

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: 00000006143-3

Nr. Autenticação

BRADESCO08012019050000000002370579400000006143168750 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

Valorização 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

Valorização 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

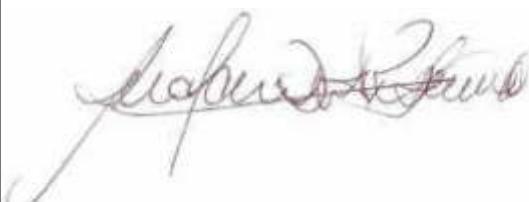
Grupo: EQ1

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:





REGISTRO DE OCORRÊNCIA

2012
NOME DO PACIENTE: Clariane Oliveira da Silva
SEXO: () MAS (X) FEM IDADE: 17 Anos
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Br: 135 Km

TIPO DA OCORRÊNCIA:

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------|
| () Envenenamento | () Agressão Física | (X) Acidente de Moto |
| () Choque Elétrico | () Afogamento | () Acidente de Carro |
| () Urgência Obstétrica | () Queda | () Mal Súbito |
| () Urgência Pediátrica | () Já removido | () Falso Chamado |
| () Ferimento Arma Branca | () Ferimento Arma de Fogo | () Queimadura |
| () Atropelamento | () Urgência Clínica | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- (X) Alerta
() Responde ao Comando
() Responde a Dor
() Sem resposta

PUPILAS: Iguais FALA: Normal
() Desiguais () Confusa

PULSO RADIAL:

- (X) Forte
() Fraco
() Ausente
() Leve
() Moderado Intenso

OBSERVAÇÕES: pac: com lesão não exposta na clavícula

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| () Aspiração | () Outros _____ |
| () Oxigênio | () Imobilização de extremidades |
| () Reanimação CARDIO-RESP | (X) Prancha |
| () Ventilação Artificial | (X) Colar Cervical |
| (X) Monitorização | () KED |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 DEZ 2018

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

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS:

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- | | | |
|----------------|-----------------------|----------------------------|
| () Melhorando | () Severa Gravidade | () Indeterminado |
| (X) Piorando | () Média Gravidade | () Óbito antes do Socorro |
| () Inalterado | () Pequena Gravidade | () Óbito no transporte |
| () Coma | () Ileso | |

HOSPITAL DE DESTINO: Hpp: Manoel Emídio

Odelege Santana chaves
Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

Samu 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

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

204184828660008

5 - NOME DA MÃE

ANA RAJUMUDA ALVES DA SILVA

6 - ENDEREÇO

PEDRO ALVARES CABRAL, 1.353 - CENTRO

7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MANOEL EMÍDIO

7058775

2 - CNES

2365146

4 - CNES

2365146

8 - DATA DE NASCIMENTO

18/05/2000

Masc.

1

Fem X 2

11 - FONE DE CONTATO

(89) 9424-7518

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2205904

15 - UF

16 - CEP

PI

64875-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA

Tremor no ouro (E) a/d - cont

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - 400 C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

AIN DIGITADA

1. 0413040178
2. 0408010150

AIN NUMERADA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Derrame ósseo

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

Tx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractura clavícula

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

5420

W199

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tremor e derrame

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0413030013

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CLINICA MEDICA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

HOSPITAL TIBERIO NUNES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

-21/03/2018

32 - NOME E CARIMBO (N.º DO CRM)

Dra. Felipe Nunes de Almeida

CRM-PI 122

Ortopedista e Traumatologista

CRM-PI 122

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

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. ORGÃO EMISSOR

M220390901

45 - N.º DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

64238

45 - DOCUMENTO

46 - N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

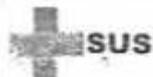
078.977.823-87

47 - DATA DA

48 - ASS. E CADIMBO. N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

Assinatura

22181 01230048



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)
204184826560008
10 - NOME DA MÃE
ANA RAIMUNDA ALVES DA SILVA
12 - ENDEREÇO
PEDRO ALVARES CABRAL, 1.353 - CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MANOEL EMÍDIO

6 - N° DO PRONTUÁRIO
166926
8 - DATA DE NASCIMENTO
18/05/2000

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

Travamento de ontem e dia - baixa

Procedimentos

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Travamento

1. 0413040178

2. 040801110

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

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

Travamento

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fis. de dor no abdômen

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CLÍNICA MÉDICA URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

0413030000

HOSPITAL TIBERIO NUNES

24/03/2018

32 - ASS. E CARIMBO INÍCIO CRM
Dr. FELIPE MUNIS DE ALMEIDA
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 4315 / TEOT: 14175

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

FLORIANÓPOLIS

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODIGO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

078.977.823-87

47 - DATA DA

48 - ASS. E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO

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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANÓ/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:

CPF: RG: 4361775/pi Médico: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

C/N:

SIS Prenatal:

Endereço: PEDRO ALVARES CABRAL, N° 1.353 - CEP: 64875-000

Bairro: CENTRO

Cidade: 2205904- MANOEL EMIDIO/PI Profissão:

Telefone: () -

Pal: VALDOMIRO FRANCISCO DE OLIVEIRA

Mãe: ANA RAIMUNDA ALVES DA SILVA

Responsavel: CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA - () -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Diaria 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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

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

Diagnóstico Provável

Fst. de dor

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ- PIAUÍ
CONFIRA OUSO ORIGINAL
DATA 18/07/2018
ASSIN.

HOSPITAL TIBERIO NUNES

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

Evolução Clínica

Atendimento
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
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

~~27 DEZ 2010~~

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

HOSPITAL REGIONAL TIGREDO PINHEIROS
FLORIANÓPOLIS
CONFERENCE ORIGINAL
DATA 18/07/2018
ASSIN

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N

MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64800-000

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

BOLETIM CIRÚRGICO

1058775 - CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

Data: 21/03/2018

Diag. Cirúrgico: Frst de clavículaCirurgia: Ortoanestese cl 100 14

Descrição da Cirurgia:

Relevo dorsal nobe anterior
 Acesso t. ext. - apres e avançar anterior
 Acesso a clavícula e diâfragma
 Desassente cl 100 do hiralgico intromover
 LNC

Endosso

Cicatriz

Cirurgião:

Dr. Felipe Nunes de Almeida
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM-PI 315 / TEOT 14127

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

Anestesista:

Anestesia:

 RAQUI CAUDAL GERAL TRONCULAR

OUTRAS: _____

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PI
 CONFER. CUNDO ORIGINAL
 DATA 18/07/2018
 ASSIN. 

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

| NOME | ALA | ENF. OU APT. | LEITO | ORTOPEDIA | |
|---|-------|--------------|-------|-------------------|-------------------------|
| | | | | PRESCRIÇÃO MÉDICA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |
| 01. DIETA LIVRE | | | | | |
| 02. JELCO HIDROLISADO | | | | | |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | 12/12 | 14 | 20 | | |
| 04. CLOPIRIBINA 40MG - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | 12/12 | 14 | 16 | | |
| 05. DIPRIVOMA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | 12/12 | 14 | 16 | | |
| 06. 11LÁTIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | 10/10 | 16 | 16 | | |
| 07. 11XAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) | | | | | |
| 08. CTEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DA | | | | | |
| 09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) | | | | | |
| 10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160X70 mmHg | | | | | |
| 11. CURATIVO | | | | | |
| 12. SSW + CCCG | | | | | |
| Dr. <i>Conrado P. Filho</i> Ortopedia Traumatologia CRM: 2572 / FID: 7348 | | | | | |
| DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 27 DEZ 2018 | | | | | |
| GENTE SEGURADORA S.A. Rua Célio da Resende, 465 Lote C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI | | | | | |
| HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES Floriano-PI CONFERIDO: <i>DR. CONRAD</i> DATA: <i>20/12/18</i> ASSIN: <i>DR. CONRAD</i> | | | | | |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Conceder

| Prescrição M-DICA | | ALA | ENF. OU APT. | LEITO | ORTOPEDIA |
|---|--|-------------------------|--------------|-------------|-----------|
| | | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | OBSERVAÇÕES | |
| | | HORÁRIO MEDICAÇÃO | | | |
| ✓ LIVRE | | | | | |
| ✓ HIDROLISADO | | | | | |
| ✓ IDINA 50MG " 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 |
| ✓ HEPARINA 1G " 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 |
| ✓ ONA 1G " 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 |
| ✓ IL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 |
| ✓ AL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) | | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 |
| ✓ ANE 40MG - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) | | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 |
| ✓ IL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) | | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 |
| ✓ OPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg | | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 |
| ✓ TIVO | | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 |
| ✓ + CCGG | | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 | ✓ 24 |

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

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

ESTATE REGIONAL IB
FLORIANO-PI



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

Nome do Paciente: Clésione da Silva Oliveira Seg. Sane: _____
 Cirurgia: Osteosíntese de clavícula E Sala: 02
 Cirurgião: Dr. Lagesundes Auxiliar: Dr. Felipe
 Instrumentador: Linoval Circulante: Régia + Lúcia
 Data: 23/03/18 Início: 15:30 Término: 16:00 Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

| NR | ESPECIFICAÇÃO | LABORATÓRIO | QUANT. | EXP. UNIT. | SUB-TOTAL |
|----|---------------------------|-------------|--------|------------|-----------|
| 01 | ADRENALINA | | | | |
| 02 | ALBUMINA HUMANA | | | | |
| 03 | ATROFOPINA | | | | |
| 04 | ÁGUA DESTILADA | | | | |
| 05 | AMPICILINA | | | | |
| 06 | ADRENOPLASMA | | | | |
| 07 | ACEDILANIDE | | | | |
| 08 | CLÓRETO DE POTÁSSIO | | | | |
| 09 | CREME VAGINAL | | | | |
| 10 | COLÍRIO | | | | |
| 11 | CEFALOTINA 1g | | | | |
| 12 | CLORAFENICOL | | | | |
| 13 | DECADRON | | | | |
| 14 | DCLASSAL | | | | |
| 15 | DORMONID | | | | |
| 16 | DOLANTINA | | | | |
| 17 | EFORTIL | | | | |
| 18 | ETER ANESTÉSICO | | | | |
| 19 | FLAXEDIL | | | | |
| 20 | FLEBOCORTID | | | | |
| 21 | GARAMICINA | | | | |
| 22 | GLUCONATO CÁLCIO | | | | |
| 23 | HALATONE ML | | | | |
| 24 | INOVAL | | | | |
| 25 | KETALAR | | | | |
| 26 | METRONIDAZOL INJETÁVEL | | | | |
| 27 | MANITOL 20% | | | | |
| 28 | METHERGIM | | | | |
| 29 | METILCELULOSE | | | | |
| 30 | OCITOCINA | | | | |
| 31 | PLASIL | | | | |
| 32 | PROSTIGMINE | | | | |
| 33 | PCMADA OFTALMOLÓGICA | | | | |
| 34 | QUELICIM | | | | |
| 35 | QUEMICETINA | | | | |
| 36 | RINGER-LACTADO | | | | |
| 37 | SORO FISIOLÓGICO | | | | |
| 38 | SORO GLICOSADO | | | | |
| 39 | TRANSAMIN | | | | |
| 40 | THIONEMBUTAL | | | | |
| 41 | VALIUM | | | | |
| 42 | VITAMINA K | | | | |
| 43 | XILOCAÍNA 0,5% 2% náuseas | | | | |
| | com epinefrina | | | | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 DEZ 2010
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Conde de Resende, 465 Lote C
Centro - Norte CEP: 64010-470
Teresina-PI

3 frascos

05 ml

01 frasco

01 frasco

Folha de Anestesia

Nome: Elisiane da Silva Oliveira Registro: _____

Enf.: _____ Leito: _____ Apto.: _____

Data: 23-03-1810 P. Arterial: _____ Pulso: _____ Respiração: _____ Temperatura: _____ Peso: _____ Altura: _____

Exame de Sangue: Gr. Sanguíneo: _____ Hematinária: _____ Hemoglobina: _____ Hemotórito: _____ Glicemia: _____ Dos. Uréia: _____

Exame de Urina: _____

Função Respiratória: _____

Sistema Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____

Sistema Respiratório: _____ Assina: _____ Bronquite: _____

Sistema Digestivo: _____ Sistema Urinário: _____

Estado Mental: _____ Corticóides: _____ Ataráxicos: _____ Outros: _____

Diagnóstico Pré-Operatório: _____ Risco: _____

Pré-Medicação (Agentes e Doses): _____ Aplicado As: _____ Efeitos: _____

| Agentes Anestésicos | Oxigênio | TOTAL DE DOSES | |
|---------------------|--|----------------|--|
| | 1 | | |
| | 2 | | |
| | 3 | | |
| LÍQUIDO | Sólido 500 400 Sangue 300 200 Outros 100 | | |

| Temperatura T° | C | 260 | 240 | 220 | 180 | 160 | 150 | 140 | 120 | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 | 10 | DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO | SEQUÊNCIA |
|------------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|--|-----------|
| P. Arterial | 38 | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| V | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| ^ | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| Pulso | 36 | | | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| Inicio e Fim Anestesia | 34 | | | | | | | | | | | | | | | | 5 |
| X | 32 | | | | | | | | | | | | | | | | 6 |
| Inicio e Fim Operação | | | | | | | | | | | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 9 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 10 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 14 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 15 |

| Respiração | O | 30 | 20 | 10 | DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO | SEQUÊNCIA |
|------------|---|----|----|----|--|-----------|
| | | | | | | 1 |
| | | | | | | 2 |
| | | | | | | 3 |
| | | | | | | 4 |
| | | | | | | 5 |
| | | | | | | 6 |
| | | | | | | 7 |
| | | | | | | 8 |
| | | | | | | 9 |
| | | | | | | 10 |
| | | | | | | 11 |
| | | | | | | 12 |
| | | | | | | 13 |
| | | | | | | 14 |
| | | | | | | 15 |

| SÍMBOLO | 27 DEZ 2018 | DURAÇÃO |
|-----------------------------------|-------------|---------|
| Técnica: <u>TG</u> | | |
| Operação: <u>Desconhecido</u> | | |
| Cirurgiões: <u>Dr. Camargos</u> | | |
| Anestesistas: <u>Dr. Oliveira</u> | | |

| Particularidades: | Incidentes | Acidentes |
|-------------------|------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

| Particularidades: | Concedidos pós-oper. Imediata |
|-------------------|-------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Particularidades: | Concedidos pós-oper. Imediata |
|-------------------|-------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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, Floriano da Silva Oliveira ou
meu responsável Ana Rita Alves de Oliveira AUTORIZO a realização do
procedimento anestésico/sedação a fim de possibilitar a cirurgia/tratamento de
Oriopédico

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 Anestesista 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 Maio de 20 18.

Ana Rita Alves de Oliveira
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal



Assinatura Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

Assinatura Testemunha

Nome:

CPF:

RG:

52. 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

39

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome:

DATA DE NASCIMENTO:

Cleomir da Silva Oliveira

DATA CLÍNICA: 19/03/18

A CLÍNICA: nesto angie

TCE

MOTIVO DA CONSULTA

Seg TCE de Cleomir

DATA: 20/03/18

PARECER:

ASS. MÉDICO
Ademir Batista da Silva
Maior
CRM-PI 6687

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

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

MM

ACB

ECG 15. Edema cerebral com ameaça de morte

16.51

Sidnei fez

TCE de Cleomir: São Luís

Co. Bás de Kru

DATA: 1/1/18

Jefferson Batista da Silva
CRM-PI 6687



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

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

PS

Endereço: E0129070



ESTERNO

Coletado:

Data: 20/03/2018

Paciente: CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

Sexo: FEMININO

Médico(a): CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

Idade: 17 ANOS, 10 MESES, 1 DIA

Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Impresso: 20/03/2018

ITEMOGRAMA

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 % |
| BSERVACOES | | |

EUCOGRAMA

| | | |
|-------------------|--------------------------|--|
| EUCCITOS | 12.400/mm ³ | 4.500 a 11.000 /mm ³ |
| IELCITOS | 0 % | 0 |
| E+IELCITOS | 0 % | 0 |
| A. LONETES | 0 % | 0 a 1 % Até 100 /mm ³ |
| SEGMENTADOS | 75 % | 0 a 4 % Até 400 /mm ³ |
| ASOFILOS | 0 % | 36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³ |
| OSINOFILOS | 03 % | 0 a 1 % Até 100 /mm ³ |
| NFÓCITOS | 20 % | 0 a 4 % 100 a 400 /mm ³ |
| ONÓCITOS | 02 % | 20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³ |
| NFÓCITOS ATÍPICOS | 0 % | 2 a 8 % 200 a 800 /mm ³ |
| CONTAGEM GERAL | 100,00 | 100% |
| AQUETAS | 195.000 /mm ³ | 150.000 a 400.000 /μL |

SERVAÇOES**RITRÓCITOS**

3SE. VAÇÃO 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, trimetropim) interferem na secreção tubular da creatinina, aumentando o nível sérico desta e redu-
zindo sua depuração.





BIOSÍNTESE

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

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

Nome do Hospital: Regional Tibério Nogueira

Nome do Hospital: CNPI. 06.553.564/0303-62

Assinatura Eduardo Paes

Cargo linealista

Name _____

| Código Ropm Nº | DESCRIÇÃO DO MATERIAL |
|----------------|---|
| 93398085 | <p>06 - Fio de Kitchener 22 g, 0</p> <div data-bbox="1096 990 1452 1230" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>27 DEZ 2018</p> <p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p> </div> |

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

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 03/03/18

DATA DA ALTA ____ / ____ / ____

PACIENTE - Nome: Eliziane da Silva Oliveira

Nº AIH-

Nº do Prontuário: 165536

Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado:

lade: *27*
Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 TEOF: 7349

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome:

CRM N°

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Floriano - Piauí

14/12/20

Mesq. de S. L. L. e J. R.
SERVIÇO DE RADIOLOGIA

Nome do Paciente: Ronielle da S. Oliveira

Clinica: _____ Interno () Externo ()

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

Enfermaria: _____ Aptº: _____ Leito: _____ Médico: _____

Exames Solicitados:

Dr. Gleécio L. T. So

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 6402-470
Teresina-PI

Assinatura do Médico Solicinte

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



| | |
|---|---------------------------------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
| REGISTRO GERAL | 4.361.775 |
| DATA DE EXPEDIÇÃO | 03/03/16 |
| NAME | CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA |
| PLACAR | ANNA RAIMUND AALVES DA SILVA |
| | VALDOMIRO FRANCISCO DE OLIVEIRA |
| NATURALIDADE | |
| MANOEL EMÍDIO-PI | |
| DOC. ORIGEM | |
| CERT. NASC. 6843 LA07 F 195 | |
| EXP. MANOEL EMÍDIO-PI 06/06/00 | |
| CPF 081.695.893-98 | |
| TENDER 081.695.893-98 | |
| 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 | |
| LEI Nº 7.716 DE 26/06/93 - DECRETO Nº 88.250/83 | |





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 N° 1275/2018 - 17ºDRPC DE CANTO DO BURITI

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

Resp. p/ Registro:
Data/Hora:

Daniele Batista Araujo
 Segunda-feira - 12/11/2018 - 10h10min

NATUREZA DO FATO

Natureza do Fato: Acidente de Trânsito

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: 17º 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

Idade: 42 anos - 03/10/1976

Filiação: Mariada Penha da Silva e Aldenor Alves Gabino

Telefone: (89)99424-7518

Endereço: Rua Pedro Alves Cabral, nº 1353.

Bairro: Conjunto Marcos Antonio

Ponto de Ref.

Município: Manoel Emídio

Estado PI

DADOS DA VÍTIMA

Nome: Clesiane da Silva Oliveira

RG: 4.361.775 SSP/PI

CPF: 081.695.893-98

Idade: 18 anos - 18/05/2000

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

Estado PI

OBJETOS / DOCUMENTOS/ EQUIPAMENTOS ENVOLVIDOS

Desc. Material:

Quantidade:

Valor R\$:

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

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Marca/Mod/Ano: HONDA/ XLR 125 ES, Ano: 2001, Licenciado em nome de: RAIMUNO 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 (CPF: 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
 Escrivá(o)/ad.hoc.Aente

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

CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|------------------------------|----------------------|--------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA | 081.695.893-98 | LAR PARADORA |
| Endereço | Número | Complemento |
| PLAIA PEDRO ALVES CABRAL S/N | S/N | CASA |
| Bairro | Estado | CEP |
| CONJUNTO MARCO ARAUJO | Piauí | 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

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

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.R. D/V CONTA N.R. D/V
 5794 6143- 3
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome N.R.

AGÊNCIA N.R. D/V CONTA N.R. 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.

Canto do Piauí - PR de 06/2015 de 2015

Local e Data

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

Cleiane 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

Depósito em Conta Poupança

Favorecido

Banco : 237

Agencia: 05794 - CANTO DO BURITI

Conta : 0000000006143-3

Nome : CLESIANE DA SILVA OLIVEIRA

Depositate : 0000076500004325

Valor em dinheiro :

Valor em cheque :

Valor total :



Ag.Bradesco : 5794 - CANTO DO BURITI

Corresp.Banc.: 095 - SÔLENIS

SUPERMERCADOS

NSU: 002090240110 Autenticação: 533320