

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GILVAN DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180510613**

Vitima: **GILVAN DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **26/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180510613**.

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13545028



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GILVAN DO NASCIMENTO**

Sinistro: **3180510613**
Vítima: **GILVAN DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **26/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180510613** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



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

038.904.893-38

Nome completo da vítima

Gilvan do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gilvan do Nascimento		CPF titular da conta 038.904.893-38		Profissão Auxiliar de Recreio	
Endereço R. Londrina		Número 5851		Complemento Casa	
Bairro vila Sao Francisco	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64009-700		
Email			Telefone (DDD) (86) 3303-4104		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO.

2004

D/V

CONTA

NRO.

91157

D/V

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

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

Teresina, 24 de Outubro de 2018

Local e Data

Gilvan do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

23/10/2018 HORA: 16:02:10
DATA EFETIVACAO: 23/10
CONVENIO: 000658421
OPERADOR: Jesiane

AGENCIA: 2004
CONTA: 013 00091157-6
NOME: GILVAN DO NASCIMENTO

VALOR: [REDACTED]

COD OPERACAO: 903182345

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 M
OS

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala 0800 726 2492

Ouidora: 0800 725 7474

caixa.gov.br

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 OUT 2018

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

**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

Número do Sinistro: 3180510613
Nome do(a) Examinado(a): Gilvan do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Londrina, 5851 Casa
Vila Sao Francisco Teresina PI CEP: 64009-700
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3113208
Data local do acidente: [26/07/2018]
Data local do exame: [14/11/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE DIÁFISE DO FÊMUR E RÁDIO DISTAL ESQUERDOS.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO FÊMUR E NO RÁDIO ESQUERDOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 10.2018.
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 40), EXTENSÃO(ADM 40), ABDUÇÃO (ADM 30) E ADUÇÃO (ADM 10) DA COXA ESQUERDA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 120º) DO JOELHO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR. NO PUNHO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL DO QUADRIL, JOELHO E PUNHO ESQUERDOS.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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>() "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):
QUADRIL - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 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> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
LOCAL DO ACIDENTE: AV CENTENÁRIO, AEROPORTO, TERESINA PI.

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


Dr. Ismar Aguiar Marques Filho
CPF - 791.120.723-20
CRM/PI - 3165





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000599/2018-71

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 05/10/2018 - 11:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

482709

Data/Hora
26/07/2018 - 21:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Bairro
AEROPORTO

Endereço
AV. CENTENÁRIO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência
POINT DA PICANHA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GILVAN DO NASCIMENTO
RG: 3113208 SSPPI PI
Mãe: GENUINA DO NASCIMENTO SOUSA
Endereço: RUA LONDRINA, Nº 5851
Bairro: VILA SÃO FRANCISCO NORTE
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



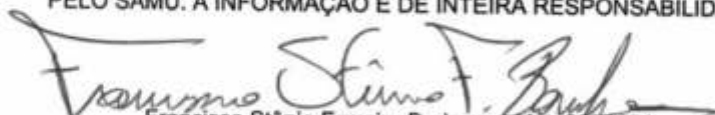
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

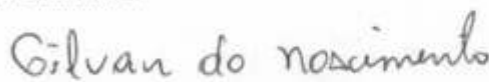
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA AV. CENTENÁRIO, SENTIDO SUL/NORTE, CONDUZINDO A MOTO HONDA/POP 110L, COR PRETA, ANO 2016/17, PLACA PIZ-5231, RENAVAL 01107952457 DE PROPRIEDADE DE JAQUILENE MARQUES DE CASTRO, E NAS PROXIMIDADES DO POINT DA PICANHA, O CONDUTOR DE UM VEÍCULO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS, QUE SEGUIA NA MESMA DIREÇÃO E SENTIDO, FEZ UMA CONVERSÃO À ESQUERDA, OBSTRUINDO A PASSAGEM DO NOTICIANTE, PROVOCANDO A COLISÃO ENTRE OS VEÍCULOS, FICANDO O NOTICIANTE LESIONADO SEGUNDO PRONTUÁRIO Nº 365858 DO HUT, PARA ONDE FOI LEVADO APÓS SER SOCORRIDO PELO SAMU. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.


Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA


GILVAN DO NASCIMENTO - Noticiante
Responsável pela Informação



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

Guilherme do Nascimento

CPF da Vítima

038.904.893-38

Data do Acidente

26/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

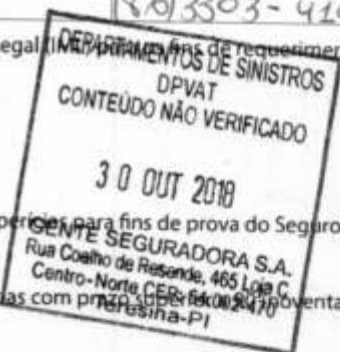
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a (trinta) 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.



Teresina, 24 de Outubro de 2018

Local e Data

+ Guilherme do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado

01 Nº do chamado 3564 02 Data do chamado 26/10/2018 03 PRO (código) 2898 04 Saída do PA 22/10/15 05 Chegada ao local 29/11/10
06 Saída do local 29/13/13 07 Chegada ao 1º hospital 29/14/18 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º hospital

Local da Ocorrência

10 Endereço Av. Centenário 11 Bairro Aeroporto 12 Município-UF The-PI Código IBGE
13 Ponto de referência Frente Point Picaula

Dados do Paciente

14 Nome Gilvan do Nascimento 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
16 Idade 28 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano Se idade ignorada, preencha com 999 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência 01 Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado 21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado 22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Cinturão de segurança 3 - Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15 24 Sinais Vitais Pulso 89 Resp. 16 PA 180x80 TAX. SatO2 98% 25 Local da lesão
ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Dor 08 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 32 Hospital de Destino HUT 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 35 Não Removido

Hospital de Destino

36 Observações: Vítima de colisão entre carro e motocicleta, apresentando trauma em face, lesão em mandíbula, lesão em tórax, fratura fechada de punho esquerdo e fratura em arco medial do fêmur esquerdo. Consciente, orientado, pupila, e pressão arterial, estabilizados em prancha longa com colar cervical protetor lateral de cabeça, estantes e cintos de imobilização. Negativa DM, HAS e alergia medicamentosa. Acompanhado pelo sogro.

Observações

37 Responsável pela recepção 38 Socorristas Médico AE/TE Almas 663984 39 Enfermeiro 40 Condutor Campos

Versão: 27.11.2011

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: 21/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILVAN DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000091157-6

Nr. da Autenticação 4ED0FD38E9522B22

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-85 (Insc. Estadual 19.301.283-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ/PI/08

Nº da Nota Fiscal 011123086

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

SETEMBRO/2018 24/09/2018 328 317,31

ANTONIO DA SILVA BORGES
R. LONDRINA 5851/1 VILA SAO FRANCISCO
CPF: 00018152708372
CEP: 64.009-700 - TERESINA

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 3464	Atual: 17/09/2018
Anterior: 3136	Anterior: 15/08/2018
Constante de Multiplicação: 1,000	Problema Leitura: 17/10/2018
Consumo Medido: 328	Emissão: 14/09/2018
Consumo Faturado: 328	Aprovação: 17/09/2018

NORMAL

33

Tipologia	Uso	Número Medidor	Posto	Código Res.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1989872		1.1.1.1	261

Mês/ano consumo	CONSUMO	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA
AGO/18 300	328 A R\$ 0,894947 =		
JUL/18 214			
JUN/18 270			
MAI/18 242			
ABR/18 258			
MAR/18 105			
FEV/18 218			
JAN/18 280			
DEZ/17 312			
NOV/17 371			

2018/09 328
2018/08 300
2018/07 214
2018/06 270
2018/05 242
2018/04 258
2018/03 105
2018/02 218
2018/01 280
2017/12 312
2017/11 371

Mes/ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/18/2018, em função das contas não pagas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavida(s) no valor de R\$ 1.776,89 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 OUT 2018

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

RESERVADO AO FISCO 4DBC.E339.0E02.CCD8.0DFC.52B1.77BE.1273

COMPOSIÇÃO DA FATURA	VALOR DO PAGAMENTO
Distribuição: 56,54	Base de Cálculo: 293,54
Energia: 107,56	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 16,92	Valor do ICMS: 79,25
Encargos: 17,14	Valor do PIS: 2,87
Tributos: 95,38	Valor do COFINS: 13,26

5,31 10,63 21,25 3,24 6,48 12,95 3,03
2,78 1,00 2,78

TERESINA-MARQUES

07/2018 62,41

Eletrobras
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR
0732593-2	317,31
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2018	24/09/2018
Nº da Nota Fiscal: 011123086	FCAM

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-85 (Insc. Estadual 19.301.283-5)

83600000003 1 17310017000 5 00000000732 8 59320918008 6



SEQ.: 00353 UC: 0732593-2 DT.LEIT.: 17/09/2018 T.ENTR.: 03
LEITURA: 3464 NORMAL TOTAL: 317,31 CARGA: 016
DT.VENC.: 24/09/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1502

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Térreo - J. - Teresina - PI
CNPJ nº 03.000.000/0001-91 - Ins. Estadual nº 000000000-00
Código Postal - Centro - Teresina - PI - CEP: 64.000-000
Regime especial de Imposto de Renda nº 154/2008-08

107 da Tabela Resol.

A Tarifa Especial de Energia Elétrica - TEEE Piauí
está sob nº 10.438 de 10 de abril de 2002.

SETEMBRO/2018 01/10/2018 299 294,97

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

DADOS DE CÉDULA		DADOS DE CÉDULA	
Atual	18910	Atual	24/09/2018
Anterior	18611	Anterior	22/08/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Tratada Anterior	25/10/2018
Consumo Média	299	Tratada Anterior	21/09/2018
Consumo Relativo	299	Tratada	24/09/2018
NORMAL		33	

TABELA DE PREÇOS E DESCONTOS					
Classe/Subclasse	Uso	Nome Medidor	Posto	Código Tar.	Valor 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	278

RESUMO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DE CÉDULA	
AGO/18	232	CONSUMO	299 A R\$ 0,804947 = 267,58
JUL/18	184	CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP)	21,67
JUN/18	208	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	0,51
MAI/18	211	MULTA POR ATRASO 08/18-00	4,17
ABR/18	159	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	1,04
MAR/18	307	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 14,93	
FEV/18	224		
JAN/18	271		
DEZ/17	314		
NOV/17	416		
TARIFA COM TRIBUTOS:			
8 A 299 - 0,644036			

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/09/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

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

RESERVAÇÃO AO FISCO 8AC6.F37C.C1EF.777B.A9A5.A799.C724.B216

REQUISIÇÃO DA CÉDULA		IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES	
Distribuição	51,55	Base de Cálculo	267,58
Energia	98,04	Alíquota ICMS	27,00%
Transmissão	15,42	Valor de ICMS	72,24
Energia	15,62	Valor de PIS	2,62
Outros	86,95	Valor de COFINS	12,09

5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03
0,00 0,00 0,00

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173, 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Guilherme do Nascimento inscrito
(a) no CPF sob o Nº 038.904.893, 38 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Guilherme do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.904.893, 38, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, que estou 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 24 De Jamilino</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-656</u>

Teresina, 24 de Outubro de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jaqueline marques de castro,
RG nº 2.130.028, data de expedição 11/01/18,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 007.952.633-69, com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Suelton Vaz da Silveira, nº 4730
complemento caso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima * Gilvan do Nascimento cujo o condutor era
* Gilvan do Nascimento.

Veículo: moto
Modelo: Honda POP 110I
Ano: 2016/2017
Placa: PIZ-5231
Chassi: 9C2J80100KR228733
Data do Acidente: 26/07/2018
Local e Data: Cruzeiro, 05 de Outubro de 2018


Jaqueline marques de Castro
Assinatura do Declarante



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

Cartório Themístocles Sampaio
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANA LIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1221 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (066) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JAGUILENE MARQUES DE CASTRO.
DOU FE. EM TEST. Sim DA VERDADE. TERESINA-PI, 05/10/2018.
Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selos: 0,26 Total: 4,71 Selos: ABJ.83969 (FBDF237)

Suelton Vaz da Silveira
Maria do Socorro de Carvalho de Sena Escrevente Autorizada

Tabella Escrevente autorizado

Cartório Themístocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Socorro de Carvalho de Sena
Escrevente Autorizada
Teresina - PI





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado
01 Nº do chamado: 3564
02 Data do chamado: 26/10/2018
03 PRO (código): 2898
04 Saída do PA: 22/05
05 Chegada ao local: 29/10
06 Saída do local: 22/1313
07 Chegada ao 1º hospital: 29/1418
08 Saída do 1º hospital:
09 Chegada ao 2º hospital:
Local da Ocorrência
10 Endereço: Av. Centenário
11 Bairro: Aeroporto
12 Município-UF: Teresina-PI
13 Ponto de referência: Frente Point Piccolo
14 Nome: Gilvan do Nascimento
15 Sexo: 1 - Masculino, 2 - Feminino, 9 - Ignorado

Dados do Paciente
16 Idade: 28
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado
Tipo de Ocorrência
01 Acidente de transporte
02 Agressão física-espantamento
03 Agressão física-FAF
04 Agressão física-FAB
05 Urgência psiquiátrica
06 Tentativa de suicídio
07 Envenenamento
08 Afogamento
09 Queimadura
10 Choque elétrico
11 Queda
12 Urgência clínica
13 Urgência obstétrica
14 Transferência
15 Exames complementares
16 Outros
17 Já removido
18 Falso chamado

Acidente de Transporte
19 Vitima: 1 - Pedestre, 2 - Condutor, 3 - Passageiro, 9 - Ignorado
20 Meio de locomoção: 1 - A pé, 2 - Automóvel, 3 - Motocicleta, 4 - Bicicleta, 5 - Ônibus/Micro-ônibus, 6 - Outro, 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel, 2 - Motocicleta, 3 - Ônibus/Micro-ônibus, 4 - Bicicleta, 5 - Objeto fixo, 6 - Animal, 7 - Outra, 9 - Ignorado
22 Equipamentos de segurança: Capacete, Cinto de segurança, Assento para criança

Exame Físico
23 Glasgow = 15
ABERTURA OCULAR: 4 - Espontânea, 3 - À voz, 2 - À dor, 1 - Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: 5 - Orientada, 4 - Confusa, 3 - Palavras inapropriadas, 2 - Palavras incompreensíveis, 1 - Nenhuma
RESPOSTA MOTORA: 6 - Obedece a comandos, 5 - Localiza dor, 4 - Movimento de retirada, 3 - Flexão anormal, 2 - Extensão anormal, 1 - Nenhum
24 Sinais Vitais: Pulso 84, Resp. 16, PA 120x80, TAX. 98, SatO2 98
25 Local da lesão: Diagrama de corpo humano com seta no braço direito
26 Pupilas: 1 - Iguais, 2 - Desiguais
27 Pulso: Radial 1, Central 1, 1 - Cheio, 2 - Fino, 3 - Ausente
28 Sangramento: 1 - Sim, 2 - Não
29 Dor: 08
ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor, 1 Leve, 3 Moderada, 7 Intensa, 10
30 Fratura: 1 - Sim, 2 - Não, 3 - Suspeito

Assistência
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):
Aspiração, Oxigênio, Curativos, Prancha longa/curta, Colar cervical, Kred, Imobilização de extremidades, Reanimação cardiopulmonar, Assistência obstétrica, Glicemia, Acesso Venoso, Medicamentos a), b)
32 Hospital de Destino: HUT
33 Condições de entrada: 1 - Melhorado, 2 - Piorando, 3 - Inalterado
34 Óbito: 1 - Sim, 2 - Não, Antes do socorro, Antes do transporte, Durante o transporte

Observações: Vítima de colisão entre carro e motocicleta, apresentando trauma em face, lesão em mandíbula, lesão em tórax, entalhe sobre clavícula direita, fratura fechada de punho esquerdo e fratura em arco medial do fêmur esquerdo. Consciente, orientado, laríngeo, e prático, imobilizado em prancha longa com colar cervical protetor lateral de cabeça, estantes e cintos de imobilização. Nega DM, HAS e alergia medicamentosa. Acompanhado pelo sogro.

Responsável pela recepção
Socorristas: Médico AE/TE Aluis 663984, Enfermeiro Campos, Condutor Campos



Alf. 3

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

NOME DO PACIENTE: Gilvan do Nascimento

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 365858

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".

DPVAT - Gilvan

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTU

CA. GERAL - OK

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: GILVAN DO NASCIMENTO	Prontuário: 365858
Mãe: ROSALINA DO NASCIMENTO SOUSA	Pai: _____
End.: RUA SOTERO VAZ, 4730 - MEMORARE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento: 30/05/1990	Idade: 28a1m27d
Sexo: Masculino	Fone: 86-98867-5963
Responsável: PAULO CESAR DE SOUSA	CNS: 708704197865698
Profissão: CONFEITEIRO	CPF: _____ RG: 3113208 - SSP PI
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Concubinato
End. Local: _____	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 676370	Data: 26/07/2018 22:50:46	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Sim	Trajetória?: Sim	Tipico: Não
	CID Secundário: V299	

DADOS CLÍNICOS:

Portante vítima de acidente automobilístico de +/- 3 horas, vindo de hospital.

A VA, ginecologia, com exame físico normal

B) MV, inicialmente, com RA

C) DMC, RT, SR, abdome indurante, pele intacta

D) Glândulas = 15

E) fratura em fratura E e amputação E, sendo em mandíbula e maxila da mandíbula e maxila E

PA: _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Dr. Inicial: _____			CID: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

PAK de amputação E, fratura E, pele E, maxila E, fratura E, fratura E e fratura E

1) Exames de imagem, radiografia e curativos em relação ao trauma e amputação E. Após 48h curativos após 2

Melhorado ☐ () Administrativa Curado ☐ () Por Indisciplina Inalterado ☐ () Por Evasão A Pedido ☐	() Retornar à Unid. Origem () Transferência: _____ DATA SAÍDA: _____ () Internação na Unidade Proced. Solicitado: _____ CID Compatível: _____ Prof. Solicitante Internação: _____
DESTINO: () Até 24 Hs () Família () De 24 a 48 Hs () IML () Após 48 Hs () Anat. Patol.	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
HORA 3 0 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Paulo Cesar de Sousa

Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

DATING THE EARTH

DADOS DO PACIENTE:

Nome: GILVAN DO NASCIMENTO		Prontuário: 365858	
Mãe: GENUINA DO NASCIMENTO SOUSA		Pai:	
End.Resid.: RUA SOTERO VAZ, 4730 - MEMORARE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/05/1990	Idade: 28a1m27d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98867-5963
Responsável: PAULO CESAR DE SOUSA		CNS: 708704197865698	
Profissão: CONFEITEIRO		Documento: CPF: - - -	
S. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Comcubinato	
End.Local: - - -			

ATENDIMENTO:

676370	Data: 26/07/2018 22:50:46	Clas. Cor: Indefinido
da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1 : ESPECIALISTA: Ortopedia
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Requerer a avaliação de um ortopedista para o
paciente E. J. de A. R. - Fr. de P. e J. de P.
Fr. de L. de A. R.
- Sa. J. de A. R.
 Carimbo: Dr. Wiltonildo
Assessoria para Solicitante
1308
1308
 DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1 :

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 OUT 2018

GENTE SEGURADORA

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Rua Coelho de Souza, 160 - APT. 101 - JARDIM BOA VISTA
Cidade: Natal - RN CEP: 54.002-470
Teresina-PI

DADOS DO SOLICITANTE (2) :
Data/Hora Solicitação: ____/____/____ : ____ ESPECIALISTA:
ARQUIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __: __

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06 / 08 / 13

NOME DO PACIENTE: <u>Gilvan da Trindade</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>36858</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Roupa</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Fernando</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Alcides</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>João</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Rozalinda</u>	CPF Nº:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 OUT 2018

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

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5, 8.5	PAR	04 - 03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	15	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		<u>neptun</u>		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
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:			
PROLENE							



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente			
Diagnóstico pré-operatório			
Operação Tipo			
Cirurgião		1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista		Anestesia
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			



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

- 1) Corte 3ds sob agulha externa
- 2) Reparo habitual
- 3) Lias laterais para e distal sobre as
sós parciais
- 4) Retirado da placa + parafusos
- 5) Redução indireta
- 6) Fixação da placa + parafusos em ponto
- 7) Ligadura e fecho
- 8) Suturas
- 9) Curativos

Dr. Fernando da Veiga
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 12.123-1



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02/08/18

NOME DO PACIENTE: <u>Silva do Nascimento</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>365858</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Frnt. de Fêmur (E)</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Ayrane</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>usd</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Lauro</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Delfino</u>	CPF Nº:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 OUT 2018

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

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	1m		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	03	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Cupom</u>	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0		05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0		04		CIRCULANTE: <u>Glau</u>			
PROLENE							



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Gilvan do Nascimento
Diagnóstico pré-operatório Fratura diafise de fêmur Esq.
Operação - Tipo Fixação de Fratura diafise de fêmur
Cirurgião Denise 1º Assistente Guilherme
2º Assistente Guilherme 3º Assistente Guilherme
Instrumentador(a) Dr. Danilo Raulino Filho Anestesia Raquel
Anestésico(a) Dr. Danilo Raulino Filho
Data da Operação 08/08/18 Início 08/08/18 Fim 08/08/18
Diagnóstico Pós-operatório Fratura diafise de fêmur Esq.

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

0

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① Pet em DDH sob raquiometria ② Anestesia, antisepsia ③ Campos
esterais ④ Incisão em face lat da coxa prox e distal ⑤ Visualização de
fratura grave de fêmur diafise em intrínsecos de imagem —
⑥ Fixação com placa DCP 18 parafusos ⑦ Sutura por planos + curativos

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 10191 - Em: (27/07/2018)

Internação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:					
219422	365858	GILVAN DO NASCIMENTO	POSTO 1	ANEXO 2 P01	LEITO	WILANTILDO LIMA COSTA					
Evolução: Hora:			Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:						
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
Dista	ORAL Tipo LIVRE, Visto Nutricionista Cleydes Gonçalves CIN/PI 7151										
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"		1,00	Frasco	EV	12/12h					
2	CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Amola	EV	6/6h		AD			
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Amola	EV	6/6h		AD			
4	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Amola	EV	12/12h		AD			
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL Em 100ML de SFO, 9%		1,00	Amola	EV	12/12h		SF 0,9%			
6	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.		1,00	Amola	EV	12/12h					

Observações Gerais: SINAIS VITAIS DE 6/6H

Dr. Wilantildo L. Costa
CRM-PI 13063
FEU: 13063

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/08/18

NOME DO PACIENTE: Gilvan do Nascimento PRONTUÁRIO Nº: 365558

DIAGNÓSTICO: Parto disto disto / 04/02/18 CIRURGIA: Data 07 Nova disto

ANESTESIA: Dr. Eduardo Nº DA SALA: 05

CIRURGIÃO: Dr. Joel CPF Nº:

AUXILIAR: CPF Nº:

ANESTESIA: Bloqueio + sedues CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Rosy CPF Nº:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0 e 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 8.0	PAR	01	
AGULHA RAQUE N. 22	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		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		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Chetrenes - 10/15			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escuras - 10/15			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3-0	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0	01			CIRCULANTE: Dm			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Gilvan do Nascimento</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Lesão cutânea por queimadura</i>		
Operação - Tipo <i>Desbridamento</i>		
Cirurgião <i>Dr. Joel</i>	1º Assistente <i>Dr. Alexandre</i>	2º Assistente
3º Assistente	Instrumentador(a) <i>Dr. Eduardo</i>	Anestesia <i>Bupivacaína + Sufentanil</i>
Anestésico(a)		

Data da Operação <i>01/08/18</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

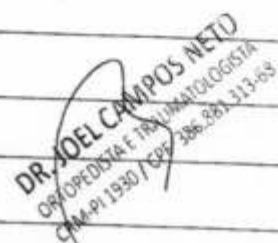
Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Desbridamento (E) - Anestesia Geral
2. Anestesia Geral - Intubação
3. Desbridamento da lesão - Sutura 3x8
4. Sutura da ferida



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.113.208 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/12/07

NOME
GILVAN DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO
GENUINA DO NASCIMENTO SOUSA

NATURALIDADE BARRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 30/05/1990

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 29155 L A29 F 99V
EXP BARRAS-PI 25/07/90

TERESINA - PI

ASSINADO GILVAN DO NASCIMENTO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 OUT 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POTECAR DORSO

GILVAN DO NASCIMENTO
ASSINATURA DO TITULAR

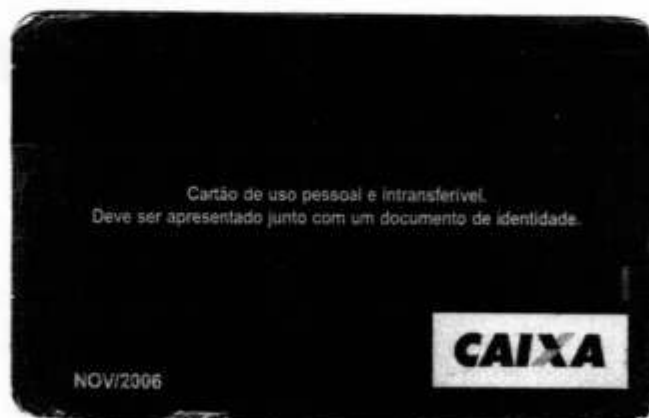
CARTEIRA DE IDENTIDADE



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

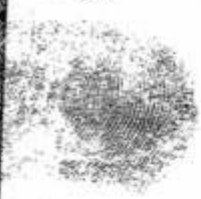
30 OUT 2018

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




0476253

Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119:262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE
DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 11/F. 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 OUT 2018

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180510613

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GILVAN DO NASCIMENTO

Data do acidente: 26/07/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DO FÊMUR E RÁDIO DISTAL ESQUERDOS.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 40), EXTENSÃO(ADM 40), ABDUÇÃO (ADM 30)E ADUÇÃO (ADM 10) DA COXA ESQUERDA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 120º) DO JOELHO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR. NO PUNHO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: DEFORMIDADE ÓSSEA NO PUNHO ESQUERDO. DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL, JOELHO E DO PUNHO ESQUERDOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/11/2018

Conduta mantida:

Observações: LOCAL DO ACIDENTE: AV CENTENÁRIO, AEROPORTO, TERESINA PI.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180510613 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILVAN DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 26/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA (GALEAZZI) DE RADIO DISTAL ESQUERDO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00