

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180195412

Vitima: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA

Data do Acidente: 28/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180195412**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Carta nº 12747021



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Carta nº 12817870

A/C: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180195412 ASL-0153243/18
Vitima: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA
Data Acidente: 28/11/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Carta nº: 13139148

A/C: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180195412
Vítima: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA
Data do Acidente: 28/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000096-5

Conta: 000010055201-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 PARA PREENCHIMENTO

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

072.516.643-64

Nome completo da vítima

JOÃO PATEIA LIMA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOÃO PATEIA LIMA DA SILVA		CPF titular da conta 072.516.643-64	Profissão SERVIÇO DOMÉSTICO
Endereço RUA NOSSA SENHORA APARECIDA		Número 15	Complemento CASA
Bairro CAVEIRO II	Cidade FLORIANO	Estado PIAUÍ	CEP 84800-000
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

- ☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº 0638	DIV	CONTA Nº 013.96090	DIV 0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome	Nº
A GÊNCIA Nº	
DIV	DIV
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FIO-PI 24 de ABRIL de 2018
Local e Data

João Pateia Lima da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

099-627458859-4

09/ABR/2018 HORA DE 11:35:27

LOT: 16.12821-8 TERM: 040158

LOCALIDADE: FLORIANO
AG. VINCULADA: 0638 CONTROLE: 139328788

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0638 013 00096098-0

JOAO PATRIK LIMA DA SILVA

VALOR :

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

099-627458859-4

Loterias CAIXA

Loi

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2018

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 102315.000023/2018-88

Unidade de Registro: 3ª DRPC - PICOS

Resp. pelo Registro: Erasmo Bezerra Das Neves Junior

Data/Hora: 03/01/2018 - 16:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

3ª DRPC - PICOS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PICOS

Endereço

BR-316, Nº:

Complemento

43955J

Data/Hora

28/11/2017 - 18:30

Bairro

BOA SORTE

Ponto de Referência

PRÓXIMO A RODOVIÁRIA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA

RG: 4211955 SSP PI

Mãe: JANETECLER LIMA DA SILVA

Endereço: POV. MALHADA GRANDE DOS ALMONDES, Nº S/N

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PICOS

Telefone(s): 89-9403-5634

Tipo Envolv.: VÍTIMA

Nome: ELIAS MOURA DE SOUSA

RG: 3705940 SSP PI

Mãe: SUELI DIAS DE MOURA

Pai: EDGAR FRANCISCO DE SOUSA

Endereço: POV. MALHADA GRANDE DOS ALMONDES, Nº S/N

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PICOS

Telefone(s): 89-9441-4642

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Notificante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 ABR. 2018
GENTE SEGURO S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O notificante acima qualificado compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para comunicar QUE em data 28/11/2017, às 18:30h, BR-316, próximo ao terminal rodoviário pilotava a motocicleta HONDA/CG 160 TITAN, PLACA: PIL-6970/PICOS-PI, ANO DE FAB./MOD.: 2015/2016, COR VERMELHA, CHASSI: 9C2KC2210GR024636, RENAVAM: 01073761930, EM NOME DE ELIAS MOURA DE SOUSA; QUE seguia como passageiro JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA; QUE segundo o notificante este seguia em sentido Bairro Centro/Pov. Malhada Grande dos Almondes; QUE ao desviar de um veículo, que invadiu a contramão pois estava fazendo um ultrapassagem, o pneu da motocicleta derrapou vindo a cair; QUE na queda JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA veio a cair na pista paralela da Br-316 e em seguida um caminhão veio a passar por cima da perna esquerda do passageiro da motocicleta, JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA; QUE o notificante não sofreu lesão; QUE JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA foi atendido no Hospital Regional Justino Luz, conforme Ficha de Atendimento nº. P0480494, Registro: 380071, fraturando a perna esquerda. Era o que tinha registrar.

Erasmo Bezerra Das Neves Junior - Mat. 270957X
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

ELIAS MOURA DE SOUSA - Notificante
Responsável pela Informação



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

793 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 102315.000023/2018-88

Delegado de Polícia

Agilmar Ferreira Lima Júnior
Delegado de Polícia Civil
Polícia Civil-Piauí

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 ABR. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA

CPF da Vítima

072.516.643-64

Data do Acidente

28/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Fto-PS, 24 de Abril de 2018
Local e Data

João Patrick Lima da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

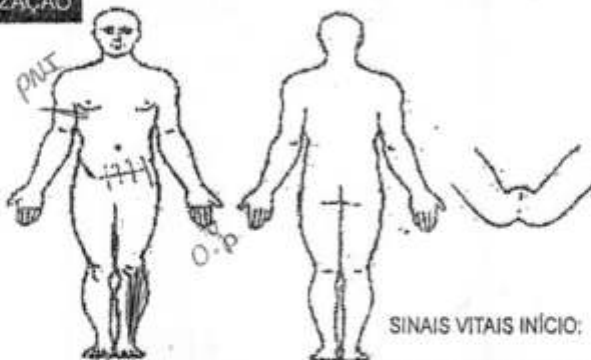


Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos - PI

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE Quelbe + Tereza SALA Nº 04
ENTRADA NA SO 20:00 INÍCIO DA ANESTESIA: _____ INÍCIO DA CIRURGIA 20:20
SAÍDA DA SO _____ TÉRMINO DA ANESTESIA: _____ TÉRMINO DA CIRURGIA 21:00
CIRURGIA PROPOSTA: _____
CIRURGIA REALIZADA: _____
CIRURGIÃO Dr. J. J. ANESTESIOLOGISTA Dr. Claudivaldo INSTRUMENTADOR _____
ASSISTENTES: 1º Dr. Renato CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTODOS
- ☒ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 169x80 SATO 99% FC 97 bpm
SINAIS VITAIS TÉRMINO PA 159x76 SATO 99% FC 76 bpm

TIPO DE ANESTESIA

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX | <input type="checkbox"/> GERAL VENOSA | <input type="checkbox"/> GERAL |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 | <input type="checkbox"/> LOCAL | <input checked="" type="checkbox"/> <u>Raque</u> |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2 | <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR | <input type="checkbox"/> PERIDURAL | <input type="checkbox"/> COM CATETER |
| <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL | <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1) | <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO | <input type="checkbox"/> SEM CATETER |
| | <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA | <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL | |
| | | <input type="checkbox"/> TOPICA | |

- ☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ ☐ COM CUFF ☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____
☐ SEM CUFF ☐ OUTRAS _____

SIÇÃO INTRA-OPERATORIA

- ☒ DORSAL ☐ GINECOLÓGICA ☐ LATERAL ESQUERDO ☐ SENTADA ☐ TRENDELEMBURG
☐ VENTRAL ☐ LITOTÔMICA ☐ LATERAL DIREITO ☐ SEMI-FOWLE

PREPARO DA PELE

- DEGERMAÇÃO ☐ PVPI DEGERMANTE ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA ☒ PVPI TÓPICO
ANTI-SEPSIA ☐ PVPI ALCOOLICO ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO
REALIZADA POR ☒ EQUIPE MÉDICA ☐ EQUIPE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO REALIZADOS

- ☐ CATETERISMO VESICAL ☐ TRICOTOMIA ☐ PASSAGEM SNG ☐ AGENTE SEGURADORA S.A.
☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl ☐ FUNÇÃO VENOSA ☐ MSD ☐ MSE ☐ OUTROS _____

- ☐ Sonda URETRAL Nº _____ ☐ COLETOR ☐ UROSTOMIA ☐ AP BARBEAR _____ UNID ☐ SNG Nº _____
☐ Sonda FOLEY Nº _____ ☐ LANCETA ☐ UNID ☐ Sonda de ASPIRAÇÃO Nº _____ ☐ JELCO Nº _____

GARROTEAMENTO

- TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH _____ UNID ☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg ☐ NÃO SE APLICA
LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO ☐ DSA ☐ PANTURRILHA _____
TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____

SERVIÇOS SOLICITADOS

- ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ NÃO ☐ SIM LOCAL _____ N DE FRASCOS _____
☐ LABORATÓRIO ☐ RX ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ OUTROS _____ NÃO SE APLICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 ABR 2018

AGENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOIMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0480494

Data: 28/11/2017

Funcionário: DENILDO

Registro: 380071

Hora: 19:05:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 121

SUS

JOAO PATRICK LIMA DA SILVA

Nasc.: 08/12/1999 Idade: 17 ANOS, 11 MESES, 20

Profissão:

Civil:

CEP: 64600-000

End.: DA CRUZ, 115 -

Bairro: AEROLANDIA

Cidade: PICOS/PI

Cor: PARDA

Telefone: (89) 9943-94434

Mãe: JANETECLER LIMA DA SILVA

Pai: NAO INFORMADO

Clínica: CLINICA GERAL

Demanda: PARTICULAR

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: _____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

CD: 1) Ringer's Lactato 1000ml EV 10ml
2) Ped para E
3) Voltan 300 IM
4) Difenidramina 10mg MIE 19h

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☒ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História:

Alergias:

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

SAT 02: 0

Dor:

ECG: 0

Observação:

Conduta:

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Hora:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00096-5

CONTA: 000010055201-3

Nr. da Autenticação 841A116E7A2AAB7C

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1127124-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 06.840.740/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Imposto Especial de Impressão autorizado pelo SEFAZ 06/08

Nº da Nota Fiscal 003249669

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2018	23/03/2018	87	43,07

FRANCA ALVES DA SILVA
R. N. S. ENHORA APARECIDA 15 CAJUEIRO II
CPF: 03.577168349
CEP: 64.000-000 - FLORIANO

ROT: 91.800.11.69.277500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	7878	Atual:	16/03/2018
Anterior:	7791	Anterior:	15/02/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	17/04/2018
Consumo Medido:		Emissão:	14/03/2018
Consumo Faturado:		Apresentação:	16/03/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Unidade	Número Medidor	Posto	Código Pat. Média 12 meses
RESID. BK. RENDA		1206646		1.4.1.1 98

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/18 100	30 A R\$ 0,252516 = 7,57
JAN/18 97	57 A R\$ 0,432899 = 24,67
DEZ/17 89	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 3,00
NOV/17 101	DIFERENÇA DE TARIFA 31,78
OUT/17 104	SUBVENCAO BAIXA RENDA 23,95-
SET/17 94	
AGO/17 108	
JUL/17 85	
JUN/17 105	
MAI/17 108	

9403-5634

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
02/2018	52,40
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/03/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar, também, a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda que existem contas vencidas e a reavização no valor de R\$ 10,00. Indica valor histórico. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.	
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL	
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL	

RESERVADO AO FISCO 8778.45D5.5A02.E02B.29A4.1EDF.0033.B14E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	13,77	Base de Cálculo:	64,02-
Energia:	26,17	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	4,11	Valor do ICMS:	12,80
Encargos:	4,17	Valor do PIS:	0,53
Tributos:	15,80	Valor do COFINS:	2,47

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
DIC			FIC			DMIC		DiCRI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0,00			0,00				0,00	
							0,00	

Período de Anulação: 01/2018 Valor: 0,00

ROT: 91.800.11.69.277500

Eletrobras		SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
Distribuição Piauí		1127124-8	43,07
		MÊS FATURADO	VENCIMENTO
		03/2018	23/03/2018
		Nº da Nota Fiscal 003249669	FCAM

836600000000 1 43070017000 3 00000001127 0 12480318008 0



SEQ.: 00287 UC: 1127124-8 DT. LEIT.: 16/03/2018 T. ENTR.: 01
LEITURA: 7878 NORMAL TOTAL: 43,07 CARCA: 004
DT. VENC.: 23/03/2018 IRREG: 000 COL: 000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 ABR. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDIMAR ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 748086803 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOÃO PATRIK LIMA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.516.643 / 64, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JOÃO PATRIK LIMA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.516.643 / 64, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA PROFIETADA 22</u>		Número <u>091</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>TIBETÃO</u>	Cidade <u>FLORIANO</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64800-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Fló-PI, 24 de ABRIL de 2018
Local e Data

Edimar Alves dos Santos
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

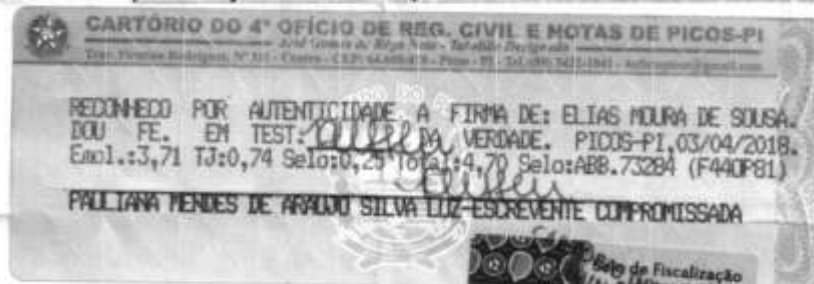
Eu, ELIAS MOURA DE SOUSA,
RG nº 3705940, data de expedição 27/02/12,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 066.334.013-61, com
domicílio na cidade de PICOS, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RODADO MELHADA GRANDE DOS ALMONDES, nº 212,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOAO PATRICK LIMA DA SILVA, cujo o condutor era
ELIAS MOURA DE SOUSA.

Veículo: MOTOCICLO
Modelo: HONDA CG160 TITAN
Ano: 2015
Placa: PTL 6970
Chassi: 9C2KC22106E024636
Data do Acidente: 28.11.2017
Local e Data: _____

Elias Moura de Sousa
Assinatura do Declarante

Elias Moura de Sousa

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



PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOIMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0480494

Data: 28/11/2017

Funcionario: DENILDO

Registro: 380071

Hora: 19:05:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 121

SUS

JOAO PATRICK LIMA DA SILVA

Nasc.: 08/12/1999 Idade: 17 ANOS, 11 MESES, 20

Profissão:

Civil:

CEP: 64600-000

End.: DA CRUZ, 115 -

Bairro: AEROLANDIA

Cidade: PICOS/PI

Cor: PARDA

Telefone: (89) 9943-94434

Mãe: JANETECLER LIMA DA SILVA

Pai: NAO INFORMADO

Clínica: CLINICA GERAL

Demanda: PARTICULAR

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Prescrição Médica: 30 ABR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência☒ Laranja - Muito Urgente☐ Amarelo - Urgente☐ Verde - Pouco Urgente☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História:

Alergias:

PA: 0 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Condulta:

Dados da Alta

☐ Alta☐ Óbito☐ Evasão☐ Transferencia

Destino:

Hora:



FEPISERH
Fundação Estadual de Saúde
do Piauí

HRJL
Hospital Regional Justino Luz



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-PI



PIAUI
GOVERNO DO ESTADO

Atestado Médico

Atesto que João Patrick Lima de Alencar
esteve neste hospital dia 20 11 17, das 17 às 17 horas:

- ☐ Acompanhando familiar.
- ☐ Para atendimento sem afastamento.
- ☐ Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.
- ☒ Para atendimento, devendo permanecer afastado por 120 (cento e oitenta) dias, a partir desta data.
- ☐ Deve retornar para consulta em _____

Diagnóstico / C.I.D.: 582.2 Picos-PI, 07 de 12 20 17

Dr. Francisco Junior Castanho Branco
Médico Assistente em Medicina

CRM: 15.504 / 1111 11196

Médico (Assinatura e carimbo)

Paciente (Assinatura)



Atendimento	1046581
Data:	28/11/2017
Hora:	21:40

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

Nº AIH
DENILDO

BOLETIM DE ADMISSÃO

380071 - JOAO PATRICK LIMA DA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 08/12/1999 - Cor/Raça: 03-PARDA

17 ANOS, 11 MESES, 20 DIAS

Clinica: CIRURGIÃO

Enfermaria: 20- C. CIRURGICA - M

Leito: C20/89

Convênio: SUS

Escolaridade:

Médico: 4504 - FRANCISCO JUNIOR CASTELO BRANCO NUNES

CPF: 072.516.643-64

RG: 4211955

CNS: 898050084564026

SIS Prenatal:

Endereço: DA CRUZ, N° 115 - CEP: 64600-000

Bairro: AEROLANDIA

Cidade: 2208007- PICOS/PI

Profissão: DESEMPREGADO

Telefone: (89) 9943-94434

Pai: NAO INFORMADO

Mãe: JANETECLER LIMA DA SILVA

Responsavel: JANETECLER LIMA DA SILVA - () -- MAE

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável



FRANCISCO JUNIOR CASTELO BRANCO NUNES SILVA

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

OR

JUSTINO LUIZ

GOVERNO
DO PIAUÍ

Nome: JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA

HD: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA COM FIX. EXTERNO

Data: 06/12/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 ABR. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Ala C Apartamento Idade: 17

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

1	Dieta Oral Livre		
2	SCALP SALINIZADO		
3	Omeprazol 40 mg VO 1x/dia		
4	Dipirona 3,0 mL EV 6/6h	12	06
5	Tilatil 20 mg EV 12/12h	12	06
6	Tramal 50 mg + 160ml SF e 0,9% EV 8/8h SOS	5h	24
7	Cuidados Gerais e Sinais Vitais		
8	Curativos Diários		
9			
10			
11			
12			

07/12/17

Atte
João Carlos

9:00 da manhã
CURATIVO EM TÍBIA
COM FIXADOR EXTERNO
FERIDA OPERATORIA COM
SECREÇÃO SANGUINOLÉTHICA
EM PEQUENA QUANTIDADE
VERIFICADO PA-10X50
MUNHO, P- 38 leucócitos
Apresenta sinais vitais
estáveis PA-10X50
Fórmula
Revisão
Hospital Regional
CONFERE COM P
22/12/17
Furto
Data

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

PRODUTOS PARA SUA SAÚDE

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

Nome do Hospital: UPSA

CNPJ: _____

Assinatura: _____

Cargo: 1.000 kg

Nome: _____

[illegible]

comunicação ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material(is) aqui discriminados do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 28/11/17

DATA DA ALTA: ____/____/____

CIENTE-Nome: João Batista Lima da Silva DATA DA ALTA: 12 / 1 / 2012

Nº AIH: _____

Nº do Prontuário: _____

Procedimento Médico Realizado: _____ Data da Internação: ____/____/____

Indicador de Compatibilidade: 1

DICO RESPONSÁVEL - Nome: _____

CRM Nº: _____

SECRET
ESTIMATED
BRUCE M. PERLIN

0101130
1011501

2. ~~File No. 12, 68-1418-8 COURT~~
~~2. ~~File No. 12, 68-1418-8 COURT~~~~

Hospital Regional Justino Luz - Pça Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-301 - Picos - PI

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
			ENF. QUAPT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Nome do Paciente: João Patricio Lima de Almeida					
DATA/HORA/CODIGO		QUANT.	HORARIO	OBSERVAÇÕES	
23/11/15					
1) Quilto branco 3 00:00h					
2) Soro 9% - 1500ml IV em 24h					
3) Omeprazol 40mg - 01 comp (10) pela manhã -					
4) Omeprazol 40mg - 01 comp IV 6/6h					
5) Alprazolam 0,5mg - 01 comp IV 6/6h					
6) Vitamina C 10mg - 01 comp IV 12/12h					
7) Bupropiona 10mg - 01 comp IV 8/8h					
8) SSV + CCE					
9) Fenda esmaltada elavada					
10) Soro de gume 400ml					
11) Sólido: Hemograma completo					
<p>Assinatura do Enfermeiro: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura do Médico: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura do Farmacêutico: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura do Nutricionista: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura do Psicólogo: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura do Fonoaudiólogo: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura do Terapeuta Ocupacional: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura do Educador Físico: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura do Assistente Social: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura do Psicólogo: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura do Fonoaudiólogo: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura do Terapeuta Ocupacional: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura do Educador Físico: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Assinatura do Assistente Social: <i>[Assinatura]</i></p>					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

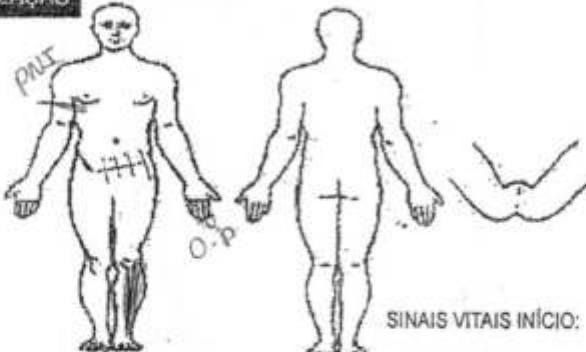
Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 22/11/15
Fim, onário

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos - PI

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE Guilherme + Tereza SALA Nº 04
 ENTRADA NA SO 10:00 INÍCIO DA ANESTESIA: _____ INÍCIO DA CIRURGIA 10:20
 SAÍDA DA SO _____ TÉRMINO DA ANESTESIA: _____ TÉRMINO DA CIRURGIA 11:00
 CIRURGIA PROPOSTA: _____
 CIRURGIA REALIZADA: _____
 CIRURGIÃO Dr. João ANESTESIOLOGISTA Dr. Claudivaldo INSTRUMENTADOR _____
 ASSISTENTES: 1º Dr. Roberto CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS:

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTODOS
- ☒ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☒ OXIMETRIA DE PULSO
- ☒ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 169x80 SATO 99% FC 97 bpm
 SINAIS VITAIS TÉRMINO PA 159x76 SATO 99% FC 76 bpm

TIPO DE ANESTESIA

<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA	<input type="checkbox"/> GERAL
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20	<input type="checkbox"/> LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Raquel</u>
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR	<input type="checkbox"/> PERIDURAL	<input type="checkbox"/> COM CATETER
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	<input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1)	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEM CATETER
	<input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL	
		<input type="checkbox"/> TOPICA	

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF ☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____ ☐ OUTRAS _____

SIÇÃO INTRA-OPERATORIA

<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> SENTADA	<input type="checkbox"/> TRENDLENBURG
<input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> LITOTÔMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	

PREPARO DA PELE

DEGERMAÇÃO	<input type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA	<input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO
ANTI-SEPSIA	<input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO	<input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO	
REALIZADA POR	<input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	

PROCEDIMENTO REALIZADOS

<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA	<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG	<input type="checkbox"/> MSD
<input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl	<input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> MSE	

☐ Sonda URETRAL Nº _____ ☐ COLETOR ☐ UROSTOP ☐ AP BARBEAR _____ UNID ☐ SNG Nº _____
☐ Sonda FOLEY Nº _____ ☐ LANCETA ☐ Sonda de ASPIRAÇÃO Nº _____ ☐ JELCO Nº _____

GARROTEAMENTO

TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH _____ UNID ☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg ☐ NÃO SE APLICA
 LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO ☐ COXA ☐ PANTURRILHA _____
 TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____

SERVIÇOS SOLICITADOS

<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	LOCAL _____	N DE FRASCOS _____
<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM	<input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 30 ABR 2019
 AGENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 CENTRO - Norte CEP: 64.002470

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391- Picos - PI.

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>João Patrick Lima da Silva</i>				DATA <i>28/11/17</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>Operação de fixação interna de Tibia</i>				SALA <i>04</i>		
MATERIAL DE CONSUMO		QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM	
SERINGA 1 ML 3 ML					ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>
SERINGA 5 ML/ 10 ML		<i>02</i>	<i>01</i>		BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>
SERINGA 20 ML					ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>
KIT ACESSO CENTRAL					AUTOCLAVE	<input checked="" type="checkbox"/>
SONDA DE ASPIRAÇÃO					INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input checked="" type="checkbox"/>
AGULHA 40X12		<i>02</i>			ULTRASSON	<input type="checkbox"/>
ALGODÃO					STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>
ÁGUA DESTILADA 10ml		<i>03</i>				
PVPI + degermante		<i>100</i>	<i>100</i>			
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE		<i>03</i>				
ATADURA COM CREPOM 15 cm						
ATADURA GESSADA						
PROPOFOL						
KETALAR						
DIMORF		<i>01</i>				
NEOCAÍNA PESADA		<i>01</i>				
LIDOCAÍNA						
PROPOFOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA Ceftaz		<i>20</i>	<i>35</i>			
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
SIL						
AMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
TI-GUT SIMPLES						
CAT-GUT CROMADO						
DE ALGODÃO						
OLON 010		<i>02</i>				
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE Potts		<i>05</i>				
ESPARADRAPO cur		<i>50</i>				
LÂMINA DE BISTURI nº 24		<i>02</i>				
LUVA ESTÉRIL		<i>03</i>				
LUVA DE PROCEDIMENTO		<i>04</i>				
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ml		<i>10</i>				
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
EQUIPO						
AGULHA DE RAQUE		<i>01</i>				
TENOXICAM						

USO DA SALA		
INÍCIO <i>20:20 h.</i>	TÉRMINO <i>21:00</i>	DURAÇÃO
OPERAÇÃO <i>Op. fix. Int. Exp. Tibia</i>		
CIRURGIÃO <i>Dr. F. Júnior</i>		
AUXILIAR <i>Dr. Nondito</i>		
ANESTESISTA <i>Dr. Clotilde</i>		
TIPO DE ANESTESIA <i>Raque</i>		
INSTRUMENTADOR		
OCORRÊNCIAS		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 ABR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data *22/12/17*
Funcionário *[assinatura]*
MÉDICO: *Dr. F. Júnior*
ENFERMEIRA(O): *Ana*
TÉC. ENFER.: *Berilho & Tenzer*
633.250 TE



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

162.51067.75-7

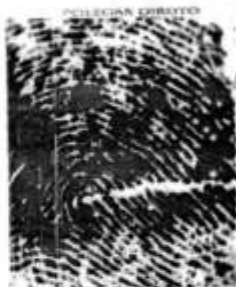
8622941

0050

PI

João Patrik Lima da Silva

ASSINANTE DA CARTÃO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



JOÃO PATRIK LIMA DA SILVA

FILIAÇÃO: JANETECLER LIMA DA SILVA

NASCIMENTO: 08/12/1998

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: FLORIANO - PI

DOCUMENTO: R.G. - 4211955 - 27/04/2015 - SSP - PI

LEI Nº 8.049, DE 18 DE MAIO DE 1985

CNPJ: 072.515.643-04

TIT. ELEITOR

LOCAL DE EMISSÃO: AAP - PICOB

DATA DE EMISSÃO: 17/05/2017

ZONA:

CNH:

SEÇÃO:

Assinatura

ASSINANTE DA EMISSÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2018

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180195412 **Cidade:** Picos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PATRIK LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 28/11/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA (TTO CIRÚRGICO)

Resultados terapêuticos: DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das

sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / 50% DE 70% = 35%

Documentos
complementares:

Observações:

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3180 195412

CPF da Vítima

072.516.643-64

Nome completo da vítima

JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA		CPE titular da conta 072.516.643-64	Profissão SEVULOS GERAIS
Endereço RUA PROJETA DA		Número 10	Complemento CASA
Bairro CALVEIRO FI	Cidade FLORIANO	Estado PIAUI	CEP 64800-000
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.
0096

D/V

5

CONTA

NRO.
55201

D/V

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FLORIANO-PI, 29 de MAIO de 2018

Local e Data

João Patrick Lima da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
30/05/2018 - Autoatendimento - 10:40:08
009671783 0575

FAVORECIDO	JOAO PATRICK LIMA SILVA
AGENCIA:	0096-5
CONTA:	55.201-1
VARIACAO	51

POUPANÇA BANCO DO BRASIL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.705.940 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/02/12

NOME ELIAS MOURA DE SOUSA

FUNÇÃO

SUELI DIAS DE MOURA
EDGAR FRANCISCO DE SOUSA

NATURALIDADE

PICOS-PI

DOC. DIRETOR

CERT. NASC. 16504 L 49A F 122
EXP PICOS-PI 01/03/00

CPF 066.334.013-61

TERCEIRIA - PI

DATA DE NASCIMENTO 13/03/1999

LEI Nº 7.116 DE 28/08/93 - DECRETO Nº 89.250/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Elías Moura de Sousa

CANTERA DE IDENTIDADE

1007



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002471

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: SEVULOS GERAIS
Identidade: 4811955 CPF: 072.516.643-64
Endereço: RUA ALBERTO SILVA Nº 15 CUIABÁ II

PROCURADOR:

Nome: **Edimar Alves dos Santos**
Nacionalidade: **Brasileiro** Est. Civil: **Casado**
Profissão: **Autônomo**
Identidade: **1.585.662 SSP - PI** CPF: **748.086.803-00**
Endereço: **Rua Projetada nº 291 Floriano - PI**

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincors, e Corretores), para fins específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

FLOR/PI, 06/04/18
Local e data

João Patrick Lima da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Rua Fernando Manoel
Floriano/PI
Fone/Fax:
e-mail: cartorioleal

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de João Patrick Lima da Silva
Como ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança
Dou fé. Floriano/PI, 06/04/18

☐ Gildete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

☐ Givane Ferreira da Silva - Tabelião
☐ Justine Nunes Gomes Cavaleiro

