

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05794-0

CONTA: 000000006143-3

Nr. Autenticação

BRADESCO0801201905000000000023705794000000006143168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190002297 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA EM OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190002297 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 18/03/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA EM OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170070240 Nº 012898317618
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 765815460 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
RAIMUNDO CRISPIM PEREIRA DOS SANTOS

CPF / CNPJ 73451614391 PLACA LWB-3158

PLACA ANT. / JF - CHASSI 9C2JD17201R018213

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/XLR 125 ES ANO FAB. 2001 ANO MOD. 2001

CAP / POT / CIL 002P/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA LT/KIA VENC. COTA ÚNICA 1º ISENTO

IPVA 2º 3º IPVA

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICÇÕES

MANUEL ENIDIO DATA 24/8/2017

ARMANDO MARTINS DO REGO LÓBÃO
DIR. GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012898317618 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 24/8/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 73451614391 PLACA LWB-3158

RENAVAM 765815460 MARCA / MODELO HONDA/XLR 125 ES

ANO FAB. 2001 CAT. TAR. 09 Nº CHASSI 9C2JD17201R018213

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81.28 DENATRAN (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL SERVIÇO PELO SEGURO (R\$) 185.50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

X COTA ÚNICA PARCELADO 22/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ 06.554.125/0002-20
SAMU 192



REGISTRO DE OCORRÊNCIA

NOME DO PACIENTE: Cleiane Oliveira da Silva

SEXO: () MAS (X) FEM IDADE: 17 anos

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Br: 135 Km

TIPO DA OCORRÊNCIA:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Agressão Física | <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Moto |
| <input type="checkbox"/> Choque Elétrico | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Acidente de Carro |
| <input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica | <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Mal Súbito |
| <input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica | <input type="checkbox"/> Já removido | <input type="checkbox"/> Falso Chamado |
| <input type="checkbox"/> Ferimento Arma Branca | <input type="checkbox"/> Ferimento Arma de Fogo | <input type="checkbox"/> Queimadura |
| <input type="checkbox"/> Atropelamento | <input type="checkbox"/> Urgência Clínica | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- ☒ Alerta
☐ Responde ao Comando
☐ Responde a Dor
☐ Sem resposta

PUPILAS:

FALA:

- ☒ Iguais ☒ Normal
☐ Desiguais ☐ Confusa

PULSO RADIAL:

- ☒ Forte
☐ Fraco
☐ Ausente
☐ Leve
☐ Moderado Intenso

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
Hora	20:30	
P.A.	110 x 70	
Pulso	100 bpm	
Respiração	22 mpm	
Saturação	98.1	
Temperatura	36.0 C	
Glicemia	178	

OBSERVAÇÕES: paciente com lesão não exposta na clavícula

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aspiração | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Acesso Venoso |
| <input type="checkbox"/> Oxigênio | <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades | <input type="checkbox"/> Solução |
| <input type="checkbox"/> Reanimação CARDIO-RESP | <input checked="" type="checkbox"/> Prancha | <input type="checkbox"/> Ass. Obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Ventilação Artificial | <input checked="" type="checkbox"/> Colar Cervical | <input type="checkbox"/> Hemostasia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Monitorização | <input type="checkbox"/> KED | <input type="checkbox"/> Curativo |

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS:



ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Melhorando | <input type="checkbox"/> Severa Gravidade | <input type="checkbox"/> Indeterminado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Piorando | <input type="checkbox"/> Média Gravidade | <input type="checkbox"/> Óbito antes do Socorro |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Pequena Gravidade | <input type="checkbox"/> Óbito no transporte |
| <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Ileso | |

HOSPITAL DE DESTINO: Hsp: Manoel Emídio

Odete Santana Chaves
Enfermeiro Técnico de Enfermagem

Corem
Profissional Receptor do Hospital

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE
CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
204184828660008
10 - NOME DA MÃE
ANA RAIMUNDA ALVES DA SILVA
12 - ENDEREÇO
PEDRO ALVARES CABRAL, 1.353 - CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MANOEL EMÍDIO

6 - DATA DE NASCIMENTO
18/05/2000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
166926
9 - SEXO
Masc 1 Fem X 2
11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9424-7518

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2205904

15 - UF
PI
16 - CEP
64875-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Torção no ombro (E) e do - Lateral

AIM DIGITADA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Quebra de osso

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

AIM NUMERADA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de clavícula

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

S420, W199

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0413040178

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CLÍNICA MÉDICA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CRM)

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

21/03/2018

19/03/18

Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 175

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 18/07/2018
ASSIN.

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

M220390901

64238

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

078.977.823-87

47 - DATA DA

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

2218101230048

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

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



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146

4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
20418482650008

10 - NOME DA MÃE
ANA RAIMUNDA ALVES DA SILVA

12 - ENDEREÇO
PEDRO ALVARES CABRAL, 1.353 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MANOEL EMÍDIO

6 - DATA DE NASCIMENTO
18/05/2000

8 - Nº DO PRONTUÁRIO
166926

9 - SEXO
Masc: 1 Fem: X 2

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9424-7518

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
2205904

15 - UF
PI

16 - CEP
64875-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma no ombro @ e do - braço

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Quebra de osso

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

73

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fr. do Ombro @

21 - CID PRINCIPAL

S40

22 - CID SECUNDÁRIO

W19

23 - CAUSAS ASSOC.

W19

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CLÍNICA MÉDICA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/03/2018

19/03/18

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Dr. Felipe Nunes de Almeida

Ortopedista e Traumatologista

CRM-PI 4315 / TEOT: 14175

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0413040178

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

FLORIANO - PIAUÍ

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 18/07/2018

ASSIN

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CÓDIGO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

078.977.823-97

47 - DATA DA

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

C

Atendimento	1058775
Data:	21/03/2018
Hora:	11:27

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANO/PI

Nº AIH
JO

BOLETIM DE ADMISSÃO

166926 - CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 18/05/2000 - 17 ANOS, 10 MESES, 3 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA	Enfermaria: E01- EXTRAS	Leito: EX19	Convênio: SUS
Escolaridade:	Médico: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES	SIS Prenatal:	
CPF:	RG: 4361775/pi	C/N:	
Endereço: PEDRO ALVARES CABRAL, N° 1.353 - CEP: 64875-000	Bairro: CENTRO		
Cidade: 2205904- MANOEL EMIDIO/PI	Profissão:	Telefone: () -	
Pai: VALDOMIRO FRANCISCO DE OLIVEIRA	Mãe: ANA RAIMUNDA ALVES DA SILVA		
Responsavel: CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA - () -- O MESMO			
Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO			
Diagnostico Definitivo:			

Diária de Acompanhante:

☐ Sim ☐ Não

Resultado	Adm.: ____/____/____	Alta: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Removido	<input type="checkbox"/> -48 Horas
<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Pedido	<input type="checkbox"/> +48 Horas
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Evasão	<input type="checkbox"/> Obito
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> Indisciplina	
Transferido		

História Clínica

Travessia ombro @ de 180° e 180°

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

Diagnóstico Provável

Fratura de clavícula

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 18/07/2018
ASSIN. *[Assinatura]*

[Assinatura]
Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 4315 / TEOT: 14175
HOSPITAL TIBERIO NUNES

Evolução Clínica

A'endimento

1058775

Paciente

CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

Data/Hora

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

~~27 DEZ 2018~~

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

HOSPITAL REGIONAL TIERIG NUNES
EDMUNDO PIADI

CONFERENCE ORIGINAL
B-27-21(B)

DATE 18/07/2018

ASSIST



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N

MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64800-000

Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323

BOLETIM CIRURGICO

1058775 - CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

Data: 21/03/2018

Diag. Cirúrgico: Fratura de clavícula

Cirurgia: Osteossintese de clavícula

Descrição da Cirurgia:

Realizado sob anestesia geral
Anestesia + intubação + cateterismo
Realizado a clavícula + esternão
Osteossintese de clavícula com placa + parafusos
LAC
Enduro
Clavícula

Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista - Traumatologista
CRM-62435 / TEOT 14175

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

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

Cirurgião: _____

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

Anestesista: _____

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS: _____

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PI
CONFERE CUNTO ORIGINAL
DATA 18/07/2018
ASSIN: _____

FLORIANO-PI

27 DEZ 2018

QRTOPEDIA

HOSPITAL REGIONAL TERMOPOLES
MORONG - PASI
CONFIRMADO
DATA 19.07.08

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME	Cecilia S. Pereira			ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA	20/12/18			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETA LIVRE				OBSERVAÇÕES			
02. JELCO HIDROLISADO				A 13:30 Paciente segue no			
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				leito acompanhada, corrien-			
04. CEFOTAXIM 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				te, segue se quiseando-se			
05. DIPHENHIDRAMINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				deitar por todo corpo. Toca-			
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				do para o corpo e o			
07. TILAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				Paciente Tiberio Nunes e o			
08. CEFEXANE 400MG - 01 AMP SC 1X/DIA				Técnica de Enfermagem			
09. PIALIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				COREN-PI: 803 276			
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				AS 22:00h - PA 120x70 mmHg			
11. CURATIVO				P: 89,8°C			
12. SSW + CCGG				Fred Poção e Silva			
Dr. Consegundes P Filho Ortopedia Traumatologia CRM: 2572 / FOUT 7348				Téc. de Enfermagem COREN-PI 115341			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002-470
Teresina-PI

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 20/12/18
ASSIN

DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

Bonder

Prescrição Médica	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
013175					
LIVRE					
2 HIEROLISADO					
TRIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
TRITINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
ONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
IL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
IAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
ANIE 40MG - 01 AMP SG 1X/DIA					
IL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
OPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
ATIVADO					
+ CCGG					

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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI
CONFERÊNCIA ORIGINAL
DATA 27/12/2018
ASSINADO

Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 4315 / TEOR: 14175

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

Prof. Cleivaldo

NOME *Cleivaldo*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA *13/05/18*

ALA

ENF. OU APT.

LEITO

ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

01. DIETA LIVRE

02. JELCO HIDROLISADO

03. PANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

05. DIPLOKONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

06. TILAIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

07. TILAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)

08. XANE 40MG - 01 AMP SG 1X/DIA

09. P/ASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)

10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg

11. CURATIVO

12. SSV + CCGG

Dr. Constanção P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRP 12372 - RCD: 1368

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



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Clasiane da Silva Oliveira Reg. Sane: _____
Cirurgião: Intensivos de Clavícula E Sala: 02
Cirurgião: Dr. Lourenço Auxiliar: Dr. Felipe
Instrumentador: Linival Circulante: Régio + Luana
Data: 23/03/18 Início: 15:30 Término: 16:00 Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	P.UNIT.	SUB. TOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA		sol		
06	ADRENOPLASMA				
07	DEDILANIDE				
08	CLÓRETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g				
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOCLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL				
18	ETERANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATONE ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR		sol		
26	METRONIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METILCELOULOSE				
30	MOCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGMINE				
33	PC MADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO				
38	SORO GLICOSADO		3 frascos		
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM		01 amp		
42	VITAMINA K				
43	XILOCAÍNA 0,5% 2% sem vaso sem epinefrina		01 frasco 01 frasco		

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

Folha de Anestesia

Nome: Elisiane da Silva Oliveira Registro: _____

Enf.: _____ Leito: _____ Apto.: _____

Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinúria	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Dos. Uréia
Exame de Urina						

Função Respiratória

Sistema Circulatório

Sistema Respiratório

Sistema Digestivo

Estado Mental

Diagnóstico Pré-Operatório

Pré-Medicação (Agentes e Doses)

Aplicado As: _____ Efeitos: _____

Agentes Anestésicos

LÍQUIDO

Temperatura

P. Arterial

V

Pulso

Início e Fim Anestesia

X

Início e Fim Operação

Respiração

SÍMBOLO

Técnica: T. G. G. G.

Operação: P. C. C. C.

Cirurgiões: Dr. C. C. C. C.

Anestesistas: Dr. C. C. C. C.

Particularidades:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.002-470
Rio de Janeiro - RJ

DURAÇÃO

Incidentes / Acidentes

Correções pós-oper. Imediata

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA/ANESTESIA

14-20

Declaro para fins legais que eu, Clenane da Silva Oliveira ou
meu responsável Ana Rita Alves da Silva AUTORIZO a realização do
procedimento anestésico/sedação a fim de possibilitar a cirurgia/tratamento de
Osteopatia

Declaro também que:

- 1) Mantive o jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;
- 2) Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;
- 3) Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;
- 4) Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;
- 5) Prestei ao Médico Cirurgião ou Anestésista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem ocultar qualquer fato ou elemento.
- 6) Li e concordo com todos os termos acima;

Floriano (PI), 23 de março de 20 18.

Ana Rita Alves da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal



Assinatura Testemunha

Nome: _____
CPF: _____
RG: _____

Assinatura Testemunha

Nome: _____
CPF: _____
RG: _____

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Clovis da Silva Oliveira

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

emergência

A CLÍNICA:

urgência

MOTIVO DA CONSULTA

TCE

TC de Clovis

DATA: 20/03/18

ASS. MÉDICO
Aldemir E. Barros da Silva
Médico
CRM-PI 6887

PARECER:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

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

20/03/18
K
JCS

TC de Clovis. Edemir Barros da Silva
Sideralys Barros

TC de Clovis. Sideralys Barros

Dr. Barros da Silva

Jefferson Antonio Dias
Médico
CRM-PI 11357

DATA: / /



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Indicador: E0129070



EXTERNO

Coletado:

Data: 20/03/2018

Paciente: CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

Médico(a): CONEUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Sexo: FEMININO

Idade: 17 ANOS, 10 MESES, 1 DIA

Impresso: 20/03/2018

HEMOGRAMA

Material:

Método:

RITROGRAMA

RITRÓCITOS	3,44 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
EMOGLOBINA	10,0 g%	12,0 a 17,5 g%
EMATÓCRITO	28,4 %	40 a 52 %
VCM	82,56 u ³	80 a 100 U ³
HCM	29,07 pg	26 a 34 pg
CHCM	35,21 %	31 a 36 %

BSERVAÇÕES

EUCOGRAMA

EUCÓCITOS	12.400 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
IEL' CITOS	0 %	0
E' LIELÓCITOS	0 %	0
ONETES	0 %	0
EGMENTADOS	75 %	0
ASÓFILOS	0 %	0
OSINÓFILOS	03 %	0
NFÓCITOS	20 %	0
ONÓCITOS	02 %	0
NFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	0
ONTAGEM GERAL	100,00	100%
AQUETAS	195.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

SERVAÇÕES

EL RÓCITOS

BSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE-NEUTROFILIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

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

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

Paciente CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA
Médico Dr(a) Conegundes Pereira Da Silva Filho
Convênio HOSPITAL TIBERIO NUNES

Procedência: Unidade Matriz

Idade 12 Anos
Data Req. 20/03/2018
Data Emissão .. 20/03/2018



00046532

Uréia

Material: Soro

Método: Enzimático Colorimétrico

Resultado: 19,00 mg/dL



Valores de Referência:
10,0 a 45,0 mg/dL

Creatinina

Material: Soro

Método: Enzimático Colorimétrico

Resultado: 0,88 mg/dL



Valores de Referência:
0,40 a 1,30 mg/dL

Nota: A elevação das cetonas e certos antibióticos do grupo das cefalosporinas podem produzir elevações falsas da creatinina no soro ou na urina. Certos medicamentos (cimetidina, probenecida, trimetopim) interferem na secreção tubular da creatinina, aumentando o nível sérico desta e reduzindo sua depuração.





BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Área Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 - Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosinteseprima.com.br

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1006
Cond. Metropolitan Market Place - Calhau
CEP 65.071-380 - Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseprima.com.br

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

Nome do Hospital: Regional Tereza Neves

C.N.P.J. 06.553.564/0103-62

Assinatura Estelino Paulo

Cargo Presidente

Nome _____

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
93398085	23-100 de Kirschner de 2,0



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

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 23/03/18

DATA DA ALTA / /

PACIENTE - Nome: Desiano da Silva Oliveira

Nº AIH: _____

Nº do Prontuário: 166926

Data da Internação / /

Procedimento Médico Realizado: Osteossíntese de clavícula e

Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: _____

CRM Nº _____

Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 TEOD: 734R

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
Hospital Regional "Tibério Nunes"

Florianópolis - Piauí
SERVIÇO DE RADIOLOGIA

14/20

Nome do Paciente: Carine da S. Alves
Clínica: _____

Convênio: Particular () SUS () Outros Convênios () Interno () Externo ()

Enfermaria: _____ Apt.º: _____ Leito: _____ Médico: _____

Exames Solicitados:

Rx Claivinha E Ng

Assinatura do Médico Solicitante



Obs.: Exames pago pelo SUS, sendo proibida a cobrança de qualquer taxa.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Cleiane da Silva Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR
07/11/84

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.361.775 DATA DE EMISSÃO 03/03/16

NOME CLEIANE DA SILVA OLIVEIRA

RELACÃO ANA RAIMUND ALVES DA SILVA
VALDOMIRO FRANCISCO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
MANOEL EMÍDIO-PI 18/05/2000

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 6843 L A07 F 195

EXP MANOEL EMÍDIO-PI 06/06/00

TELEFONE 081.695.841-98

LEI Nº 7.118 DE 26/06/73 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

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



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - GPI

17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE CANTO DO BURITI-PI
Rua Getúlio Vargas s/nº, Santa Luzia, Canto do Buriti-PI, CEP 64.890-000, email: dpcantodoburiti@gmail.com.br



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1275/2018 - 17ªDRPC DE CANTO DO BURITI

Delegacia: 17ª Delegacia de Canto do Buriti/PI
Delegado: Yan Rego Brayner

Resp. p/ Registro: Daniele Batista Araujo
Data/Hora: Segunda-feira - 12/11/2018 - 10h10min

NATUREZA DO FATO

Natureza do Fato: Acidente de Trânsito

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: 17ª Delegacia de Canto do Buriti/PI
Local do fato: Via Pública
Endereço: BR 135 km
Bairro: Zona Rural
Ponto de Ref.
Município: Manoel Emídio

Data/Hora: 18/03/2018 aprox. 19h00min

494609

Estado: Piauí

DADOS DO NOTICIANTE

Nome: Ana Raimunda Alves da Silva
RG: 2.083.877 SSP/PI CPF: 923.227.863-49
Filiação: Mariada Penha da Silva e Aldenor Alves Gabino
Endereço: Rua Pedro Alves Cabral, nº 1353.
Bairro: Conjunto Marcos Antonio
Ponto de Ref.
Município: Manoel Emídio

Idade: 42 anos - 03/10/1976
Telefone: (89)99424-7518

Estado PI

DADOS DA VÍTIMA

Nome: Clesiane da Silva Oliveira
RG: 4.361.775 SSP/PI CPF: 081.695.893-98
Filiação: Ana Raimunda Alves da Silva e Valdomiro Francisco de Oliveira
Endereço: Rua Pedro Alves Cabral, nº 1353.
Bairro: Conjunto Marcos Antonio
Ponto de Ref.
Município: Manoel Emídio

Idade: 18 anos - 18/05/2000
Telefone: (89)99414-6999

Estado PI

OBJETOS / DOCUMENTOS/ EQUIPAMENTOS ENVOLVIDOS

Desc. Material:
Quantidade:

Valor R\$:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Marca/Mod/Ano: HONDA/ XLR 125 ES, Ano: 2001, Licenciado em nome de: RAIMUNO CRISPIM PEREIRA DOS SANTOS. Placa: LWB-3158

Cor: VERMELHA Chassi: 9C2JD17201R018213 Renavam: 765815460

NARRATIVA DO FATO

A noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data, hora e local acima citada, sua filha de nome Clesiane da Silva Oliveira estava conduzindo uma motocicleta vindo da localidade Água Branca, tendo como carona JANAINA BARBOSA DA SILVA (CPE: 099.337.33-03); Que estavam na BR 135 quando os pneus estouraram e Clesiane perdeu o controle da motocicleta; Que caíram no meio fio da pista e ficaram desacordadas; Que um homem desconhecido que transitava no momento ligou para o SAMU; Que aproximadamente às 20:30h foi feito os primeiros atendimentos pelo SAMU da cidade de Manoel Emídio/PI; Que foram transferidas para o Hospital de Manoel Emídio/PI; Que Clesiane estava com corte da cabeça e com fratura na clavícula; Que o médico plantonista costurou o corte na cabeça e ficando internada; Que na data do dia 19/03/2018 Clesiane foi transferida para o Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Floriano/PI; Que foi feito procedimento cirúrgico de nome Osteossíntese de Clavícula E (braço esquerdo) na data do dia 23/03/2018. É o relato.

Ana Raimunda Alves da Silva

Noticiante

Daniele Batista Araujo
Escrivã(o) ad.hoc. Agente

Obs: A falsa comunicação à Polícia constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

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 com 16 ou 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

081.695.893-98

Nome completo da vítima

CELESTANE DA SILVA OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo CELESTANE DA SILVA OLIVEIRA		CPF titular da conta 081.695.893-98	Profissão LABORADORA
Endereço RUA PEDRO ALVES CABRAL S/N		Número S/N	Complemento CASA
Bairro CONJUNTO MARCO AULONIO	Cidade MANOEL EMÍLIO - PI	Estado PI	CEP 64875-000
Email		Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

AGÊNCIA NRO. **5794** D/V **6143** CONTA NRO. **3** D/V **3**
 (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.

Conto do Brasil - PRO de **DECEMBRO** de **2015**
Local e Data

Celestane da Silva Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





===== VIA DO CLIENTE =====
Data: 19/11/2018 Hora de Brasília: 09:27

Deposito em Conta Poupanca

Favorecido
Banco : 237
Agencia: 05794 - CANTO DO BURITI
Conta : 0000000006143-3
Nome : CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

Depositante : 000007650664325
Valor em dinheiro :
Valor em cheque :
Valor total :

Ag. Bradesco : 5794 - CANTO DO BURITI
Corresp. Banc.: 095 - SOLENIS
SUPERMERCADOS
NSU: 002090240110 Autenticacao: 533320

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

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