

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

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 n°: 13139148

A/C: 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

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 Patrick Lima da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>João Patrick Lima da Silva</i>	CPF titular da conta <i>072.516.643-64</i>	Profissão <i>Serviços Gerais</i>
Endereço <i>Rua Nossa Senhora Aparecida</i>	Número <i>15</i>	Complemento <i>CASA</i>
Bairro <i>CAJUEIRO II</i>	Estado <i>Piauí</i>	CEP <i>84800-000</i>
Email	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
0638 *013.96090* *0*
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO NOME	NRO.	D/V	NRO.	D/V
<i></i>	<i></i>	<i></i>	<i></i>	<i></i>
AGENCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	
<i></i>	<i></i>	<i></i>	<i></i>	

(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 Lider 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-P2 24 de Abril de 2018
Local e Data

João Patrick Lima da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Lotérias CAIXA

ATMA ECONÔMICA FEDERAL

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

099-627458859-4

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

LOT: 16.12821-8 TERM: 040158

LOCALIDADE: FLORIANÓPOLIS
 AG. VINCULADA: 0638 CONTROLE: 139320788

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0638.013.00096098-0

JOAO PATRIK LIMA DA SILVA

VALOR : 100,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
 COMPROVANTE DE DEPÓSITO

099-627458859-4

1ª VIA

**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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 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

439551

Data/Hora

28/11/2017 - 18:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PICOS

Bairro

BOA SORTE

Endereço

BR-316, N°:

Complemento

Ponto de Referência

PRÓXIMO A RODOVIÁRIA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA

Tipo Envolv.: VÍTIMA

RG: 4211955 SSP PI

Mãe: JANETECLER LIMA DA SILVA

Endereço: POV. MALHADA GRANDE DOS ALMONDES, N° S/N

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PICOS

Telefone(s): 89-9403-5634

Nome: ELIAS MOURA DE SOUSA

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante

RG: 3705940 SSP PI

Mãe: SUEL DIAS DE MOURA

Pai: EDGAR FRANCISCO DE SOUSA

Endereço: POV. MALHADA GRANDE DOS ALMONDES, N° S/N

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PICOS

Telefone(s): 89-9441-4642

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante 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 noticiante este seguia em sentido Bairro Centro/Pov. Malhada Grande dos Almonds; 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 noticiante não sofreu lesão; QUE JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA foi atendido no Hospital Regional Justino Luz, conforme Ficha de Atendimento n°. P0480494, Registro: 380071, fraturando a perna esquerda. Era o que tinha registrar.

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

Elias Moura de Souza
 ELIAS MOURA DE SOUSA - Noticiante
 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

*Delegado de Polícia Civil
Delegado de Polícia Civil
Delegado de Polícia Civil
Delegado de Polícia Civil
Delegado de Polícia Civil*

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

Email

CPF do Representante legal

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-PJ, 24 de Abril de 2018
 Local e Data

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	

 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	<i>Ósvaldo + Terezinha</i>	SALA Nº	<i>04</i>
ENTRADA NA SO	<i>20:00</i>	INÍCIO DA ANESTESIA:	
SAÍDA DA SO		TÉRMINO DA ANESTESIA:	
CIRURGIA PROPOSTA:		INÍCIO DA CIRURGIA	<i>20:40</i>
CIRURGIA REALIZADA:		TÉRMINO DA CIRURGIA	<i>21:00</i>
CIRURGÃO	<i>DR. JOSÉ V.</i>	ANESTESILOGISTA	<i>DR. M. M. M. M.</i>
ASSISTENTES: 1º	<i>DR. M. M. M.</i>	INSTRUMENTADOR	
	CRM	CRM	CRM
2º			

MONITORIZAÇÃO		SÍMBOLOS
		<ul style="list-style-type: none"> • PLACA DE BISTURI ELÉTRICO □ ELÉTRODOS INCISÃO CIRURGICA OXIMETRIA DE PULSO △ PANI
SINAIS VITAIS INÍCIO: PA <u>169 X 80</u> SATO <u>99%</u> FC <u>97 bpm</u>		
SINAIS VITAIS TÉRMINO PA <u>159 X 76</u> SATO <u>99%</u> FC <u>76 bpm</u>		

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	<i>J. Roque</i>
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR	<input type="checkbox"/> PERIDUAL	<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	
<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____	<input type="checkbox"/> COM CUFF	MÁSCARA LARINGEIA Nº _____	
	<input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> OUTRAS	
SITUAÇÃO INTRA-OPERATÓRIA			
<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> SENTADA
<input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> LITOTÓMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SEMI-FOWLE
DEPARTAMENTO DE SINISTROS			
PREPARO DA PELE		DPVAT	
DEGERMAÇÃO	<input type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA	<input type="checkbox"/> PVPI TÓPICO
ANTI-SEPSIA	<input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO	<input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO	<input type="checkbox"/> CONTEUDO NÃO VERIFICADO
REALIZADA POR	<input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	<i>30-ABR-2018</i>
RODÉDIMENTO REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA	<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG	<input type="checkbox"/> GENTÉA
<input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl		<input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> SEGURADORA S.A.
		<input type="checkbox"/> MSD	Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
		<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> OUTROS
			Norte CEP: 64.002-470

<input type="checkbox"/> SONDA URETRAL Nº _____	<input type="checkbox"/> COLETOR	<input type="checkbox"/> UROSTOP	<input type="checkbox"/> AP BARBEAR _____ UNID	<input type="checkbox"/> SNG Nº _____
<input type="checkbox"/> SONDA FOLEY Nº _____	<input type="checkbox"/> LANCETA		<input type="checkbox"/> SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____	<input type="checkbox"/> JELCO Nº _____

GARROTEAMENTO		Data _____		Punk. Operário _____	
TIPO	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH	UNID	<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO	mmhg	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
LOCALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BRAÇO	<input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO	<input type="checkbox"/> PSKA		<input type="checkbox"/> PANTURRILHA
TEMPO	<input type="checkbox"/> INÍCIO	<input type="checkbox"/> TÉRMINO			

SERVIÇOS SOLICITADOS		Data _____		Punk. Operário _____	
<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO	UNID	<input type="checkbox"/> N DE FRASCOS	mmhg	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> SIM				
<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM	<input type="checkbox"/> OUTROS			

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 Insc. Estadual 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Aviso especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 003249669

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 25 de abril de 2002.

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

FRANCISCO ALVES DA SILVA
R. N° 577 APARECIDA 45 CAJUEIRO II
CPF: 05.577.168.349
CEP: 64.000-000 - FLORIANO

DADOS DA LEITURA	ROT	DATAS DA LEITURA
Atual: 7878	91.800.11.69.277500	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
	FCAM	

NORMA		DETALHAMENTO			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA		1206646		1.4.1.1	98
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo					
FEV/18 109					
JAN/18 97					
DEZ/17 89					
NOV/17 101					
OUT/17 104					
SET/17 94					
AGO/17 108					
JUL/17 85					
JUN/17 105					
MAI/17 108					
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
04 A 97 - 0,150129					
01 A 87 - 0,225530					

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO

Hes/Ano Valor R\$ Início de consumo deve subir a 3 subreddos ou 10% acento de
02/2018 52,40 diversa regrada a partir de 21/03/2018, se forca das contas
/ revisadas nessa fatura. O não pagamento poderá ensejar, das
100 a 150% do valor do consumo, da conta, juros e multas
eitos agravados, contados vencidos e de revisões, 10
10% de R\$ 102,30 valor histórico. Caso seja maior que
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.2944.1EDF.0D33.814E

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

ÚIC	FIC	DMIC	DICRI
Mensal: 0,00	Bimestral: 0,00	Anual: 0,00	Perman: 0,00
12-mes: 0,00			

Período de
Ajuste: 01/2018 R\$ 0,00

ROT: 91.800.11.69.277500

Eletrobras
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO

1127124-8

TOTAL A PAGAR - R\$

43,07

MÊS FATURADO

03/2018

VENCIMENTO

23/03/2018

Nº da Nota Fiscal 003249669 FCAM

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 Insc. Estadual 19.301.383-5

83660000000 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 CARGA: 004
DT.VENC.: 23/03/2018 IRRF: 0,00 COLET: 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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 748086803 100, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.516.643-64, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOÃO PATRICK 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Presidente 22</u>	Cidade <u>Florianópolis</u>	Número <u>091</u>	Complemento <u>0999</u>
Bairro <u>TRIPÉS</u>		Estado <u>SC</u>	CEP <u>64800-000</u>
Email <u></u>	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	

Florianópolis 24 de ABRIL de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elias Moura de Sousa,

RG nº 3705940, data de expedição 27/02/12,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 066.334.013-61, com
domicílio na cidade de Picos, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Povoado Melhado Grande os Almoxarifes, nº 212,
complemento casar, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima João Patrick Lima dos Santos, cujo o condutor era
Elias Moura de Sousa.

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA CG160 TITAN

Ano: 2015

Placa: PIL 0970

Chassi: 9G2KC22106e084636

Data do Acidente: 28.11.2017

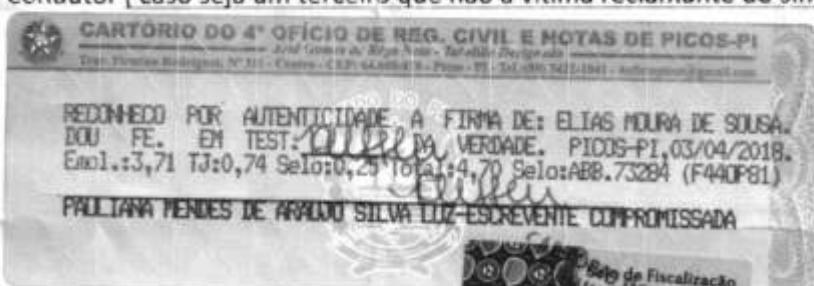
Local e Data: _____

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)





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
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

Registro: 380071

Data: 28/11/2017

Hora: 19:05:00

Funcionário: DENILDO

Tipo: CONSULTA

Senha 121

Sexo: MASCULINO

SUS

JOAO PATRICK LIMA DA SILVA

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

Profissão:

CEP: 64600-000

End.: DA CRUZ, 115 -

Bairro: AEROLANDIA

Civil: **PICOS/PI**

Cor: PARDA

Mãe: JANETECLER LIMA DA SILVA

País: NAO INFORMADO

Clinica: CLINICA GERAL

Demand: PARTICULAR

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clinica/Exame fisico:

Hora: _____
 Internação

- Rejor Acabou de moto, com a tripulação de
Per - E per canta. nego deu

Exames Complementares:

A: Comunh, e alt com
B: Boc Ruptura
C: Ruptura engol

Diagnóstico provável: DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Prescrição Médica: 30 ABR. 2018

GENE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

D: Glasgow: 8
E: Uso - fratura a M1F

Marco Antônio Costa
Técnico em Radiologia Médica
CATR 04777-7 / 17-80.5454

C: 1) Ringer Lactato 1000ml EV 8h L 14:20
2) Peda perna E
3) Valtan 500 mg
4) Diphenox 100 mg 14:20
5) Diphenox 100 mg 14:20

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 19:09:50

Prioridade:

Vermelho - Emergência Laranja - Multo Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa/História:

+ tripulação

Alergias:

PA: 0 mmHg

FC: 0 bpm

Observação:

Conducta:

Medicação Usual:

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

Glicemias: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

funcionário profissional nome: - nome - x com
funcionário profissional nome: - nome - x com

Col. ao conto

355436 - ADILMA DE SOUSA FERREIRA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

Alta Óbito Evasão

Transferencia

Destino:



FEPISERH
Fundação Pública de Assistência Social
do Estado do Piauí



Hospital Regional Justino Luz

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



PIAÚI
GOVERNO DO ESTADO DO

Atestado Médico

Atesto que José Patrick Lino de oliveira
esteve neste hospital dia 28/11/17, das : 00 às : 00 horas:

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

Diagnóstico / C.I.D.: 502.2 Picos-PI, 07 de 12 20 17

Dr. Francisco Justino Lino de Oliveira
Bragança Piauí / Fazenda
Av. Dr. Ademar / Fazenda 14196

Médico (Assinatura e carimbo)

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

Atendimento	I046581
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
Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO
Diagnóstico Definitivo:

Resultado



Curado



Melhorado



Inalterado



Piorado



Removido



Pedido



Evasão



Indisciplina

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido _____

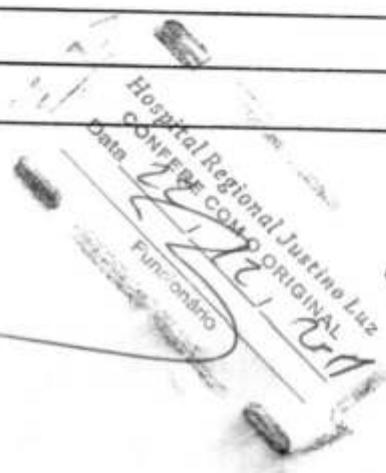
História Clínica

Diagnóstico Provável



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



FRANCISCO JUNIOR CASTELO BRANCO BRANCO NUNES SILVA

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ
SESAPI

Nome:	JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA		Ala C	Apartamento:	Leito 20-92
ID:	FRATURA ENXOSTADA DE TIBIA COM FIX. EXTERNO		DIH:	9	Idade: 17
Date:	06/12/2017		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT		
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			30 ABR. 2018		
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470			HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		
			OBSERVAÇÕES		
1	Dieta Oral Livre		06	06	06
2	SCALP SALINIZADO		06	06	06
3	Omeprazol 40 mg VO 1x/dia		06	06	06
4	Dipirona 3,0 mL EV 6/6h		06	06	06
5	Tilathil 20 mg EV 12/12h		06	06	06
6	Tramal 50 mg + 100mL SF a 0,9% EV 8/8h SOS		06	06	06
7	Cuidados Gerais e Sinais Vitais		06	06	06
8	Curativos Diários		06	06	06
9			06	06	06
10			06	06	06
11			06	06	06
12			06	06	06
02/12/17					
Atto do Setor					
Hospital Regional do Piauí CONFERENCIA DANO FUNDAMENTO					

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E
MATERIAIS ESPECIAIS - ROPMNome do Hospital: PROTEPI

CNPJ: _____

Assinatura: João Batista Ferreira GómezCargo: Secretário

Nome: _____

Código ROPM N°

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

01 - Fuxada - Esterno da tibia.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

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

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 28/11/17DATA DA ALTA: 12/12/17PACIENTE-Nome: João Batista Ferreira Gómez

Nº AIH: _____

Nº do Prontuário: _____

Procedimento Médico Realizado: Órtese de fuxadaIndicador de Compatibilidade: Órtese de fuxada

DICO RESPONSÁVEL - Nome: _____

CRM N°: _____

卷之三

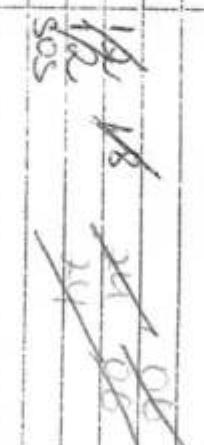
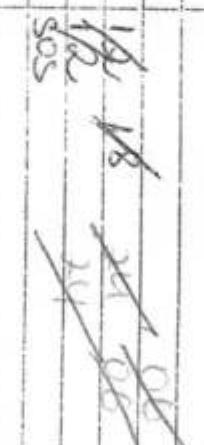
SECRETARY

MESSARI

ט' ט' ט' ט'

200

6

Nome:	JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA										
ID:	FRATURA EXPUESTA DE TÍMPIA COM FIX. EXTERNO										
Data: 05/12/2017											
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">DEPARTAMENTO DE SINTROS DPVAT</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">30 ABR. 2018</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470 </td> </tr> </table>				DEPARTAMENTO DE SINTROS DPVAT		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		30 ABR. 2018		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	
DEPARTAMENTO DE SINTROS DPVAT											
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO											
30 ABR. 2018											
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470											
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		RELATÓRIO DE MEDICAÇÃO									
CESENAÇÕES		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO									
											
											
											
		<img alt="Handwritten signature of the nurse" data-bbox="550 3									



HRJL
Hospital Regional Justino Luz



GOVERNO DO ESTADO
PIAUÍ

ESTADO DO PIAUÍ

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



30 APR. 2018

30 000
1 GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455, Loja
Centro - Norte CEP: 64.002-04

1 GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455, Loja
Centro - Norte CEP: 64.002-041

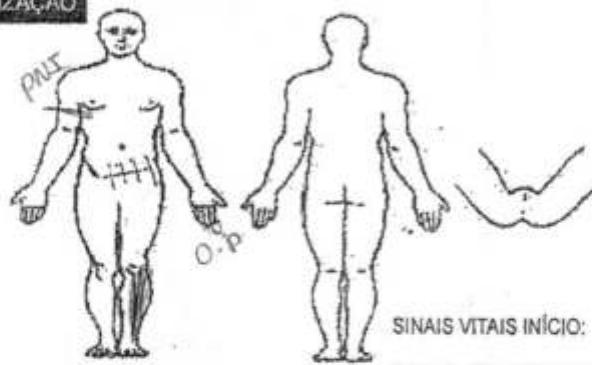
GRAFICA PICODENSE (199) 3422 MAD BIRNE E

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE	<i>Isaelle + Tereza</i>	SALA Nº	<i>04</i>
ENTRADA NA SO	<i>10:00</i>	INÍCIO DA ANESTESIA	<i>10:00</i>
SAÍDA DA SO		TERMINO DA ANESTESIA	<i>11:00</i>
CIRURGIA PROPOSTA:		INÍCIO DA CIRURGIA	<i>10:00</i>
CIRURGIA REALIZADA		TERMINO DA CIRURGIA	<i>11:00</i>
CIRURGIÃO	<i>DR. JOSÉ</i>	ANESTESILOGISTA	<i>DR. C. M. L. M. L.</i>
ASSISTENTES: 1º	<i>DR. M. M. X.</i>	CRM	<i>2º</i>
		CRM	

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- • ELÉTRODOS
- ||| INCISÃO CIRURGICA
- OXIMETRIA DE PULSO
- ▲ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 169 x 80 SATO 99% FC 97 bpm

SINAIS VITAIS TERMINO PA 159 x 76 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	<i>DR. Roque</i>
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR	<input type="checkbox"/> PERIDUAL	<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	
<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____	<input type="checkbox"/> COM CUFF	<input type="checkbox"/> MÁSCARA LARINGEA Nº _____	
	<input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> OUTRAS _____	

SÍCÃO INTRA-OPERATÓRIA

<input type="checkbox"/> DORSAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> SENTADA	<input type="checkbox"/> TRENDLEMBURG
<input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> LITOTÓMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SEMI-FOWLE	<i>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</i>

PREPARO DA PELE

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

30 APR 2019

ROCEDIMENTO REALIZADOS

<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA	<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> GENTEX SEGURADORA S.A.
<input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl		<input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> MSE	<i>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C PÓRTICO - Norte CEP: 64.002-470</i>

<input type="checkbox"/> SONDA URETRAL Nº _____	<input type="checkbox"/> COLETOR	<input type="checkbox"/> UROSTOP	<input type="checkbox"/> AP BARBEAR _____ UNID	<input type="checkbox"/> SNG Nº _____
<input type="checkbox"/> SONDA FOLEY Nº _____	<input type="checkbox"/> LANCETA		<input type="checkbox"/> SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____	<input type="checkbox"/> JELCO Nº _____

GARROTEAMENTO

TIPO	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH	UNID	<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmhg	<input type="checkbox"/> NÃO SE APlica
LOCALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BRAÇO	<input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO	<input type="checkbox"/> COKE	<input type="checkbox"/> PANTURRILHA
TEMPO	INÍCIO	TÉRMINO		

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

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

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE

João Patrick Lima da Silva

 DATA
 28/11/17

PRONTUÁRIO

LEITO

PROCEDIMENTO

Tensão arterial alta e constrição arterial da perna

SALA 04

MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL
SERINGA 1 ML 3 ML			
SERINGA 5 ML/ 10 ML	02	10	
SERINGA 20 ML			
KIT ACESSO CENTRAL			
SONDA DE ASPIRAÇÃO			
AGULHA 40X12	01		
ALGODÃO			
ÁGUA DESTILADA	10 ml	ml	100
PVP + desinficiente	100	ml	100
SONDA VESICAL			
COLETOR DE URINA			
COCOVA COM DEGERMANTE	03		
ATADURA COM CREPOM	15 cm		
ATADURA GESSADA			
ALOPINA			
KETALAR			
DIMORF	01		
NEOCAÍNA PESADA	01		
LIDOCÁINA			
PROPOFOL			
MIDAZOLAN			
DIAZEPAN			
TIOPENTAL			
EFORTIL			
DIPIRONA			
CEFAZOLINA	02	ml	20/30
FENTANIL			
FLUMAZENIL			
SIL			
AMINA K			
VITAMINA A			
OCITOCINA			
METHERGIN			
T-GUT SIMPLES			
CAT-CUT CROMADO			
DE ALGODÃO			
YILON	01		
VYCRIL			
PROLENE			
CLAMP UMBILICAL			
PULSEIRA RN			
GAZE	05		
ESPARADRAPO	01	ml	50
LÂMINA DE BISTURI	02	ml	14
LUVA ESTÉRIL	03		
LUVA DE PROCEDIMENTO	04		
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	500 ml	ml	10
SORO GLICOSADO 5%			
MANITOL			
RINGER LACTADO			
JELCO			
TUBO OROTRAQUEAL			
AGULHA STIMUPLEX			
EQUIPO			
AGULHA DE RAQUE	01		
TENOXICAM			

APARELHAGEM
ARCO CIRÚRGICO
BOMBA DE INFUSÃO
ASPIRADOR
AUTOCLAVE
INSTRUMENTAL CIRÚRGICO
ULTRASSON
STIMUPLEX

USO DA SALA		
INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
20:20 h.	21:00	
OPERAÇÃO	Ost. Frat. Exp. Tibia	
CIRURGÃO	Dr. Fábio Júnior	
AUXILIAR	Dr. Nando	
ANESTESISTA	Dr. Edvaldo	
TIPO DE ANESTESIA	Raque	
INSTRUMENTADOR		
OCORRÊNCIAS		

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

Hospital Regional Justino Luz
 CONFIRA COM O ORIGINAL
 Data: 22/11/17
 Funcionário: Dr. Fábio Júnior

MÉDICO: Dr. Fábio Júnior
 ENFERMEIRA(O): Anaige
 TÉC. ENFER.: Berille & Tânia
 633.250 TE

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

162.51067.75-7

8622941

0050

PI

João Fabrik Leme da Silveira



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ZONA:

JOÃO PATRICK LIMA DA SILVA
FILHO DE JANETE CLER LIMA DA SILVA
NASCIMENTO 08/02/1980
ESTADO CIVL SOLTEIRO
NATURALIDADE: FLORIANÓ - PI
DOCUMENTO R.G. - 4211985 - 27/04/2015 - SSP - PI
LEIAF 848, DE 18 DE MAIO DE 1985
22117-8622941.50-65

CHN:
SEÇÃO:
ZONA:
TIT. ELEITOR:
LOCAL DE EMISSÃO: ANP - PROD
DATA DE EMISSÃO: 11/06/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 ABR. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

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

Valorização 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
 JOAO PATEICK LIMA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOAO PATEICK LIMA DA SILVA	CPF titular da conta 072.516.643-64	Profissão Servidor
Endereço RUA PROJETADA	Número 10	Complemento CASA
Bairro CALUFIRO II	Cidade FIORIANO	Estado PIAUÍ
Email	CEP 64800-000	Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

 AGENCIA NRO. 0096 D/V 5 CONTA NRO. 55201 D/V
 (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

 BANCO
 Nome _____ NRO. _____
 AGENCIA 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 Lider 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.

 DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

FLORIANO-PI, 29 de MAIO de 2018

Local e Data

Joao Patrick Lima da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

05 JUN 2018

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

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.705.940 DATA DE EXPEDIÇÃO

27/02/12

NAME
ELIAS MOURA DE SOUSA

FEIÇÃO

SUELÍ DIAS DE MOURA
EDGAR FRANCISCO DE SOUSA
NATURALIDADE
PÍCOS-PI
DOC. DNI/EM
CERT. NASC. 16504 L 49A F 122
EXP. PÍCOS-PI 01/03/00
TELEFONE: (86) 066.334.013-61
LEI Nº 7.110 DE 29/06/83 DECRETO Nº 88.200/83

DATA DE NASCIMENTO

13/03/1999



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: João Patrick Lima da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: sócio
Profissão: SERViços Gerais
Identidade: 4211955 CPF: 072.516.643-64
Endereço: Rua Alvaro Silva nº 15 Centro 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, Sinceres 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.

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

João Patrick Lima da Silva

Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

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

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de João Patrick

Como Verdadeira Autêntica Semelhança
Dou fé. Floriano/PI, 06/04/18

Gillete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

Gilvane Ferreira da Silva -

Juellie Nunes Gomes Cavalcanti

