

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2017

Carta nº: 11680566

A/C: DOMINGOS MENDES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170501700 ASL-0355964/17
Vítima: DOMINGOS MENDES DA SILVA
Data Acidente: 30/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2017

Carta nº: 11686758

A/C: DOMINGOS MENDES DA SILVA

Sinistro: 3170501700 ASL-0355964/17
Vítima: DOMINGOS MENDES DA SILVA
Data Acidente: 30/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2017

Carta nº: 11797206

A/C: DOMINGOS MENDES DA SILVA

Sinistro: 3170501700 ASL-0355964/17
Vítima: DOMINGOS MENDES DA SILVA
Data Acidente: 30/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2017

Carta nº: 11858508

A/C: DOMINGOS MENDES DA SILVA

Sinistro: 3170501700 ASL-0355964/17
Vítima: DOMINGOS MENDES DA SILVA
Data Acidente: 30/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

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: **DOMINGOS MENDES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000082541-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

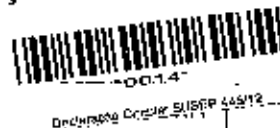
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PE _____

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Domingos Mendes Da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.413.547 EXPEDIDO POR SSP PI EM 10/07/66 E
CPF (494926783-9) / CNPJ _____, PROFISSÃO Recusei-me
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusei-me NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Domingos Mendes Da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou S. Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.700,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesse momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com CEF 54.00240-1);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0004 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 82541-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina, 12 de Setembro de 2017 Domingos Mendes Da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-1221204.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

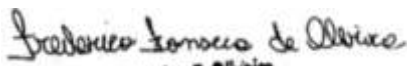
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Domingos Mendes da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Monte Santo, 2890
Santa Maria da Codipi Teresina PI CEP: 64012-250
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1413547
Data local do exame: [17/10/2017] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO**
-FRATURA COMINUTIVA DA PATELA ESQUERDO
-FRATURA COMINUTIVA EM PLATO TIBIAL ESQUERDO
PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO E EM PERNA ESQUERDA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO DIA 30-07-17 LEVANDO A FRATURA DO JOELHO ESQUERDO
Data da alta: 30-08-17
OSTEOSSINTESE COM FIOS METALICOS
Complicações: VIDE ACIMA
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO COM DOR EM JOELHO E EM PERNA ESQUERDA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> <p>() "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Frederico F. Oliveira
Cardiologia/Clin. Médica
CRM - PI 5998



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003603/2017-88

Unidade do Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Rasp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 23/08/2017 - 09:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JOSUE DE MOURA SANTOS, Nº:

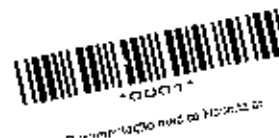
Complemento

Data/Hora

30/07/2017 - 17:50

Bairro

PARQUE BRASIL



Ponto de Referência

ANTIGO POSTO FISCAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DOMINGOS MENDES DA SILVA

RG: 1413547SSPP/PI

Mãe: FRANCISCA MENDES DA SILVA

Pai: FRANCISCO DA SILVA

Endereço: RUA MONTE SANTO, Nº 2890

Complemento: SANTA MARIA DA CODIPI

Bairro: MONTE VERDE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 88-9510-5189

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

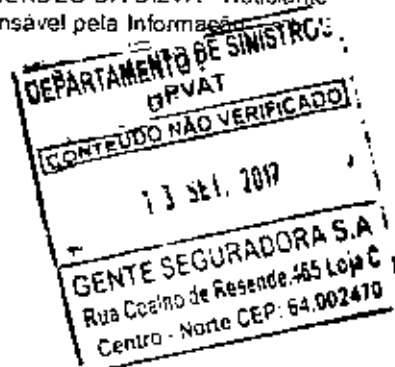
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA AV. JOSUE MOURA SANTOS, CONDUZINDO A MOTO HONDA/CG 125 FANKS, COR PRETA, ANO 2014/15, PLACA PIC-7371, RENAVAM 01037399529 DE PROPRIEDADE DE NAIANE LIMA DA SILVA RG 2.779.040 SSP-PI, CPF 046.138.093-55 E NAS PROXIMIDADES DO ANTIGO POSTO FISCAL O CONDUTOR DE UMA MOTO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS, INVADIU A VIA PROVOCANDO A COLISÃO ENTRE OS VEÍCULOS, FICANDO O INFORMANTE LESIONADO SEGUNDO PRONTUÁRIO 429142 DO HUT, PARA ONDE A VÍTIMA FOI LEVADA, APÓS SER SOCORRIDO PELO SAMU. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE. É O REGISTRO.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa
AGENTE DE POLÍCIA

DOMINGOS MENDES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documento de Identificação

Eu, Domingos Mendes Da Silva, portador da carteira de identidade nº 4.413.547 e inscrito no CPF/ME sob o nº 492.926.793-91 residente e domiciliado na Rua Monte Santo nº 2890 Cidade Teresina Estado Piauí, 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:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

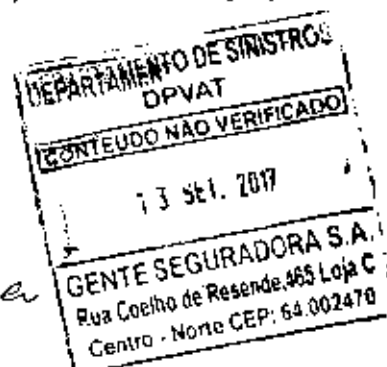
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Domingos Mendes Da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Teresina - PI 32/09/2017

Local e data



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código BGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome			15 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência		19 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
	20 Tipo de ocorrência		21 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
Acidente de Transporte	22 Vítima	23 Meio de locomoção	24 Outra parte envolvida	25 Equipamentos de segurança	
	26 Vítima	27 Meio de locomoção	28 Outra parte envolvida	29 Equipamentos de segurança	
Exame Físico	30 Glasgow	31 Resposta verbal	32 Resposta motora	33 Sinais vitais	
	34 Glasgow	35 Resposta verbal	36 Resposta motora	37 Sinais vitais	
Assistência	38 Procedimentos realizados	39 Procedimentos realizados	40 Procedimentos realizados	41 Procedimentos realizados	
	42 Procedimentos realizados	43 Procedimentos realizados	44 Procedimentos realizados	45 Procedimentos realizados	
Hospital de Destino	46 Hospital de Destino	47 Condições de entrada	48 Óbito	49 Condições de entrada	
	50 Hospital de Destino	51 Condições de entrada	52 Óbito	53 Condições de entrada	
Observações Interdisciplinares	54 Observações Interdisciplinares				
	55 Observações Interdisciplinares				

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOMINGOS MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000082541-6

Nr. da Autenticação 88F7737B07ADF513

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Assinatura de Mar. / 2017

Eu, Domingos Mendes Da Silva

RG nº 3.413.547, data de expedição 10/07/06, Órgão SSP/PI

CPF nº 497.926.793-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 SET 2017

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Monte Santo</u>
Número	<u>nº 2490</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>STA Maria Da Piedade</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64012-250</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3303-4104</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Teresina - PI 12/09/2017

Assinatura do Declarante: Domingos Mendes Da Silva

Agua de Teresina

14057468-9	150052305
	7/2017

INSCRITIVO: DOMINGO HENDES DA SILVA
 RUA MONTE SANTO 30V II VERDE 2890-STA MARIA DA
 COD. PI-TERESINA-PI-CIP: 6401250

015-00433-00227

015 Y09H327957

1 Residencial - Normal

28/06/2017 1068
 22/07/2017 1078

VALOR REFERENTE AGUA - 25,73
 10,0 m3
 25,73

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 13 SET. 2017

08/08/2017 25,73

GENTE SEGRADORA S.A
 Rua Coelho de Resende, 445 Loja C
 Centro - Norte CEP. 64.002470

SÓBOS A AGUAS DE TERESINA, ALEM DE TRATAR MUITO BEM NOSSA AGUA,
 E COMPROMISSO DE TRAZER BEM DA CIDADE, DAS PESSOAS E DO MEIO AMBIENTE

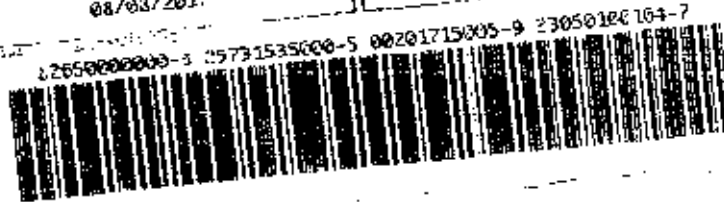
***** NOTIFICAÇÃO *****

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta futura mensalidade
 e suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº 11.445/2007
 , Art. 40, inciso I e II e a B.587/06, Art. 6, §3, inciso II.

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO	STATUS
08/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
09/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
10/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
11/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
12/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
13/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
14/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
15/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
16/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
17/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
18/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
19/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
20/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
21/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
22/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
23/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
24/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
25/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
26/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
27/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
28/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
29/08/2017	25,73	AGUA	PAGO
30/08/2017	25,73	AGUA	PAGO

Agua de Teresina

14057468-9	150052305
	7/2017
08/08/2017	25,73





SEU CREDI-LOJAS É A VOA

Em caso de dúvida em algum lançamento em seu extrato mensal, ligue para nossa Central de Atendimento.

ATENDIMENTO

4020-1234 Imperatriz e Capilais 0800-707-1234 Demais Localidades 0800-591-2015 Ouvidoria

Atendimento 24 horas

MELHORES DIAS PARA COMPRA
28 a 09

LIMITES DE CRÉDITO

PARCELADO = R\$ 1.815,00

ROTATIVO = R\$ 1.210,00

* O limite parcelado é composto de limite ROTATIVO acrescido de 50%
Este elemento é de uso exclusivo para somar as PARCELADAS

ENCARGOS

NO PERÍODO
9,91 a.m.

MAXIMOS PARA O PRÓXIMO PERÍODO
10,31 a.m.

Associado **FRANCISCA ALANE FERNANDES DO** Número do Cartão **6031 36** **** 0140** Vencimento **10.09.2017**

Saldo Anterior	Créditos	Saldo restante	Débitos	Saldo Atual	Pagto Mínimo
407,49	407,49 =	0,00 +	845,94 =	R\$ 645,94	575,00

OBRIGADO PELO PAGAMENTO DE R\$ 407,49

Página 1 de 1

DEMONSTRATIVO DE LANÇAMENTOS

		Saldo Anterior							
01 - FRANCISCA NASCIMENTO									
0140	20.04.2017	Itayê - 18		Parcela 05/10				37,09	
0140	10.05.2017	Loja Top Charm		Parcela 04/04				42,50	
0140	29.05.2017	Gicêa		Parcela 03/08				120,06	
0140	18.06.2017	Itayê - 20		Parcela 03/03				66,00	
0140	01.07.2017	Comercial Carvalho 32		Parcela 02/02				38,85	
0140	07.07.2017	A. Nardista Confecções		Parcela 02/02				24,95	
0140	28.07.2017	Engesol - Centro		Parcela 01/05				53,11	
0140	05.08.2017	Comercial Carvalho 31						53,47	
0140	05.08.2017	Casa Fedeas						19,99	
0140	07.08.2017	Luar Magazine 165		Parcela 01/02				36,45	
0140	10.08.2017	Pagamento					407,48		
0140	10.08.2017	Farmácia do Trabalhador do Brasil-54						13,90	
0140	14.08.2017	Bordados S. Cia		Parcela 01/02				52,50	
0140	17.08.2017	415-Farmácia Paqueta Mendes		Parcela 01/03				42,89	
0140	28.08.2017	Comercial Carvalho 14		Parcela 01/03				53,11	
		TOTAL R\$							

Composição dos Encargos: Custos do financiamento/garantia/administração financeira: 9,91% a.m.

DEPARTAMENTO DE EMISSÃO
HYPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 SET. 2017

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



033-7

FICHA DE CAIXA

CREDI-SHOP S/A	2136-9 / 199634-7	VENCIMENTO	10.09.2017
28.08.2017	363161167278-7	DATA DO DOCUMENTO	12.09.2017
31611640-8	645,94	VALOR PAGO	

Nº CARTÃO	6031 36** **** 0140
ASSOCIADO	FRANCISCA ALANE FERNANDES
NÚM	383161167278-7
VENCIMENTO	10.09.2017
SALDO ATUAL	645,94
PAGAMENTO MÍNIMO	575,00
VALOR PAGO R\$	
Autenticação Mecânica no Vício	



033-7

03399.19961 34736.316117 67278.701023 1 00000000000000

PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU LOJAS DO PARAIBA MESMO APÓS O VENCIMENTO

CREDI-SHOP S/A - Administradora de Cartões de Crédito

12.09.2017	6031 36** **** 0140	DATA DO PAGAMENTO	28.08.2017	VALOR	645,94
	102				

1. PAGAMENTO MÍNIMO DE R\$ 575,00
2. OS ENCARGOS DECORRENTES DO PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO DO EXTRATO SERÃO INCLuíDOS NO PRÓXIMO EXTRATO MENSAL
3. PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO.

FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO
R REGENERACAO, 571 - PONTO REF: PROX AO RIO POTY HOTEL
ILHOTAS
64014-047 TERESINA-PI



Autenticação Mecânica



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

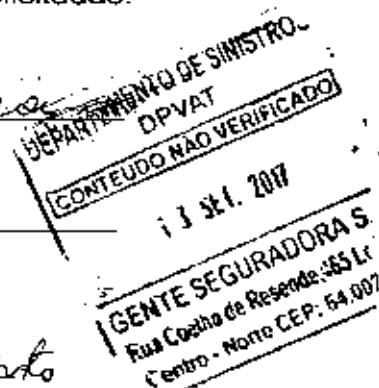
Pelo exposto, eu Francisco Alow Fernandes Do Nascimento, portador(a) do RG nº 2.731.866, expedido por SSP/PI, em 28/10/2015, CPF/CNPJ nº 040.853.583-08,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Domingos Mendes Da Silva, do sinistro de DPVAT da natureza IPA da vítima Domingos Mendes Da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa-se Renda Mensal: R\$ Recusa-se

Documentos comprobatórios: Recusa-se

Francisco Alow Fernandes Do Nascimento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo



Autorização do pagamento

Eu, Maizane Lima da Silva

RG nº 2.779.040, data de expedição 31/10/05,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 046.338.093-55 com
domicílio na cidade de Terresima, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Monte Santo Pa m verde, nº 2890

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 Domingos Mendes da Silva cujo o condutor era
Domingos Mendes da Silva

Veículo: moto
Modelo: honda CG 325 FAN KS
Ano: 2014/2015
Placa: PIC-7371
Chassi: 9C2JC4110R810746
Data do Acidente: 30/07/2017
Local e Data: Terresima - PI 23/08/2017



Maizane Lima da Silva
Assinatura do Declarante

Domingos Mendes da Silva

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

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO LEAO
RUA 7 DE SETEMBRO, 303 - CENTRO, NOROESTE - CEP: 64001-210 - TERESINA - PI
(FONE: 3366.0111/3366.0128 - E-mail: cartorio6@teresianapi.com.br)

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MAIZANE LIMA DA SILVA.
DIA FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA - PI. 23/08/2017.
Emol.: 3,60 TJ+0,72 SEV+0,25 Total: 4,57 Se for emol. 4,57 - R\$ 210,22)
ALBERTA ALVES DE OLIVEIRA ESCRIVÃO CONFERENCIADA
21/08/2017 3423082017





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



Comprovante de pagamento de DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

NOME DO PACIENTE: Dominicus Mendonça da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 429 / 92

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO.



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872.
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ortopedia

Imp: 30/07/2017 20:12:14

Impr: GUILHERME
Folha: 000011

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: DOMINGOS MENDES DA SILVA		Prontuário: 429142
Mãe: FRANCISCA MENDES DA SILVA		Pai: FRANCISCO DA SILVA
End. Resid.: RUA MONTE SANTO N2890 - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	Sexo: Masculino	
Nascimento: 28/02/1970	Idade: 47a:5m:2d	CNS: 700006602275088
Responsável: DOMINGOS MENDES DA SILVA	Documento: RG: 1413547 -	CPF: 000.000.000-00
Profissão: PEDREIRO	E. Civil: Casado(a)	3 Set. 2017
G. Instrução: Fundamental Incompleto	GENTE SEGURADORA S.A.	
End. Local: - - -	Rua Coelho de Resende 445 - Loja C Centro - Norte CEP: 64.012-470	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 618338	Data: 30/07/2017 20:00:23	Condição: AMPLA
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)		Convenção: 03
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
CID Secundário: V299		

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Hemorragia menor incontrolável	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA, APRESENTANDO TRAUMA EM MIE, JA MOBILIZADO COM SANGRAMENTO VISIVEL, LESÃO SANGUINÍFICA EM FACE.		Profissional Clas. Risco: GUILHERME DA COSTA SOUSA 419876 Em: 30/07/2017 20:12:13	

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 20:20) Acidente motociclístico há ± 40 min. Consciente, orientado, relato uso de bebida alcoólica. Miga preta de consciência, miga náuseas/vômitos, miga da cervical. ACP fisiológica. Abdome indolor. Escorregas em per e membros. Sinal de fratura em MIE. Sinal de Rx MIE + avaliação da ortopedia + suture em per + alta da C. qual

PA: X	semHg	Pulso:	FC:	tem	com	com	CID:
Diagnóstico Inicial:							
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:							
Rx MIE + aval. ortopedia + suture em per + alta - C. qual							
Ortopedia: Fratura exposta de fêmur (F)							
Dr. João Marcelino Lima Júnior - CRM: 6565							
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:							
DATA: / / HORA: : : Procedimento: CID:							

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional Médico
CRM: 18780

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30/07/17

NOME DO PACIENTE: <u>Domingos Mendes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>429142</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: _____	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: _____	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: _____	CPF Nº: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 SET. 2017

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

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8 <u>13x4,5</u>	UNID.	<u>01</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>30</u>	PAR	<u>01</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>02</u>	
ALCOOL 70%	ML			PVPI DE GERMANTE	ML		
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>50</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.			SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>10</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>1/2</u>	
GASES	PAC.	<u>02</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Sutura + Angiio</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>4.0</u>		<u>01</u>		ENFERMARIA: <u>S. Tereza</u>			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Beijo</u>			
VICRYL							
PROLENE							

www.fms.ter.br
Márcio: 63-222-
SABE-HU
Contate com Sabão



FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE



Nº DO CHAMADO 4708	DATA 30/07/11	PRO 2912	SAÍDA PA 18:26	CHEGADA LOCAL 18:40	SAÍDA LOCAL 18:52	CHEGADA PA
NOME DO PACIENTE ANTONIO FRANCISCO GOMES SILVA				SEXO ☒ M ☐ F	IDADE 39 ANOS	

ESTADO GERAL	ALGIAS	NEUROLÓGICO	RESPIRATÓRIO	INT. CUTÂNEA	NUTRIÇÃO	URINÁRIO
☐ Hidratado ☒ Desidratado ☐ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Ictérico ☐ Cianose ☐ Edema	☒ Cefálica ☐ Torácica ☐ Abdominal ☐ Pélvica ☐ Lombar ☐ Membro:	PUPILAS ☐ Não Reativa ☐ Isocoria ☐ Anisocoria ☐ Miíase DEFICIT MOTOR ☐ Paresia ☐ Parestesia ☐ Plegia Glasgow:	☒ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Ortopneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico USO DE O2 ☒ Ar Ambiente ☐ Máscara ☐ Catéter ☐ VM	☐ Pele íntegra ☒ Feridas ☐ Fraturas ABDOMEN ☒ Flácido ☐ Tenso ☐ Escavado ☐ Globoso ☐ Distendido	☐ Zero ☒ VO ☐ Gastrostomia ☐ SNE ☐ SNG ☐ Parenteral ACEITAÇÃO ☒ Boa ☐ Parcial ☐ Não Aceita	Diurese: ☒ Espontânea ☐ Cistostomia ☐ SVD Aspecto: ☒ Normal ☐ Concentrado ☐ Colúrica ☐ Hematúrica ☐ Piúrica

LESIONES PRÉ-EXISTENTES:

INDICAÇÕES EM USO:

Pulso	97	Ringer		Sangue	
Respiração	20	SF	500ML	Diurese	
PA	160 X 100	SG		Vômito	
TAX		Sedação		Evacuação	☐ +
Sat O2	98	DVA			☐ ++
Glicemia	113	Outros			☐ +++

☐ Débito cardíaco diminuído ☐ Desobstrução de vias aéreas ineficaz ☐ Integridade da pele prejudicada ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Risco de Glicemia instável ☐ Perfusão tissular cardíaca diminuída ☐ Perfusão tissular cerebral ineficaz	☒ Dor aguda ☐ Confusão aguda ☐ Risco de aspiração ☐ Risco de choque ☐ Envenenamento ☐ Risco de infecção ☐ Risco de trauma ☐ Risco de hipotermia	<i>paciente em estado de depressão, atestado de HIT, com TCE segundo laudo de 500 cm de comprimento na coluna cervical H4 com M3C, H4 com T4 com M3C, H4 com T4 com M3C</i>
☐ Avaliar/Monitorar nível de consciência/ nível de sedação ☐ Manter a cabeça do leito elevado em _____ graus ☒ Verificar/monitorar e anotar SSV ☐ Verificar glicemia capilar ☐ Aspirar vias aéreas S/N ☐ Administrar/controlar oxigênio ☒ Assegurar e testar a permeabilidade dos acessos venosos ☐ Realizar curativo compressivo ☐ Realizar sondagem nasogástrica ☐ Realizar Lavagem gástrica conforme orientação médica ☐ Realizar imobilização padrão ☒ Administrar medicamento conforme prescrição médica ☐ Realizar/auxiliar RCP ☐ Realizar contensão conforme prescrição médica ☐ Realizar medidas preventivas contra hipotermia ☐ Outros:		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRIVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
23 SET. 2011

CENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Teresina CEP: 64.002-170

Assinatura Privada
Matrícula: 8004
SAME-PIUT
Certificado em Original

ENFERMEIRO: *[Assinatura]*
COREN-PI: *12.109*



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	13 Código IBGE			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica	18 Tipo de ocorrência			
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida		
	22 Glasgow	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Exame Físico	23	24		25	
	26	27		28	
Assistência	29	30		31	
	32	33		34	
Hospital de Destino	35	36		37	
	38	39		40	
Observações Interdisciplinares	41				
	42				
Assinaturas	43		44		
	45		46		

Observações Interdisciplinares:
colisão moto/moto. alcoolizado, consciente, pálido, eupneico, passageiro, sem capacete. apresenta fratura de MIB e sangramento. OBS: Paciente retirou por conta própria todo o material de imobilização.

Assinaturas:
Cuidados de Costa Souza
Responsável pela Recepção
Socorristas Médico: S. P. S.
Enfermeiro Condutor: P. Silva



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assinante

3º Assinante

2º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
EPMAT
RECEBIDO NA VERIFICAÇÃO
13 SET. 2017

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

Kassio Jansen Pimenta/Caudex
Matrícula: 69904
SAME-HUT
Conte com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente 503 AUSTIN ARISTAR
ANESTESIA GERAL OXIGÊNIO
Acesso anterior ao joelho
Retecção de tendão, com
a sutura com fio de náilon
Remoção do material
Estados suturas com fio

Durval Tercio Nunes Leal
Ortopedista - Traumatologia
CRM: 1995-P1 / CRM: 3896-MA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/08/2017

NOME DO PACIENTE: <u>Domingos Mendes da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>428142</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Uterina 13cm 13cm</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Durval Licio Nunes Leal</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Orlando Francisco</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Rogério</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Onega Rios</u>	CPF Nº:

and Carlos Pinheiro
Maurício: 6604
SABE-MUITO
Confere com original

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				03 Atividade			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				DEPARTAMENTO DE ANESTESIA			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				DPVAT			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
ALCOFIL				13 SET. 2017			
MONONYLON 2-0				GENTE SEGURADORA S.A.			
FITA UMBILICAL				Rua Coelho de Resende, 455 Loja C			
VICRYL 2-0				Centro - Norte CEP: 64.092470			
PROLENE				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE: <u>Viana</u>			



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Joaquim Carlos da Silva</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>fratura do TARSAL TIBIAL</u>		
Operação - Tipo <u>Redução + Fixação</u>		
Cirurgião <u>Dr. Roberto</u>	1º Assinante <u>Dr. Carlos</u>	
2º Assinante	3º Assinante	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>Redução do TARSAL TIBIAL</u>		DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 13 SET. 2017 CENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.072470 Roseli Janney Pinheiro Cardozo Médica Assistente SAMU HUT Confere com Original
Relatório imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação <u>ND</u>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Redução dos AVALIADOS TIBIAIS
+ AVALIADOS DE TARSAL TIBIAL
AVALIADO AVALIADO TARSAL TIBIAL
AVALIADO E AVALIADO, REDUÇÃO
+ SUTURA A SUTURA
AVALIADOS SUTURAS AVALIADOS

Durval Tenório Nunes Leal
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 1995 - R.O. 10036-00



ACUSE AL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Texas

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Domingos Mendes da Silva		429142	Ortopédica	235	Ext	229-222
PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA/HORA CÓDIGO			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
31/10/17	# POI = LML - Ex exposta joelho (E) -				08:11 Paciente admitido na clínica Ortopédica em sala de lue em plano labiol E, e patelo E. Segue consciente, orientado, fôlego, eupneico, normotensão, sem queixas clínicas nem patologias de urgência a medicar.	
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO					
2	SF 0,9% 1000 ML EV 14 GTS/ MIN					
3	RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H					
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 8/8H					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 8/6 H					
6	TILATIL 20 - 1 AMP + AD EV 12/12H					
7	CURATIVO					
8	CCGG + SSV					
9	Trombol 100mg 100mg 850, 91					
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						
Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05 Dr. João Roberto Lima Júnior Visto: 31/10/17 15:05						



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº

229

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02/08/17

NOME DO PACIENTE: <u>Domingos Mendes da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>4129142</u>
DIAGNÓSTICO: <u> hérnia de umbigo</u>	CIRURGIA: <u>ret. de umbigo</u>
ANESTESIA: <u>geral</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Ricardo</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>José Miguel de Andrade Filho</u>	CPF Nº: <u>José Miguel de Andrade Filho</u>
INSTRUMENTADORA: <u>claudiane</u>	CPF Nº: <u>CRMEP 1887 - CPF: 138.542.403/68</u>

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.					02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO				
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2.0		03		CIRCULANTE: <u>lauro</u>			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DE VILA CORRENTES
CONTENDO NÃO VERIFICAR
13 SET. 2017

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 - Vila Correntes
Centro - Norte CEP: 64.007470

Identificação Pessoal Condicionante
Município: 69064
SAME-HU
Conferir com original



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente		Domingos, Amanda da Silva	
Diagnóstico pré-operatório		Tubo pleto torácico inf. do 2º	
Operação - Tipo		toracotomia lateral	
Cirurgião	1º Assinante		
2º Assinante	3º Assinante		
Instrumentador(a)	Anestesia		
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
PRVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

13 SET. 2017

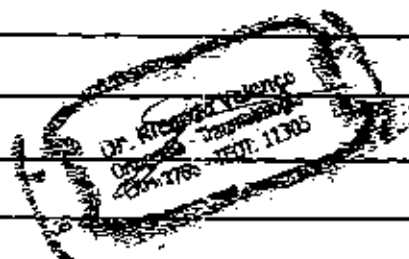
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

SSO - Serviço de Saúde Ocupacional
Especialidade: 66004
SANE - HUT
Consulte com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Pont 5M 1M 1M 1M 1M
gastro. do 2º lóbulo
duplex + furo
sede furo 2º lóbulo
furo 2º lóbulo + furo
furo 2º lóbulo + furo





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02/08/10

NOME DO PACIENTE: <u>Dominos Mendes da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO: <u>Foro Peto Peto</u>	CIRURGIA: <u>Foro de Gênia</u>
ANESTESIA: <u>agul</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Brando</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>José Miguel de Andrade Filho</u> CRM: 22.887, CPF: 138.542.408-00	CPF Nº: <u>José Miguel de Andrade Filho</u> CRM: 22.887, CPF: 138.542.408-00
INSTRUMENTADORA: <u>elondiane</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>15</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>8.5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	30	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	0	
JELCO Nº	UNID.			<u>rapam</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>agul</u>			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
FAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 SET. 2010
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Klélio Jomys Pinheiro Cavalcante
Matrícula: 83904
SAMS-MUT
Controle de Qualidade



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Domingos Mendes da Silva

Diagnóstico pré-operatório

Doença de Mule (E)

Operação - Tipo

Proctostomia

Cirurgião

Ricardo

1º Assinante

2º Assinante

Dr. Ricardo Valença

3º Assinante

Instrumentador(a)

Claudiana

Anestesiada

por respir

Anestesia

geral

Anestésico(a)

Data da Operação

02.08.12

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

DEPARTAMENTO DE BIOTECNIA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 SET. 2017

Relatório Imediato do Patologista

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

Acidente Durante a Operação

Kassia Janyra Pinheiro Chantre
Matrícula: 69904
SAME-HUT
Contato com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Proctostomia de urgência
com ressecção de tumor
de 4 cm de diâmetro
e 10 cm de profundidade
com margens livres
de tumor e drenagem
por sonda de 16 F

Dr. Ricardo Valença
Cirurgião - Oncologia
CRM: 11305



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Otto 1820 - Redenção - Fone: 36 3229 4672

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS MENDES DA SILVA** (Prontuário: 429142)
Endereço: RUA MONTE SANTO N2890 - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/02/1970 Idade: 47a:6m:4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 195227
Requisição: 762751 Solicitação: 31/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 948096 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 125 LEITO 222

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 31/07/2017

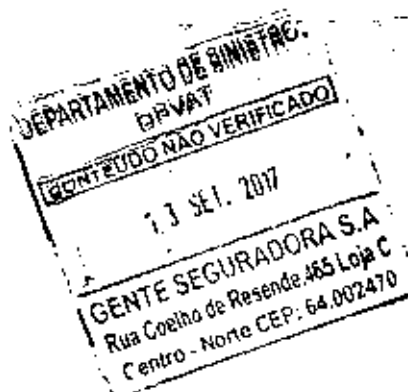
T.C. DE JOELHO ESQUERDO

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO JOELHO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- FRATURA COMINUTIVA EM PATELA.
- FRATURA COMINUTIVA EM PLATÔS TIBIAIS.
- AUMENTO DE PARTES MOLES.

03/08/2017

TERESINA - PI 01/08/2017



LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPE: 690.747 753-04 CRM 3596 PI

13/08/2017 14:55:00

Márcia Juracy Figueiredo Cavalcante
Márcia Juracy Figueiredo Cavalcante
Matrícula: 69904
Sócio-HUT
Confira com Original

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



IDENTIFICAÇÃO

11 351 2017

CONTENDO NÃO VERIFICADO

11 351 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende 465, Lote C

Centro - Norte CEP: 64.002.670

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

11 351 2017

10/07/06

DOMINGOS MENDES DA SILVA

FRANCISCA MENDES DA SILVA

FRANCISCO DA SILVA

TERESINA-PI

CERT. CASAM. 1801 e 11-B-AUX F

EXP. TERESINA-PI 30/11/89

CPF

11 351 2017

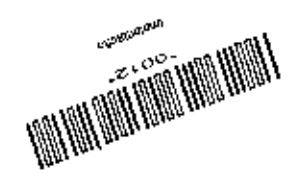
CONTENDO NÃO VERIFICADO

11 351 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende 465, Lote C

Centro - Norte CEP: 64.002.670



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Francisca Alane Fernandes do Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

DECLARACAO DE SINISTRO
PRIVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 SET. 2017

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Belo Horizonte - Norte CEP: 64 002470

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.731.866 DATA DE EMISSÃO 28/07/05

NOME FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

ALIAÇÃO RAIMUNDA FERNANDES DO NASCIMENTO
RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 22/09/1990

DIGITO DA GEM CERT.NASC. 185384 3.214 F 423
EXP. TERESINA-PI-26/11/90

OFF

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
13 SET. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170501700 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOMINGOS MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 30/07/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DO JOELHO ESQUERDO
-FRATURA COMINUTIVA DA PATELA ESQUERDO
-FRATURA COMINUTIVA EM PLATO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO E EM PERNA ESQUERDA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Domingos Mendes Da Silva

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: _____

Identidade: 3.413.547

CPF: 497.926.793-91

Profissão: Recurso-se

Endereço: Rua Mont. Santo Por m verde nº 2890 - ST

CEP: 64012-250

Telefone: (86) 3303-4104

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 SET. 2017

COMPANHIA SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002.470

ST Maria Da
Cedipi

OUTORGADO:

Nome: Francisca Alame Fernandes do Nascimento

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 2.731.866

CPF: 040.853.583-08

Profissão: Recurso-se

Endereço: Rua Regeneração nº 571 B - Telhelas

CEP: 64000-000

Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Domingos Mendes Da Silva

Teresina-PI 23/08/2017

Local e data

Domingos Mendes Da Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TERESINA CARLIORIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: MARIA AMÉLIA MARTINS ARRUDA DE ALCAIDE
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO-NORTE - CEP: 64012-210 - FONES: 3441-1111
PONE: (86) 3301-0505 / 3301-6765 - E-mail: carliorio@teresiananotario.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: DOMINGOS MENDES DA SILVA. DOU. FE. EM: 23/08/2017. Emissão: 23/08/2017. Total: 4,57
Selo: 40058 (F2017-22)

RECONHECIMENTO DE FIRMA
RECONHECIDA POR TERESINA CARLIORIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
21/08/2017

