, Processo Virtual Na..., Administrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações.

The main content area shows:

- PJe ProceComCiv 0801145-98.2020.8.18.00028
- CARLITO LIMA OLIVEIRA X GENTE SEGURADORA SA
- 13086757 - CONTESTAÇÃO (2762371 CONTESTACAO 01)
- Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 12/11/2020 16:05:48

On the left sidebar, there is a tree view of documents:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 13086754 - CONTESTAÇÃO
 - 13086754 - CONTESTAÇÃO (2762371 CONTESTACAO 01)
 - 13086765 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13086766 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13086767 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 13086768 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The central panel displays a document titled "downloadBinario.seam" with page 1 of 9. The document header includes "2762371-C3/ 2020-04021/ INVALIDEZ" and the logo "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The body of the document reads:

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANO/PI

At the bottom right of the screen, the status bar shows: PT, 16:05, 12/11/2020.



Número: **0801145-98.2020.8.18.0028**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Floriano**

Última distribuição : **24/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CARLITO LIMA OLIVEIRA (AUTOR)	THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO)
GENTE SEGURADORA SA (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
13086 765	12/11/2020 16:05	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
047.497.553-38		<i>Caetano Lima Oliveira</i>

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:		6 - CPF:	
<i>Caetano Lima Oliveira</i>		047.497.553-38	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<i>Jornalista</i>	<i>Rua Vila Leão Q-08</i>	21	<i>Casa</i>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<i>Alto da Cruz</i>	<i>Floriano</i>	PI	
15 - E-mail:			
<i>851994168848</i>			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0638*

CONTA: *013.47387*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

22 - 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 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

23 - 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	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou DEPARTAMENTO DE SINISTROS <input type="checkbox"/> Sim
---	---	---	---	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem, na forma e no prazo previstos na legislação, para receberem o valor recebido, além da CONTEÚDO NÃO VERIFICADO.

INVALIDEZ PERMANENTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
--	--

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: _____	2º Nome: _____
-----------------------	------------------

CPF: _____	23 SET. 2019
------------	--------------

GENTE SEGURADORA S.A.
Assinatura da testemunha
Natalia Coelho de Resende, 465 Loja C

39 - 2º Nome: _____	Centro - Norte CEP: 64.002-470
-----------------------	--------------------------------

CPF: _____	Assinatura da testemunha
------------	--------------------------

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Floriano - PI 22/09/19*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *X Caetano Lima Oliveira*

43 - Assinatura do Procurador (se houver) *Graciele Oliveira de Souza*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

01 V002/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 16:05:48
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111216054791400000012378766>
Número do documento: 20111216054791400000012378766

Num. 13086765 - Pág. 2



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

464 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.002578/2019-03

Unidade de Registro: 2º DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: Nayliê Fonseca Pereira Rocha

Data/Hora: 18/09/2019 - 11:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

1º DP DE FLORIANO

03/02/2019 - 22:00

Tipo Local

Bairro

VIA PÚBLICA

TIBERAO

Município

FLORIANO

549528

Endereço

Ponto de Referência

AVENIDA CALISTO LOBO, Nº:

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: CARLITO LIMA OLIVEIRA

RG: 3086025 SSPPI PI

Mãe: MARIA DA GUIA LIMA DE OLIVEIRA

Pai: PEDRO GONÇALVES DE OLIVEIRA

Endereço: CONJUNTO VILA LEÃO, Nº Q-8 C-21

Bairro: VILA LEAO

Cidade: FLORIANO

Telefone(s): 89-9445-0685

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

INFORMA O DECLARANTE QUE DIA 03/02/2019 POR VOLTA DA 22:00 H QUADO SE ENCONTRAVA NA AVENIDA CALISTO LOBO NA ALTURA DO POSTO NOSSA SENHORA DA GUIA/TIBERÃO FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL TIBÉRIO NUNES ONDE FOIA DIAGNOSTICADO FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA PASSANDO POR CIRURGIA.

Nayliê Fonseca Pereira Rocha - Mat.



Carlito Lima Oliveira

CARLITO LIMA OLIVEIRA - Noticiante

Responsável pela Informação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 SET. 2019

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 16:05:48
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111216054791400000012378766>
Número do documento: 20111216054791400000012378766

Num. 13086765 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	047.497.553-38	Caelito Lima Oliveira

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

5 - Nome completo: Caelito Lima Oliveira	6 - CPF: 047.497.553-38		
7 - Profissão: Bonsucesso	8 - Endereço: Av. Vila Leão Q-08	9 - Número: 28	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Alto das Cruzes	12 - Cidade: Floriano	13 - Estado: PR	14 - CEP: 84149-084
15 - E-mail:		16 - Tel (DDI): 61 999168848	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0638	AGÊNCIA: _____
CONTA: 013.47387	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.

22 - 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 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

23 - 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	24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim DEPARTAMENTO DE SINISTROS

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem para receberem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data: <i>Floeme PI 23/09/19</i> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>Caelito Lima Oliveira</i> 42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) <i>Graciele Costa de Souza</i>
--

1 V002/2019





REGISTRO DE OCORRÊNCIA
FLORIANÓ-PI

USB



AMBULÂNCIA ACIONADA: USB
HORA: _____

DATA: 03/02/19

LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA Av. Felinto Lobo BAIRRO: _____ CIDADE: Floriano
NOME DO PACIENTE: Pontito Vime de Oliveira SEXO: M F IDADE 31

CONTROLE DO TEMPO

SAÍDA DA BASE	CHEGADA AO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL
<u>22:16</u>	<u>22:23</u>	SAÍDA DO HOSPITAL

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

ACIDENTE DE TRANSITO/ N° DE VÍTIMAS	CHOQUE ELÉTRICO	ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO	FAF
AGRESSÃO FÍSICA	MAL SÚBITO	INTOXICAÇÃO EXÓGENA	OUTROS:
GÊNCIA PSQUIATRICA	URGÊNCIA OBSTÉTRICA	U.CLÍNICA-PEDIÁTRICA	JÁ REMOVIDO
/ENENAMENTO	QUEIMADURA	U.CLÍNICA -ADULTA	FALSO CHAMADO
AFOGAMENTO	QUEDA	FAB	ÓBITO

AVALIAÇÃO GERAL

ÍVEL DE CONSCIÊNCIA	SANGRAMENTO	PIRIPÉS	PULSO RADIAL	FAÍA	RÉSPONTA MOTORA
LERTA	AUSENTE	ISOCÓRICAS	NORMOSFIGMICO	NORMAL	
ESPONDE AO COMANDO	MÍNIMO	ANISOCÓRICAS	TAQUISFIGMICO	CONFUSA	CONTRAÇÕES INVOLUNTÁRIAS
ESPONDE À DOR	MODERADO	MIDRÍASE	BRADISFIGMICO	NENHUMA	NENHUMA
EM RESPOSTA	INTENSO	MOSE	AUSENTE		

INDAIS VITAIS	HORA:	HORA:
ULSO (BPM)	<u>105</u>	
ESPIRAÇÃO (IPM)		
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>120 x 80 mmHg</u>	
MPL / JRA (°C)	<u>97</u>	
IC CAPILAR		

INDICAÇÃO DE ENTRADA NO HOSPITAL:

MELHOROU PIOROU INALTERADO
 ITÔ:
 TES DO SOCORRO DURANTE O SOCORRO
 RANTE O TRANSPORTE

CIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

OO SOLICITADO: NÃO NECESSITOU POLÍCIA BOMBEIROS USA OUTRO

OBSERVAÇÕES: Hipotensão, p.t consciente, alter suspeita ventilação em MTS e const em impotência alocital sugestão de subtra.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
	HEMOSTASIA	IMOBILIZAÇÃO DE CERVICAL	IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRO
	ADM DE OXIGÊNIO	ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	RETIRADA RÁPIDA COM KED
	ACESSO VENOSO SOL:	DEFIBRILAÇÃO VENTRICULAR	ADM DE GLICOSE % / AMP
	RCP	ASPIRAÇÃO	

HOSPITAL DE DESTINO: HRTN OUTRO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 SET. 2019

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

Maukt Aran





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 GABRIEL FERREIRA, S/N,
 MANGUINHA, FLORIANÓPOLIS - 64800-000
 CNPJ: 06.553.564/0103-62
 (89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atenção: P0613960 Registro: 187560
 Data: 03/02/2019 Hora: 23:15:00
 Funcionário: SAMARITANA Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO

Senha 168

SUS

CARLITO LIMA DE OLIVEIRA

sc.: 06/12/1987 Idade: 31 ANOS, 1 MÊS, 28 DIAS Profissão: BORRACHEIRO Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000
 d.: VILA LEÃO, 21 - QUADRA 8 Bairro: ALTO DA CRUZ Cidade: FLORIANÓPOLIS
 r: PARDA Telefone: (89) 9944-21306 Mãe: MARIA DAGUIA LIMA DE OLIVEIRA Pai: PEDRO GONCALVES DE OLIVEIRA

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: CARLITO LIMA DE OLIVEIRA - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

13/02/2019 23:15 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
 Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO COM SUSPEITA DE FRATURA (congernado Fratura

exposta da fibra esquerda. Alvozinhos

Exame clínico/físico: Havia dor e sensibilidade estiveram

AR/ABD/ABDOM: Seus achados

@: Alto da Cervical Geral

Medicação: AO NUROCAMINHO e ao antipodesta

• 24h: 30, segundo telefone na sua casa Dr. Gerson Ferreira dos Santos
 disponível p/ transporte pct para realizar Frank James Alves da Silva
 Procedimentos/exames realizados: TC de Cervical ENFERMEIRO COREN-PI: 361329
 Ass. Técnico

15: Segundo telefonado de transporte nos
 seu com transportar pct para realizar TC
 100% a vista em exames de classificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

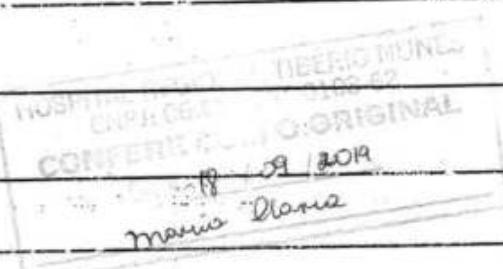
CONTEUDO NAO VERIFICADO

25 SET. 2019

GENTE SECURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Centro - Norte CEP: 64.000-000

Assinado por: Maria Elane



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 16:05:48

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111216054791400000012378766

Número do documento: 20111216054791400000012378766

Num. 13086765 - Pág. 6

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: 02/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLITO LIMA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00638

CONTA: 000000047387-2

Nr. da Autenticação 74DE89F4D5B02379



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 16:05:48
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111216054791400000012378766>
Número do documento: 20111216054791400000012378766

Num. 13086765 - Pág. 7

equatorial

ENERGIA

cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 758 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contratar
correios, informe
esse NÚMERO!

8733634-9

Nº da Nota Fiscal: 26289180

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

CONTA MÊS
AGOSTO/2019VENCIMENTO
30/08/2019

CONSUMO (kWh)

150

TOTAL A PAGAR (R\$)
105,96MARIA DA GUIA LIMA DE OLIVEIRA
CJ VILA LEAO 21 Q-08 C-21 - ALTO DA CRUZ

CPF: 000428910606300

CEP: 64.804-020 - FLORIANO

BRAÇOS DA LEITURA

Atual:

Anterior:

Constante de Multiplicação:

Consumo Médio:

Consumo Faturado:

Forma de Faturamento: NORMAL

ROT: 200.800.17.05.020700

DATAS DA LEITURA

Atual: 23/08/2019

Anterior: 24/07/2019

Próxima Leitura: 23/09/2019

Emissão: 21/08/2019

Apresentação: 23/08/2019

Dias de Consumo: 30

BRAÇOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
RESID.BX. RENDA	MONO	A1670448		1.6.1.1	152
HISTÓRICO kWh/mês			DESCRIPÇÃO DA CONTA		
Mês/ano consumo			CONSUMO	30 A R\$ 0,303206 = 9,09	
JUL/19 135				70 A R\$ 0,519779 = 36,38	
JUN/19 148				50 A R\$ 0,779654 = 38,98	
MAI/19 143			CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,60	
ABR/19 145			DIFERENCA DE TARIFA	45,49	
MAR/19 149			SUBVENCAO BAIXA RENDA	32,69-	
FEV/19 138			CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00	0,38	
JAN/19 133			MULTA POR ATRASO 06/19-00	1,84	
DEZ/18 140			JUROS POR ATRASO 06/19-00	0,89	
NOV/18 186			ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,32	
OUT/18 181			ADICIONAL BANDIFIRA VERMELHA -	2,86	
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
0 A 30 - 0,217815					
31 A 100 - 0,573400					
101 A 130 - 0,500890					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Año Valor R\$ 86,38 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/09/2019. O não pagamento por débito ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEDEN. Caso tenha efetuado o pagamento, desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO A037.EC33.42CC.57CD.DF7E.D706.400F.A8F8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPОСTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	27,32	Base de Cálculo:	129,94	101,35
Energia:	52,77	Alliquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	8,92	Valor do ICMS:		28,58
Encargos:	4,36	Valor do PIS:	1,40%	1,42
Tributos:	36,57	Valor do COFINS:	6,49%	6,57

INSCRIÇÕES DE CONTINUIDADE

DSC	FIC			CHIC	EICRI			
	Mensal	Bimestral	Anual					
Límite	6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54	
Realizado	0,00	-	-	0,00	-	0,00	-	
Queda:	FLORIANO				Período de aprovação:	06/2019	EUSD:	31,28

ROT: 200.800.17.05.020700

equatorial

ENERGIA

cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 758 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0733634-9

TOTAL A PAGAR - R\$

105,96

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

30/08/2019

Nº da Nota Fiscal:

26289180 FCAM*

83620000001 3 05960017000 1 0000000733 6 63490819008 1

SEQ.: 00110 UC: 0733634-9 DT.LEIT.: 23/08/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 6839 NORMAL TOTAL: 105,96 CARGA: 001
DT.VENC.: 30/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3051

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

Matrícula	Hidrômetro	Referência																												
371479-9	A07N258599	SET/2019																												
Nome/Razão Social/Endereço																														
ERTONAR ALVES DOS SANTOS AVE SEN PETRONIO PORTELA NUNES, 759 CAIPO VELHO FLORIANO 64508485																														
AG= 78																														
Bilhete de Água/Esgoto	Res.	Categorias de Uso	Inscrição																											
3/1	1	Com. Ind.	41 2 07 0509 0017-000																											
20/08/2019		19/09/2019	30																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Histórico de Consumo</th> <th>Forma de Faturamento</th> </tr> <tr> <th>Lefura</th> <th>Consumo</th> <th>Consumo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>03/19</td><td>2714</td><td>20</td></tr> <tr><td>04/19</td><td>2232</td><td>18</td></tr> <tr><td>05/19</td><td>2252</td><td>20</td></tr> <tr><td>06/19</td><td>2269</td><td>17</td></tr> <tr><td>07/19</td><td>2286</td><td>17</td></tr> <tr><td>08/19</td><td>2305</td><td>19</td></tr> <tr><td>09/19</td><td>2324</td><td>19</td></tr> </tbody> </table>				Mês/Ano	Histórico de Consumo	Forma de Faturamento	Lefura	Consumo	Consumo	03/19	2714	20	04/19	2232	18	05/19	2252	20	06/19	2269	17	07/19	2286	17	08/19	2305	19	09/19	2324	19
Mês/Ano	Histórico de Consumo	Forma de Faturamento																												
Lefura	Consumo	Consumo																												
03/19	2714	20																												
04/19	2232	18																												
05/19	2252	20																												
06/19	2269	17																												
07/19	2286	17																												
08/19	2305	19																												
09/19	2324	19																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Consumo Mês</th> <th>Consumo Hid. Áqua</th> <th>Consumo Hid. Esgoto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>18</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Consumo</td><td>Consumo Faturado</td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td>19</td><td></td></tr> </tbody> </table>				Consumo Mês	Consumo Hid. Áqua	Consumo Hid. Esgoto	18			Consumo	Consumo Faturado		19	19																
Consumo Mês	Consumo Hid. Áqua	Consumo Hid. Esgoto																												
18																														
Consumo	Consumo Faturado																													
19	19																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cód. Nome do Serviço</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ÁGUA</td><td>84,02</td></tr> <tr><td>MULTA IMPONTUALIDADE 001/001</td><td>1,54</td></tr> <tr><td>JUROS DE MORA 001/001</td><td>2,37</td></tr> <tr><td>MANUTENÇÃO HIDROMETRO</td><td>2,35</td></tr> </tbody> </table>				Cód. Nome do Serviço	Valor (R\$)	ÁGUA	84,02	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	1,54	JUROS DE MORA 001/001	2,37	MANUTENÇÃO HIDROMETRO	2,35																	
Cód. Nome do Serviço	Valor (R\$)																													
ÁGUA	84,02																													
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	1,54																													
JUROS DE MORA 001/001	2,37																													
MANUTENÇÃO HIDROMETRO	2,35																													

VERIFICADO	26/09/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	90,28
AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$90,14 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.			

COMPROVANTE DE QUALIDADE DA ÁQUA CONSUMIDA						
Permitido	Tolerável	Co.	Dos	Pr.	Fato	Conforme
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	5,00	0,3	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas						
Nº Amostras Realizadas						
Nº Amostra que Atende Legislação						
Valor Médio	2,10	1,00	7,00	0,00	0,00	
RESERVE A ÁGUAS LIXO EM CASO DE PRESENÇA DE LIXO.						
Mensagens						
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE SÉRIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESEJAÇÃO FINAL.						

Logo AGESPISA	Inscrição	AG= 78
Águas e Esgotos do Piauí S/A	41 2 07 0509 0017-000	
Assinatura do Consumidor 08000 86 8888	Referência	
Matrícula	371479-9	SET/2019
Categorias de Uso		
Res.	Com.	Ind.
1.		
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
26/09/2019	90,28	

82690000000-9 90280001820-9 37147990920-7 19000000001-7



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





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

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

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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu Genivaldo Avelino dos Santos
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 080.353.673 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Centro Luis Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.497.553-38
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Centro Luis Oliveira.
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.497.553 / 38, 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>Av. Pernovio Boaventura</u>	Número: <u>759</u>	Complemento: <u>casas</u>
Bairro: <u>Lampo Verde</u>	Cidade: <u>Floriano</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>piliaoseguro20@hotmail.com</u>	CEP: <u>64808-485</u>	Tel.(DDD): <u>85 99416 8848</u>

Local e Data: Floriano - PI 19 de Setembro 2019

Genivaldo Avelino dos Santos
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.0002470





REGISTRO DE OCORRÊNCIA
FLORIANÓPOLIS - SC

USB



AMBULÂNCIA ACIONADA: USB _____
HORA: _____

DATA: 03/02/19

LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA Av. Felito Lobo BAIRRO: _____ CIDADE: Florianópolis
NOME DO PACIENTE: Felito Vítor da Oliveira SEXO: M F IDADE: 21

CONTROLE DO TEMPO

SAÍDA DA BASE	CHEGADA AO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL
<u>22:16</u>	<u>22:23</u>	RETORNO À BASE

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

ACIDENTE DE TRANSITO/ N.º DE VITIMAS	CHOQUE ELÉTRICO	ACIDENTE COM ANIMAL PEÇÔNHENTO	FAF
AGRESSÃO FÍSICA	MAL SÚBITO	INTOXICAÇÃO EXÓGENA	OUTROS:
GÊNCIA PSIQUIATRICA	URGÊNCIA OBSTÉTRICA	U.CLÍNICA-PEDIÁTRICA	JÁ REMOVIDO
VENENAMENTO	QUEIMADURA	U.CLÍNICA-ADULTA	FALSO CHAMADO
AFOGAMENTO	QUEDA	FAB	ÓBITO

AVALIAÇÃO GERAL

ÍVEL DE CONSCIENCIA	SANGRAMENTO	PUPILAS	PULSO RADIAL	FAF	RESPOSTA/MOTORA
LERTA	AUSENTES	ISOCÓRICAS	NORMOSIGMICO	NORMAL	NORMAL
ESPORDE AO COMANDO	MÍNIMO	ANISOCÓRICAS	TAQUISIGMICO	CONFUSA	CONTRAÇÕES INVOLUNTÁRIAS
ESPORDE Á DOR	MODERADO	MIDRIASE	BRADISIGMICO	NENHUMA	NENHUMA
EM RESPOSTA	INTENSO	MOSE	AUSENTES		

INDAIS VITAIS	HORA:	HORA:
ULSO (BPM)	<u>105</u>	
ESPIRAÇÃO (IPM)		
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>120 x 20 mmHg</u>	
TEMP. JRA (°C)	<u>97</u>	
CAPILAR		

INDICAÇÃO DE ENTRADA NO HOSPITAL:

MELHOROU PIOROU INALTERADO

ATO:

ITENS DO SOCORRO DURANTE O SOCORRO

IRANTE O TRANSPORTE

paciente acompanhado: SIM NÃO

ATO SOLICITADO: NÃO NECESSITOU POLÍCIA BOMBEIROS USA OUTRO

OBSERVAÇÕES: Atropelamento, paciente consciente, suspeita de trauma em níveis e contusões superficiais, sugestão de internação.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

HEMOSTASIA	IMOBILIZAÇÃO DE CERVICAL	IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRO
ADM DE OXIGÊNIO	ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	RETRADA RÁPIDA COM KED
ACESSO VENOSO SOL:	DEFIBRILERAÇÃO VENTRICULAR	ADM DE GLICOSE
RCG	ASPIRAÇÃO	5% / AMP.

HOSPITAL DE DESTINO: HRTH OUTRO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Barros, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-2470

Atendeu

Dra. ...





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANÓPOLIS - 48000-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0613960 Registro: 187560
Data: 03/02/2019 Hora: 23:15:00
Funcionário: SAMARITANA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 168

SUS

ARLITO LIMA DE OLIVEIRA

Idade: 31 ANOS, 1 MÊS, 28 DIAS Profissão: BORRACHEIRO Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000
nsc.: 06/12/1987 Idade: 31 ANOS, 1 MÊS, 28 DIAS Profissão: BORRACHEIRO Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000
id.: VILA LEAO, 21 - QUADRÁ 8 Bairro: ALTO DA CRUZ Cidade: FLORIANÓPOLIS
cor: Parda Telefone: (89) 9944-21306 Mãe: MARIA DAGUIA LIMA DE OLIVEIRA Pai: PEDRO GONCALVES DE OLIVEIRA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: CARLITO LIMA DE OLIVEIRA - O MESMO

CPF: - RG: 260509 - SUS: 700008211992803

Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

03/02/2019 23:15 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
 Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO COM SUSPEITA DE FRATURA (cognição de Fratura)

exposta da fibra esquerda. Alvozinho

Exame clínico/físico: Havia dor e edema envolvendo esterno

AR/ACU/ABDOME: Seus alterações

Diagnóstico provável: c: Alto da Cervical Gonal

Medicação: AO nupercamagol e do antipodol

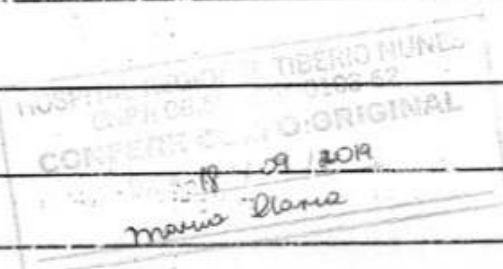
• 04h: 30, segundo telefonete na Rua: Lourdes Dr. Gerson dos Santos
disponível p/ transporte p/ CT de Criança. Dr. Gerson dos Santos
Procedimentos/exames realizados: TC de Criança Frank James Antunes da Silva
Cirurgião-ORL - PI - 3422
Ass. Técnico COREN-PI: 561329

4:15, segundo telefonado de transporte nos
fazem com transportar p/ para realizar TC
para a vista em escala e demais.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

25 SET. 2019

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465
Centro - Norte CEP: 64.000-000



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 16:05:48

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111216054791400000012378766

Número do documento: 20111216054791400000012378766

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE - SESAPI
REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Hospital Regional "Tibério Nunes"

Nome Carlito Bima de Oliveira
DN 1 1 1 Sexo M Plano Saúde? _____

Endereço
Bairro Lambeiro II Município Flo.
Data 03/02/2019 Hora 22:44 Ass. Func. Rosândia

Queixa Principal:

Acidente de moto com suspeita de
culturação (g. ~~playboy~~)

Exame Complementares: Océfalo lise 1g w

Diagnóstico Provável 667

Medicação Prescrita/Procedimento Realizados:

H. Ribeiro E

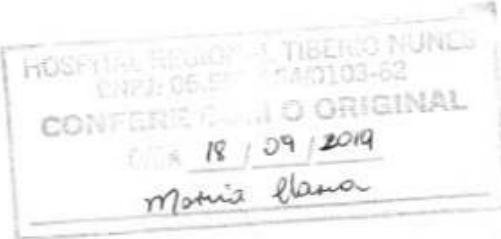
Alta Internação Encaminhado: Maracá
Data: 23/09/2019
Ass. maracá

Assinatura Paciente / Responsável

Edmílson Rezende

Assinatura / Carimbo Médico

Gabriel Gráfica-893521-4207





Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INSTITUAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES	2 - CNES 2365146
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES	4 - CNES 2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE CARLITO LIMA DE OLIVEIRA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 187560
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700008211992803	8 - DATA DE NASCIMENTO 06/12/1987
10 - NOME DA MÃE MARIA DAGUIA LIMA DE OLIVEIRA	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2
12 - ENDEREÇO VILA LEAO, 21 - ALTO DA CRUZ	11 - TELEFONE DE CONTATO (89) 9944-21306
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FLORIANÓPOLIS	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2203909
	15 - UF PI
	16 - CEP 84800000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Principais sintomas de artrite
multidissíntomas, agudizadas
dor, dor no joelho e*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Dor no joelho

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Cuf. esq. perna dolorida

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Liaç & fisioterapia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

CNS

CPF

5537588300

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34/02/2019

JOAO SOARES JUNIOR

Dr. Conrado P. Faria

Ortopedia Traumatologia

CRM: 2572 TEOF 7343

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

37 - Nº DO BILHETE

FLORIANÓPOLIS PLANIF 10105101

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

CONTAZ 20105101

40 - CNAE EMPRESA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR DE AUT. DE INTERNACAO HOSP.
M220390901

45 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF 078.977.823-87

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
15 SET 2019

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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



Atendimento	I070720
Data:	04/02/2019
Hora:	8:23

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANÓ/PI

Nº A
ALMEI

BOLETIM DE ADMISSÃO

187560 - CARLITO LIMA DE OLIVEIRA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 06/12/1987 - 31 ANOS, 1 MÊS, 29 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: E01- EXTRAS Leito: EX39 Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO Médico: 2433 - JOAO SOARES JUNIOR

CPF: RG: 260509 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: VILA LEAO, N° 21 - CEP: 64800000 Bairro: ALTO DA CRUZ

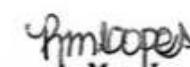
Cidade: 2203909- FLORIANÓ/PI Profissão: BORRACHEIRO Telefone: () -

Pai: PEDRO GONCALVES DE OLIVEIRA Mãe: MARIA DAGUIA LIMA DE OLIVEIRA

Responsável: CARLITO LIMA DE OLIVEIRA - () -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

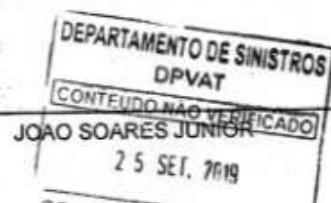
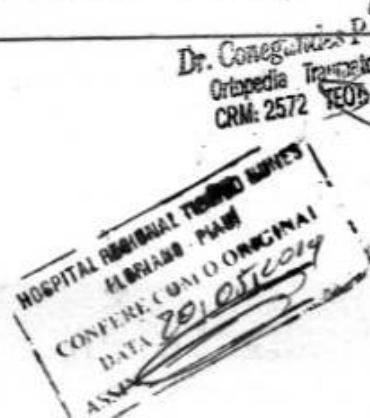
Maria de Acompanhante:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Resultado	Adm.: ___ / ___ / ___	Alta: ___ / ___ / ___
 Rosana da Mota Lopes Assistente Social CRESS Nº 1343/ 22ª REG.		<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Removido <input type="checkbox"/> Pedido <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Indisciplina	<input type="checkbox"/> -48 Horas <input type="checkbox"/> +48 Horas <input type="checkbox"/> Óbito

História Clínica

Venueis iniciais de anamnese associadas a queixa
Dol. Gástrico leve

Diagnóstico Provável

Gastrite aguda leve



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





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N
MANGUINHA - FLORIANÓPOLIS
(89) 3522-1489

Resumo de Alta / Transferência

I070720 -CARLITO LIMA DE OLIVEIRA

Data:04/02/2019 Leito:EX39

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

Diagnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos

1- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____ / ____ / ____

2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____ / ____ / ____

Procedimentos / Exames Invasivos

1- _____ Data: ____ / ____ / ____

2- _____ Data: ____ / ____ / ____

3- _____ Data: ____ / ____ / ____

Condições de Alta / Transferência

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Destino: Residência Atendimento domiciliar Transferência para: _____

Observação: _____

Data: ____ / ____ / ____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 SET. 2019

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





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Carlito Lima de Oliveira Reg. Same 187560
Cirurgia: Fratura exposta da fiba e t sala: Ortopedia
Cirurgião: Dr. Loney Guedes Auxiliar:
Instrumentador: Lindoval Circulante: Ricardo e Nayara
Data: 04 / 02 / 2018 Início: 09:00 Término: _____ Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	UNID.	SUBTOTAL
01	ADRENALINA	Bucalamina	01 amp		
02	ALBUMINA HUMANA	Merlina	01 amp		
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g	100 mg/ml	02 frascos		
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTEL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		08 frascos		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FORALDO - PI
CENTRAL - UNIFORNAL
DATA: 04/02/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 SET. 2019

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



MATERIAL DE SALA

01	ALCOOL - 100% - 10ml
02	AGULHA DESCARTÁVEL - 03 unidades
03	ALGODÃO
04	ABOCATTE
05	CATIGUTE SIMPLES C/AGULHA
06	CATIGUTE SIMPLES S/AGULHA
07	CO2
08	CREPON - 04 unidades
09	COTONETES
10	DRENO PENROSE
11	DRENO T
12	EQUIPO PARA SORO - 01 unidade
13	EQUIPO MICRO GOTAS
14	EQUIPO PARA TRANSFUSÃO
15	ESPARADRAPO 10cm
16	GASES - 07 pacotes
17	GESSO
18	KIT TORÁCICO
19	LUVA ESTERIL - 06 pares
20	LUVA DE PROCEDIMENTOS - 06 pares
21	LÂMINA DE BISTURI Nº 15
22	LÂMINA DE BISTURI Nº 24 - 02 unidades
23	LENTE INTRAOCCULAR
24	MASCARAS (06 unidades)
25	OXIGÉNIO
26	POVIDINI TÓPICO
27	POVIDINI DEGERMANTE 100ml
28	POLIFIX
29	SERINGA DESCARTAVEL 1mm
30	SERINGA DESCARTAVEL 3mm
31	SERINGA DESCARTAVEL 5mm - 01 unidade
32	SERINGA DESCARTAVEL 10mm - 01 unidade
33	SERINGA DESCARTAVEL 20mm
34	SERINGA DE INSULINA
35	SONDA FOLEY N°
36	SONDA NASAL PARA OXIGENIOTERAPIA
37	SONDA NASOGASTRICA N°
38	SONDA RETAL N°
39	ESCALP N°
40	SURGICAL
41	GELCIO
42	USO DE ASPIRADOR DE SECREÇÃO SIM () NAO (X)
43	USO DE BISTURI ELETRICO SIM () NAO (X)

RECURSOS TERAPEUTICOS

01	SANGUE	11	VICRYL 8
02	PLASMA	12	CERA P/ OSSO
03		13	FITA CARDIACA
01	CROMADO COM AGULHA Nº	Guerra - 06 unidades	
02	CROMADO S/ AGULHA	pre - pre - 06 pares	
03	FOO DE ALGODÃO		
04	FOO DE SEDA		
05	KIT OFTALMOLOGICO		
06	LIG CLIPS		
07	MONONYLON Nº 2.0 - 03 unidades		
08	PROLENE Nº		
09	AGULHA PARA RAQUI - 01 unidades		
10	VICRYL 0		

RESUMO DO FATURAMENTO

TOTAL DE MEDICAMENTO DE SALA

TOTAL DE MATERIAL DE SALA

TOTAL DE RECURSOS TERAPEUTICOS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455, Loja C
Centro - Niterói CEP: 24202470





SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

0048

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

NOME		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nº AIH		Carlo Lino da Oliveira	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:		Nº PRONTUÁRIO	
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE		Fixo extensão clínico F	
MÉDICO RESPONSÁVEL			
CRM Nº	CPF Nº		
DATA INTERNAÇÃO		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL	
06/01/19		04/01/19	
MATERIAL UTILIZADO			
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)	
01		Retro fixo tibial de 300	
01		Retro fixo tibial de 200 - 8mm	
01		Bracelet simple	
04		Olho de bala	
06		Olho de bala	
DADOS DO FORNECEDOR			
EMPRESA:	CNPJ Nº		
ENDEREÇO:			

EM _____ / _____ / _____	EM _____ / _____ / _____	DEPARTAMENTO DPVAT
 Dr. Henrique P. Filho Ortopedia e Traumatologia 04.11.2572 TEOF: 7342 Médico Responsável (Assinatura e carimbo)		DE SINISTROS CONTEUDO NAO VERIFICADO
 Lindon Cidêncio Antunes CRM: 154.897 - ENF Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)		25 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Av. Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470		

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1^a via - Prontuário, 2^a via - Fornecedor; 3^a via - Processo de pagamento

Varlito Lima de Oliveira

06.12.87

106.516

Fronto-Soco

Data do Processo: 04.01.19

**08:00 37° 98 16 120170
04.04.19**

X

Não () SWIE () Primeiro (oposição)

X

X) SIR () MS

X

Comunicação escrita e por escrito.

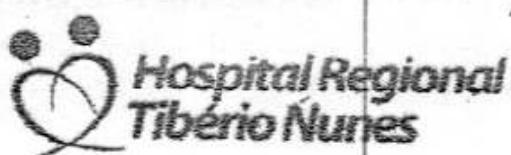
X

NÃO

X

Barlito Lima de Oliveira		Respon.
Ent:		
Data:		
04.02.18		
Saiu de Sangue	00:00:00	Entrada
		Glicose 100,0 mg/dL
Exame de Urina		
Fator de Coagulação		
Sangue Cintilante		Ultrassonografia
Sangue Respiratório		Aveia
Sistema Digestivo	ASA 1C.	Batata
Eletrofisiol		Carne de Vaca
Diagnóstico		
Fluoroscopia		
Acidentes	500	Total 130.863
Acidentes	500	100 100
SL	O	
LC ROC	Sangue	SE
Respiratórios		
Pneumato		
Proteínas		
Prótesis		
Medicamentos	VV	
Correções	***	
Outros	111111	
Sinais		
Titulat:	negm.	
Opinat:		
CRM:		
Assinatura:		
José Raimundo Café R. Filho Médico CRM - PI 4920		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DEVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 25 SET. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002420





RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente	<u>Carlito Lima da Oliveira</u>	D.N.	<u>0611211977</u>
Data:	<u>04/10/10</u>	Admissão às	<u>10:30</u>
		Prontuário	<u>187560</u>
Alergia	<u>não</u>	Procedimento realizado	<u>Fratura exposta de tibia e</u>

DADOS REFERENTES À ANESTESIA

ANESTESIA: () Geral; (X) Raqui; () Peridural; () Sedação; () Local; () Bloqueio- Tipo: _____

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Cari CIRURGIÃO: Dr. Campaner

CONTROLES (HORÁRIO DE INÍCIO: _____)

Tempo	15' 10:30	15' 10:45	15'	15'	30'	30'	30'	30'
Pressão	135x77	136x73	119+67					
FC	79 bpm	89	88					
SpO ²	97%	96%	97					
HGT								
Dor(0-10)								
Ass.Func.	<u>Carolina</u>	<u>Carolina</u>	<u>Carolina</u>					

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Atividade motora sob o comando	Capaz de mover os 4 membros	4	2				<p>An 10:30 foi admitido no SRPA em por de fratura exposta de tibia</p> <p>rb. 1gato de raqui anterico, nsg alergia medicamentosa, condit. anestesia S.500/PA 1254</p> <p>Prnmbg ph 791 bpm 54²</p> <p>99% T. Carolina Oliveira</p>
	Capaz de mover 2 membros	1		1	1		
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2					<p>rb. 1gato de raqui anterico, nsg alergia medicamentosa, condit. anestesia S.500/PA 1254</p> <p>Prnmbg ph 791 bpm 54²</p> <p>99% T. Carolina Oliveira</p>
	Dispneia ou limitação da respiração	1		2	2		
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2					<p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</p> <p>DPVAT</p> <p>CONTEUDO NAO VERIFICADO</p> <p>25 SET. 2019</p>
	PA 20-49% do nível anestésico	1		2	2		
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2		2	2		<p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</p> <p>DPVAT</p> <p>CONTEUDO NAO VERIFICADO</p> <p>25 SET. 2019</p>
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Saturação de Oxigênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2		2	2		<p>GENTE SEGURADORA S.A.</p> <p>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C</p> <p>Centro - Norte CEP: 64.002470</p>
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
TOTAL		9	9				
ALTA às :							
Ass. Médico:							

CRM - PI 4920





Requisição de Parecer

Nome	Cerleto Lyne de Oliveira	Leito
Médico Consultante	Therapeuta	N. Do Prontuário
Médico Especialista	Neurologo	
Motivo da consulta (Indicar as Dúvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo)		
Fevereiro Politecneus tizos + cefaleia		
<u>03/02/17</u>		
Data Ass. do Médico Consultante		

PARECER

* nur *

Politecneus com cefaleia

IC novo: q tiver ver

av. Alto da nur

29/02/17

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-070

01.111216054791400000012378766





Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional “Tibério Nunes”

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 16:05:48
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111216054791400000012378766>
Número do documento: 20111216054791400000012378766

Num. 13086765 - Pág. 24



Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins

Also ($\Delta^{\prime\prime}$)

RESCRIÇÃO MÉDICA

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS**

CME	Paciente	ALAS	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA	
					HORÁRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
ATA 05/08/19	# 1º DPO de Fx exposto				as 9:00 realizado ex- amativo, paciente calmo sem queixas algícas no momento.	
DIETA LIVRE						
JELCO HIDROLISADO						
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	17 NT	17 NT				
CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	17 NT	17 NT				
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	17 NT	17 NT				
TRALAT 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (supeso)	17 NT	17 NT				
TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
CLEXANE 40MG - 01AMP SC 1X/DIA (supeso)						
PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg						
CURATIVO						
SSV + CCGG						
<i>Condensação Sosn - 0300x100x10</i>						
Dr. Celso Henrique Coutinho Ortopedia e Traumatologia CRM: 3918/CE/06 13136						
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 SET. 2018						
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470						



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS**

1

PREScrição MÉDICA	ATA O 61	ALTA	ENF. OU APT. 19	LEITO 05	ORTOPEDIA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
						HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVACÕES
DIETA LIVRE							
JELCO HIDROLISADO							
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(13) 10/11	10/11					
CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	11/11	11/11					
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12/11	12/11					
FILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	13/11	13/11					
TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	14/11	14/11					
GLEXANE 40MG - 04 AMP SC 1X/DIA	15/11	15/11					
PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)	16/11	16/11					
CAPTOPRIL 25 mg ST se PA > 160x110 mmHg	17/11	17/11					
CURATIVO							
SSVV + CCGG							
Total Enfermeiros 808 - 03 Mj + 19/11/2020 14:00:00 10/11/2020 14:00:00 11/11/2020 14:00:00 12/11/2020 14:00:00 13/11/2020 14:00:00 14/11/2020 14:00:00 15/11/2020 14:00:00 16/11/2020 14:00:00 17/11/2020 14:00:00							
DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 025 SET. 2019 Carlos Oliveira da Fonseca Assinatura Carros Pneus e Rodas							
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470							



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
ELORIANO-PI**

ME Cachorro
Dr. J. R. P. M. PRESCRIÇÃO MÉDICA

ME	PREScriçãO MÉDICA A 07/08	ALA	ENF. OU APT. 1/9	LEITO 05	ORTOPEDIA	
					RELATÓRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
DIETA LIVRE		HORÁRIO MEDICAÇÃO			O 9:00h, Pct 3/0 fr. exp.	OBSERVAÇÕES
JELEN HIDROLISADO		10h 08/08/2018	Tibio (E), desembulando			
CEFALOTINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		10h 08/08/2018	nenhuma lesão óssea, estande humeral			
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		10h 08/08/2018	dor momentâneo, dor forte, cefaleia			
TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (SIN)		10h 08/08/2018	foco, hipersensibilidade. Mantendo			
HEXATE 40MG - 01 AMP IV DE 12/42 HORAS		10h 08/08/2018	aceita deitado. Observações (+)			
TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (SIN)		10h 08/08/2018	e emordilhos. Dor e dor no			
HEXATE 40MG - 01 AMP IV DE 12/42 HORAS		10h 08/08/2018	mictatôniros sem queixa			
PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)		10h 08/08/2018	algúm no momento. Fco			
CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg		10h 08/08/2018	85 bpm. DP0 = 98% Hb			
URATIVO		10h 08/08/2018	Neonilia Rodriguez			
SVV + CCGG		10h 08/08/2018	Enfermeira: COREN-PI: 414.202			
Dr. Conseguidos P. Filho Ortopedista / Traumatologista CRM: 25197 / FEO: 7340		10h 08/08/2018	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 25 SET. 2019			
		10h 08/08/2018	GENTE SEGURO Última Técnica de 30/09/2019 Última Técnica de 30/09/2019 Última Técnica de 30/09/2019 Última Técnica de 30/09/2019			
		10h 08/08/2018	Dr. Telio Alves			



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS**

Prescrição médica

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPSAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 SET. 2019



Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.



R. Magalhães Filho, Nº 175
Bairro: Centro
Teresina - PI
CEP: 64000-128
FONE: (86) 3221-0318

DANFE

Documento auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada 1
1 - Saída
Nº 000.028.630
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

2219 0311 6641 1800 0130 5500 1000 0286 3010 0000 0013

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

194729990

INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

322190003752558 - 2019-03-15T17:26:37-03

CNPJ

11.664.118/0001-30

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES - FLORIANO

CNPJ/CFF

06.553.564/0103-62

ENDERECO

RUA: GABRIEL FERREIRA, S/N

BAIRRO/DISTRITO

MANGUINHA

CEP

64800-000

MUNICÍPIO

Floriano

FONE/FAX

(89) 3522-1323

UF

PI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO

15/03/2019

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

15/03/2019

HORA DE SAÍDA

17:27:29

ITATU - DUPLICATA

Número	Data Venc.	Valor
101	14/04/2019	913,16

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	913,16
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESÓRIAS	VAL. AFROX. TRIB.

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

913,16

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CFF
NOSSO CARRO	0 - Rem.				
ENDERECO					
R-MAGALHAES FILHO,175					
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO (Kg)	PESO LÍQUIDO (Kg)

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL ICMS	VAL.IPI	% ICMS	% IPI	V.A.P.TRB
003657	0701030392 - FIXADOR EXTERNO HIBRIDO (Ref.: AF335 660 Qntc.: 6 Lote: 094467) (Ref.: 007.005.300 Qntc.: 1 Lote: 007005300.18/0003) (Ref.: 007.005.300 Qntc.: 1 Lote: 007005300.18/0007) (Ref.: 206.036 Qntc.: 3 Lote: 007206036.18/2017) (Ref.: 205.036 Qntc.: 1 Lote: 007206036.18/2017) (Ref.: 199.406 Qntc.: 8 Lote: 007199406.18/0009) (Ref.: 007.003.200 Qntc.: 2 Lote: 007003200.18/0007)	90211020	040	5102	UN	1,0000	913,1600	913,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PI
CONFIRA O DOCUMENTO ORIGINAL
DATA 20/05/2019
ASSINADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
25 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 65 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-2470

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 16:05:48
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111216054791400000012378766>
Número do documento: 20111216054791400000012378766

Num. 13086765 - Pág. 30





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 16:05:48
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111216054791400000012378766>
Número do documento: 20111216054791400000012378766

Num. 13086765 - Pág. 32

RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331590/19

Vítima: CARLITO LIMA OLIVEIRA
CPF: 047.497.553-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/02/2019

Titular do CPF: CARLITO LIMA OLIVEIRA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS : 630.353.673-53

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

CARLITO LIMA OLIVEIRA : 047.497.553-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/09/2019
Nome: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 630.353.673-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190550394 **Cidade:** Floriano **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLITO LIMA OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/02/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.
(P2,7,9,20)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Carlito Lima Oliveira, brasileiro (a)
estado civil: Solteiro, profissão: Boracchino, carteira de Identidade
nº 3.086-025, órgão expedidor: SSP - PE
C.P.F. nº 047.497.553-38 residente e domiciliado
Vila Leto 8-08, nº 24, bairro Acro da Cruz
Cidade Fiorano, no Estado de Pisum, pelo presente
instrumento particular de procura, na melhor e boa forma de direito,
nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador:

OUTORGADO:

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS, Brasileiro, casado, Vigilante, Carteira de Identidade nº 1.753.725 SSP-PI, CPF 630.353.673-53, residente e domiciliado na Av: Petrônio Portela, Nº 759, Campo Velho, Floriano – PI, CEP: 64808-485.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o Sr.^o (a) Cicero Lira Oliveira

Ocorrido em 03/02/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo INVA 6062.

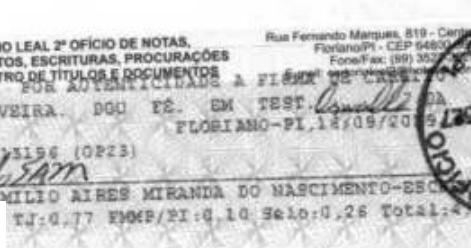
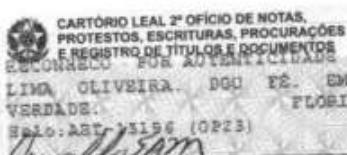
O Intuito desta Procuração é dar Poderes ao Outorgado para representar-me e cadastrar o processo Junto as Seguradoras do Consórcio Dpvat e Seguradora Líder.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do Outorgante.



Floriano / Pl. 18 de Setembro de 2019.

(OUTORGANTE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331590/19

Vítima: CARLITO LIMA OLIVEIRA

CPF: 047.497.553-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/02/2019

Titular do CPF: CARLITO LIMA OLIVEIRA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS : 630.353.673-53

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

CARLITO LIMA OLIVEIRA : 047.497.553-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/09/2019
Nome: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 630.353.673-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 16:05:48
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111216054791400000012378766>
Número do documento: 20111216054791400000012378766

Num. 13086765 - Pág. 36



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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190550394

Vítima: CARLITO LIMA OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLITO LIMA OLIVEIRA

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, contados 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. 01951/01952 - carta_01 - INVALIDEZ

Carta nº 14812462





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, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190550394 Vítima: CARLITO LIMA OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLITO LIMA OLIVEIRA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CARLITO LIMA OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000638

Conta: 000000047387-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você