

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de do..., Mensagens, Audiências, Consulta proce..., PJ 0809049-27.20..., Baixar o arquiv..., (34) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=497736&ca=6185e227693ef40580193051c70c50...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., sAdministrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0809049-27.2020.8.18.0140
GILVAN DO NASCIMENTO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

Search bar: 13267560 - CONTESTAÇÃO (2766138 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 20/11/2020 14:20:44

Left sidebar: 20 Nov 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
13267559 - CONTESTAÇÃO
13267560 - CONTESTAÇÃO (2766138 CONTESTACAO 01)
13267564 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
13267565 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
13267566 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
13267568 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 11
2766138- C3/ 2020-04236/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

System tray: PT, 14:21, 20/11/2020



Número: **0809049-27.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **04/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.487,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILVAN DO NASCIMENTO (AUTOR)		JEFFERSON LIMA DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13267564	20/11/2020 14:20	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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

Pag. 00209/00210 - carta_01 - INVALIDEZ



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

Pag. 01107/01108 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13580567



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: <u>Gilvan do Nascimento</u>		CPF titular da conta: <u>038.904.893-38</u>	Profissão: <u>Auxiliar de Recrutamento</u>
Endereço: <u>R. Londrina</u>		Número: <u>5851</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Vila São Francisco</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64009-700</u>
Email: _____		Telefone (DDD): <u>(86) 3303-4104</u>	

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: 6 CONTA NRO.: 91157 D/V: 6
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome: _____ NRO: _____
AGÊNCIA NRO.: _____ D/V: _____ CONTA NRO.: _____ D/V: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

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



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 causalidade: 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 (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
QUADRIL - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |

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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. CENTENÁRIO, Nº:

Complemento

482709

Data/Hora

26/07/2018 - 21:00

Bairro

AEROPORTO

Ponto de Referência

POINT DA PICANHA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GILVAN DO NASCIMENTO

RG: 3113208 SSP/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, RENAVAM 01107952457 DE PROPRIEDADE DE JAQUELINE 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 interdita 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 Gilvan 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 OUT 2018
CENTRO SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.012-470
Teresina-PI

Teresina, 24 de Outubro de 2018
Local e Data

+ Gilvan do Nascimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



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 Teresina-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Frente Point Piccolo				
Dados do Paciente	14 Nome Gilvan do Nascimento	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	16 Idade 28 30/10/1990		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999			
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	
	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Cinto de segurança 3 - 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 97 Resp. 16 PA 120x80 TAX. - SatO2 98%	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial Central 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 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	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	CONFERE COM O ORIGINAL Marina Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU
	Observações Vítima de colisão entre carro e motocicleta, apresentando trauma em face, lesões em mandíbula, lesões em tecido cutâneo sobre tórax medial do membro esquerdo, costado, orelha, lábio, e punho lateral de cabeça, estomago e bítas de imobilização protetoras e alergia medicamentosa. Acompanhado pela sogra.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE Aluis 663984	Enfermeiro Condutor Campos		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTABILIDADE VERIFICADA
30 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua de Resende, 165 Loja C
CEP: 64.002-470



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 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 05/06

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 DE FÉCULA
Atual: 3464	Atual: 17/09/2018
Anterior: 3136	Anterior: 15/08/2018
Constante de Multiplicação: 1,000	Proxima Leitura: 17/10/2018
Consumo Medido: 328	Emissão: 14/09/2018
Consumo Faturado: 328 FCAM	Apresentação: 17/09/2018

Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Perda	Código Pst	Medida 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1989872		1.1.1.1	261

Mês/ano consumo	CONSUMO	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA
AGO/18 3000	328 A R\$ 0,894947 =		293,54
JUL/18 214			23,77
JUN/18 270			
MAI/18 242			
ABR/18 258			
MAR/18 105			
FEV/18 218			
JAN/18 280			
DEZ/17 312			
NOV/17 371			

Mes/Ano Valor R\$
08/2018 325,88

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/10/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor na SEREN. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 4.776,89 (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 Cosmo de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RESERVADO AO FISCO	40BC.E339.0E02.CC08.00FC.52B1.77BE.1273
GRUPO DE CATEGORIA	VALOR DO GRUPO DE CATEGORIA
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

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

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



Eletrobras
Teresina - Piauí

Para consulta com o
Eletrobras, informe
o nº do CDE

0051869-7

011488364

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 788 - Teresina - PI - 64000-000
CNPJ nº 06.908.000/0001-01 - Inscrição Estadual nº 06.908.000/0001-01
CNPJ nº 06.908.000/0001-01 - Inscrição Estadual nº 06.908.000/0001-01
Regime especial de Imposto de Renda autorizado pela RFB nº 08/98

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

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 549 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

CONDICIONAMENTO		DATA DE VENCIMENTO	
Anual	18910	Anual	24/09/2018
Consumo	18611	Anual	22/08/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Anual	25/10/2018
Consumo Médio	299	Próxima leitura	21/09/2018
Consumo Referência	299	Próximo prazo	24/09/2018
NORMAL		33	

TABELA DE CARGAS E PREÇOS					
Classe/Subclasse	Uso	Nome do Medidor	Ponto	Código de	Validade (em meses)
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	278

PERÍODO	DESCRIÇÃO DO CARGO	VALOR
AGO/18	CONSUMO	299 A R\$ 0,594947 = 267,58
JUL/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	21,67
JUN/18	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	0,51
MAI/18	MULTA POR ATRASO 08/18-00	4,17
ABR/18	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	1,04
MAR/18	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	14,93
FEV/18		
JAN/18		
DEZ/17		
NOV/17		
TARIFA DE IMPOSTO:		
R\$ 299 - 0,004090		

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
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 8AC6.F37C.C1EF.777B.A9A5.A799.C724.B216

RECAPITULATIVO DA CONTA		IMPORTE A PAGAR	
Distribuição	51,55	Base de Cálculo	267,58
Energia	98,04	Alíquota ICM	27,00%
Despesa	15,42	Valor de ICMS	72,24
Outros	15,62	Valor de PIS	2,62
	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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 Geivan do Nascimento inscrito
(a) no CPF sob o Nº 038.904.893/38 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Geivan 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 OUT 2018

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

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, que apresento 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>
Email		Telefone comercial(DDD)	<u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-656</u>
				CEP	<u>64000-235</u>

Teresina, 24 de Outubro de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

01 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

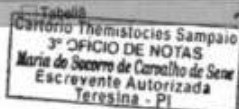
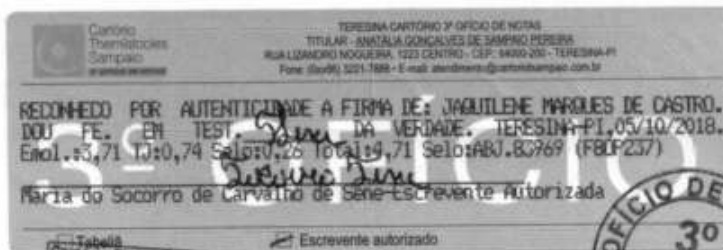
Eu, Jaqueline marques de castro,
RG nº 2.130.028, data de expedição 11/01/18,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 007.952.633-09, com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Sotero vas da silveira, nº 4730
complemento caso, declaro, sob as penas da Lei, 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: Konda/POP 110I
Ano: 2016/2017
Placa: PIZ-5231
Chassi: 9C2J80100KR228733
Data do Acidente: 26/07/2018
Local e Data: Cruzina, 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)





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



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 29/13	07 Chegada ao 1º hospital 29/14	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Centenário	11 Bairro Araporá	12 Município-UF Teresina-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Frente Pórtico Pícaro				
Dados do Paciente	14 Nome Gilvan do Nascimento	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	16 Idade 28 30/10/1990		
	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				
	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado				
Acidente de Transporte	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		23 Glasgow = 15		
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 87 Resp. 16 PA 120/80 TAX. - SatO2 98%		25 Local da lesão		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 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		
Assistência	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxição 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		
Hospital de Destino	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não		35 Não Removido		
	36 Observações Vítima de colisão entre carro e motocicleta, apresentando trauma em face, lesões em mandíbula, braço em torção, estenose subscapular direita, fratura fechada de punho esquerdo e fratura em articulação imobilizada em prancha longa com colas cervicais protetoras laterais de cabeça, estenose e cintas de imobilização protetoras e alergia medicamentosa. Acompanhado pelo sogro.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE Almes 663984		Enfermeiro Condutor Campos	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTENEDOR VERIFICADO
30 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua de Resende, 463 Loja C
CEP: 64.002-470





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA



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

CL. GERAL - OK

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: **GILVAN DO NASCIMENTO** Idade: **28** anos Sexo: **Masculino** Prontuário: **365858**
Pai: **PAULO CESAR DE SOUSA** Mãe: **ROSANGELA DO NASCIMENTO SOUSA**
Endereço: **RUA SOTERO VAZ, 4730 - MEMORARE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010**
Data de Nascimento: **30/05/1990** Idade: **28** anos 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** Trajeto?: **Sim** Tipico: **Não** CID Secundário: **V299**

DADOS CLÍNICOS:

Acidente vítima de acidente automobilístico há +/- 3 horas, vindo de repente.
(A) UA, vítima, com lesões físicas
(B) MV, inicialmente, sem RA
(C) BNC, RT, SR, acidente imediato, sem trauma
(D) Queda: 15
(E) vítima em pé e andando, sem lesões em membros e membros superiores e inferiores.
FC: **110** bpm Temp.: **36,5** °C
Pulso: **110** mmHg
CID: **V299**

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RA, RT, SR, BNC, RT, SR, acidente imediato, sem trauma
(A) Queda: 15
(B) Queda: 15
(C) Queda: 15
(D) Queda: 15
(E) Queda: 15

ALTA: ☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido
☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão
☐ Retornar à Unid. Origem ☐ Transferência:
DATA SAÍDA: **26/07/2018**
☐ Internação na Unidade
Proced. Solicitado: **Exame de Urina**
CID Compatível: **V299**
DESTINO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs
☐ Família ☐ IML ☐ Anat. Patol.



Paulo Cesar de Sousa
Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



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

FORMA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 26/07/2018 22:53:23
(RAIMUNDA SOARES)

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: - - -	
Es. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Concubinato	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Processo: 576370	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: 1/1/2018	ESPECIALISTA: Onyfeche
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Plataforma de acidente de trânsito com vítima em motocicleta. Foi feito o exame de corpo de delito e foi constatado o uso de álcool.</i>	
<i>- Da firma</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 OUT 2018

GENTE SEGURO S.A.

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / /	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/08/18

NOME DO PACIENTE: <u>Guilherme da Trindade</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>365858</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Rouqui</u>	Nº DA SALA: <u>09</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 3,0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 3,5, 8,5	PAR	04 - 03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	15	
ALCOOL 70%	ML	100		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	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		<u>Ceipen</u>	-	09	
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							

MOD - 094





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

Giurgião

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiista

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 3do sob a guisa externa
- 2) Inspecção habitual
- 3) Lias laterais prox e distal sobre as
sós alveares
- 4) Retirada da placa + parafusos
- 5) Redução indireta
- 6) Fixação da placa + parafusos em ponte
- 7) Ligadura e S.F.C.R.
- 8) Suturas
- 9) Curativo

Dr. Fernando de M. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 150191913

Mod. 761





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>Frat. de Fêmur (E)</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Ayrton</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Isid.</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Lampinho</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Dutro</u>	CPF Nº:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO 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

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	1md		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>Glauc.</u>			
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/11/2020 14:20:43

<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011201420434600000012548648>

Número do documento: 2011201420434600000012548648

Num. 13267564 - Pág. 20



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
1º Assistente Denise
2º Assistente Gustavo
3º Assistente
Instrumentador(a) Dr. Antônio Paulino Filho
Anestésico(a) Raquel
Data da Operação 08/08/18
Início
Fim
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 Pac em DDH sob raqui anestesia 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 intensificador de imagem —
⑥ fixação com placa DCP 18 parafusos ⑦ sutura por planos + curativo

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

Mod. 76 HUT



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)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
219422	365858	GILVAN DO NASCIMENTO	POSTO 1	ANEXO 2 P01	LEITO	WILANILDO LIMA COSTA
Evolução:			Alergias:			
Hora:			Diagnóstico/Comorbidades:			

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietas									
1	ORAL Tipo LIVRE, Visto Nutricionista: Cleidy Gonçalves UN/p/ 1151	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"	1,00	Amplola	EV	6/6h		AD		
3	CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Amplola	EV	6/6h		AD		
4	DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Amplola	EV	12/12h		AD		
5	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Amplola	EV	12/12h		AD		
6	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL Em 100ML de SF0,9%	1,00	Amplola	EV	12/12h		SF 0,9%		
7	PANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	Amplola	EV	12/12h				

Observações Gerais: SINAIS VITAIS DE 6/6h

Dr. Wilanildo L. Costa
CRM-PI 6663
Rég. 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

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11/08/18

NOME DO PACIENTE: Gilvan do Nascimento PRONTUÁRIO Nº: 365558

DIAGNÓSTICO: Ruptura de Aorta / Aneurisma CIRURGIA: Ruptura de Aorta distal

ANESTESIA: Dr. Eduardo Nº DA SALA: 05

CIRURGIÃO: Dr. Joel CPF Nº: _____

AUXILIAR: _____ CPF Nº: _____

ANESTESIA: Bloqueio + sedação CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Rosy CPF Nº: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DEPAT
CONTEUDO 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.	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				Chetunus			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escuras			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3-0	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0	01			CIRCULANTE: Dr. Joel			
PROLENE							

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1930 / CPF: 386.381.313-68

MOD - 094





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 *FEIMA COMUM DE MÃO DETER*
Operação - Tipo *RETR. DE MÃO DETER*
Cirurgião *Dr. Joel* 1º Assistente *Dr. BIAUSE LINS*
2º Assistente 3º Assistente
Instrumentador(a) *Anest. Dr. Eduardo* Anestesia *Bupivacaína + Sufentanil*
Anestésico(a)

Data da Operação *01/08/18* Início Fim
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

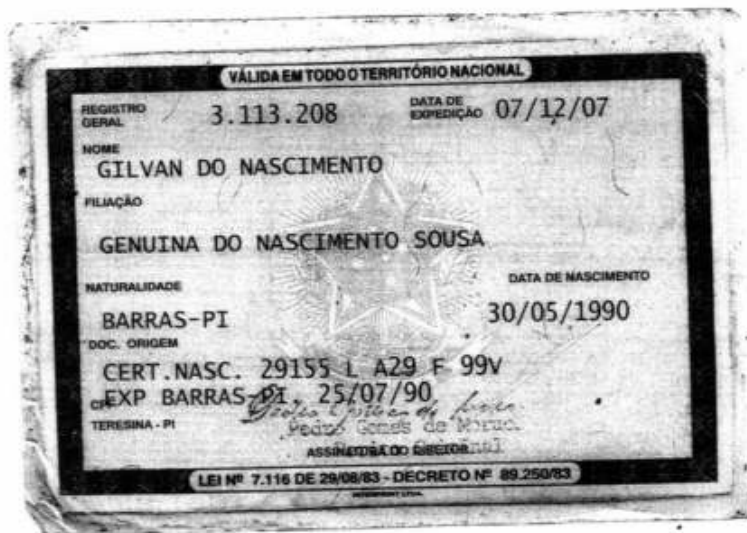
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1. Alargamento do canal (B) - MÃO DETER.*
- 2. Liga. Arterial DETER, MÃO VELA, RIL.*
- 3. Drenagem p/ R. de drenagem - 8x16 e 7 3x8*
- 4. Sutura MÃO DETER*

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 19307 / CBO 366.361-313-68

Mod. 76 HUT

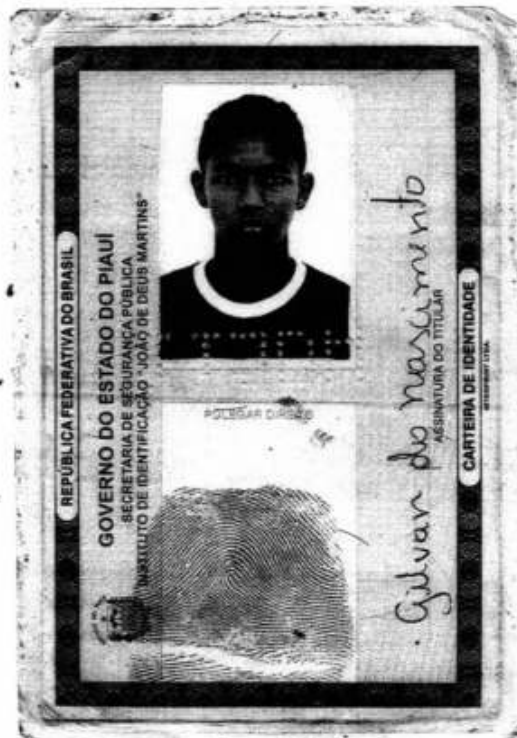


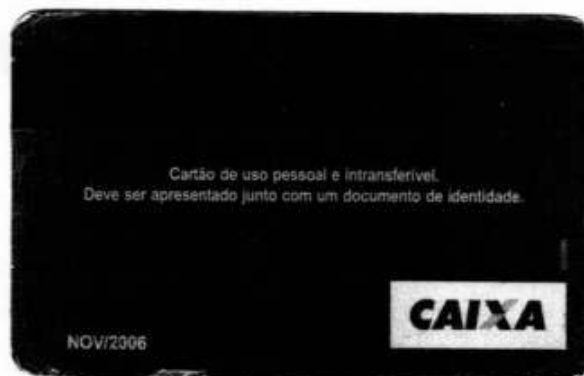


DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 OUT 2018

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







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.119:262
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES
FILIAÇÃO	CÍCERA MARQUES JUCUNDE ANTÔNIO SOARES JUCUNDE
NATURALIDADE	
CRATEUS-CE	DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971
DOC. ORIGEM	
CERT. NASC. 529 L A1/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	



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 120°) 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 30°) 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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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

