



\*0015\*

Declaração de residência

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, Anderson Gomes CostaRG nº 3.500.234 data de expedição 09/03/15 Órgão SSP / PI

CPF nº 063.080.793-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua cap Adão Carvalho</u>	
Número	<u>2075</u>	
Apto / Complemento	<u>casal</u>	<div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTUDO NÃO VERIFICADO 09-FEV. 2017 Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-160</div>
Bairro	<u>piçarra</u>	
Cidade	<u>Teresina</u>	
Estado	<u>PI</u>	
CEP	<u>64056.650</u>	
Telefone de Contato	<u>(86) 9949-3100</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina Piauí 09/02/17Assinatura do Declarante: Anderson Gomes Costa

**Fatura Mensal**

Medição		Hidrometro		Data de emissão	
1307326-5		A04L700355		JAN/2017	
Nome/Razão Social/Endereço					
ANTONIO JOSE DA S COSTA RUA CAP ADÃO CARVALHO, 2075 PICARREIRA TERESINA 64056650 AG= 30					
Situação	Res.	Categorias de Uso		Inscrição	
3/1	1	Com.	Ind.	Púb.	110 51 05 0093 0381-001
Data de vencimento		Data de emissão		Valor devido	
25/12/2016		18/01/2017		29	
Histórico de Consumo					
Mês/Ano	Consumo	Valor	Unid.		
07/16	1438	16	0		
08/16	1457	19	0		
09/16	1471	14	25		
10/16	1493	22	10		
11/16	1501	8	0		
12/16	1524	23	0		
01/17	1557	13	0		
Forma de Faturamento					
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL					
Cód. Responsável		Códigos de Serviço			
013073265		01			
Código Grupo		Cód. Fatores		Cód. Fatores	
17					
Consumo		Consumo		Consumo	
13		13		13	

Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)
001	ÁGUA	43,13
002	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,57
003	JUROS DE MORA 001/001	0,88
004	MANTENÇÃO HIROMETRO	0,22

**REPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEUDO NÃO VERIFICADO**

03 FEV. 2017

25/01/2017 43,48

AVISO DE DEBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$95,00  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

**Gente Seguradora S.A.**  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

Parâmetro	Valor	Unid.	Valor	Unid.	Valor	Unid.	Valor	Unid.
Valor Adicional Permissão	308	89	308	308	308	308	308	308
Atividade de Amostragem	321	108	321	321	321	321	321	321
Atividade Realizada	308	108	318	318	318	318	318	318
Atividade que Ainda Legitimado	308	108	318	318	318	318	318	318
Valor Médio								
Conclusão	PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS CORRESPONDENTE.							
Mensagem								

Inscrição		AG= 30	
110 51 05 0093 0381-001			
Medição		Referência	
1307326-5		JAN/2017	

VENCIMENTO

25/01/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

43,48

8267000000-1 43480001821-1 30732650120-1 17000000001-0





\*0008\*

A cada 2 segundos de pagamento

**PRONTOMED ADULTO**

07/08/2016 22:34:04

Rua Paissandu, 1842 - Centro - Teresina-PI Fone: (86) 3131-1234  
Engenius - SISAC - Engenharia de Sistemas**FICHA INTERNAÇÃO**

Nome ANDERSON GOMES COSTA  
Prontuário 1059770.06  
Sexo Masculino  
Profissão  
Identidade 3500234/SSP - PI  
Data Nascimento 24/04/1995  
Idade 21 anos  
CPF 06308079308  
Filiação Antonia Gomes da Silva Costa / Antonio José da Silva Costa  
Endereço Rua CAPITÃO ADÃO CARVALHO 2075  
Bairro PIÇARREIRA I  
Cidade Teresina/PI  
Telefone 8699817792  
Responsável ANTONIA GOMES DA SILVA COSTA- MÃE  
End. do Resp.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
PRVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

Convênio MEDPLAN  
Código Paciente 1059770 Matricula 20539000  
Titular O MESMO  
Guia de Internação 67112811  
Validade Carteira / / Util. Pagto / /

**INTERNAÇÃO:**

Data de Entrada 05/08/2016 15:05:00  
Acomod. Autoriz. Apartamento  
Local - apartamentos (pma) (02)  
Tratamento 6.Cirúrgico  
Recepção LORENAGM  
Médico CHARLES DE OLIVEIRA LUZ  
Diagnóstico  
Procedimento 30727138 Fraturas de tibia associada ou não a fibula (inclui descolamento epifi  
Histórico Fraturas de Tibia Associada Ou Não A Fibula (inclu  
Observação

CONFERE COM O ORIGINAL

EWI

30/08/16

**PRONTOMED ADULTO**

Rua Paissandu, 1842 - Centro - Teresina-PI Fone: (86) 3131-1234 Teresina-PI  
CGC: 63326243000215

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE**

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu **ANTONIA GOMES DA SILVA COSTA**, representante legal do (a) paciente **ANDERSON GOMES COSTA**, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr.(a) **Charles de Oliveira Luz CRM (PI) nº 5131**, do meu, ou do paciente o qual sou responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento e procedimentos a que vou me submeter ou a que vai ser submetido o paciente do qual sou responsável, bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Procedimentos: **1. 30727138 FRATURAS DE TÍBIA ASSOCIADA OU NÃO A FÍBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

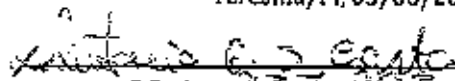
(Exemplos: Procedimentos invasivos e/ou cirurgia; Sedação, anestesia ou acompanhamento do anestesiologista; Transfusão de sangue e hemocomponentes.)

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte inter hospitalar se houver necessidade.

Ademais, ainda, informo estar ciente de que o Hospital não responde por qualquer objeto e/ ou valores dos pacientes e acompanhantes, tendo em vista que todos os apartamentos possuem sua própria chave, sendo, pois, de sua inteira responsabilidade.

Assim sendo, concordo com o referido tratamento e, para tanto, assino o presente documento na presença de testemunhas. No caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante \_\_\_\_\_, com documento de identidade nº \_\_\_\_\_.

Teresina/PI, 05/08/2016

  
RG nº: 931993  
Assinatura do paciente ou responsável legal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS PRIVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
09 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-160

# RELATÓRIO CIRÚRGICO

PRONTOMED ADULTO			
Paciente	ANDERSON GOMES COSTA	Data	05/08/2016 17:00:00
Idade	21 anos Sexo: Masculino	Código	1059770.06
Convênio	MEDPLAN	Leito	SALA 3
Médico	CHARLES DE OLIVEIRA LUZ	Número	Nº 52696
Acompanhante			

Procedimento	30727138 FRATURAS DE TÍBIA ASSOCIADA OU NÃO A FIBULA (INCLU	<div>DEPARTAMENTO DE RENTRORAS PRVAT</div> <div>CONTÉUDO NÃO VERIFICADO</div> <div>09 FEV 2017</div> <div>Gente Seguradora S.A.</div> <div>Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104</div> <div>Centro - CEP 64001-160</div>
Início/Término	05/08/2016 17:00 A 05/08/2016 18:00	
Diag pré-operatório	S82.1 FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA	
Diag pós-operatório	S82.1 Fra: da extremidade proximal da tibia	
Porte	4	
Tipo Anestesia	Raque	
Tipo Cirurgia	Limpa	
Cirurgião	CHARLES DE OLIVEIRA LUZ	CRM 5131
Prim. Auxiliar	SAULO LUIS LOPES MISTURA	CRM 3587
Seg. Auxiliar		
Ter. Auxiliar		
Anestesista	ADRIANO LEITE CAMILO DA SILVA	CRM 4033
Instrumentador	KELLY CRISTINA FERREIRA LEITE	COREN 296774

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
1. DDH + RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTEREIS + GARROTE COXA E
3. INCISÃO ANTEROMEDIAL EM JOELHO ESQUERDO E DISSECÇÃO POR PLANOS
4. EXPOSIÇÃO DE FRATURA DO PLATO MEDIAL E LIMPEZA COM SF
5. REDUÇÃO DIRETA E FIXAÇÃO COM PLACA DE PLATO TIBIAL SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA
6. HEMOSTASIA + SUTURA POR PLANOS
7. CURATIVO
8. RX CONTROLE
9. TALA GESSADA
INTERCORRENCIAS
NÃO HOUE

CHARLES DE OLIVEIRA LUZ  
CRM 5131 PI

Dr. Saulo Luis L. Mistura  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 3587  
TEOT 13452









# BOLETIM DE ANESTESIA (MAT / MED)

PACIENTE:

CONVÊNIO:

PRONTUÁRIO:

SALA:

DATA:

## MEDICAMENTOS

PRODUTO	UNID.	QUANT.	PRODUTO	UNID.	QUANT.
Adrenalina	Amp.		Brevibloc	Fr.	
Água Bidestilada	Amp.		Cal endada	mg	
Aminofilina	Amp.		Clonida	Amp.	
Atropina	Amp.		Dimorf	Amp.	
Bicarbonato de Sódio	Amp.		Diprivan	Amp.	
Capotea	Comp.		Delantina	Amp.	
Catalfan supositório	Unid.		Dormomid	Amp.	
Ceftriaxona	Amp.		Dropendol	Amp.	
Clexane	Amp.		Etonidato	Amp.	
Cloroto de Sódio 10%	Amp.		Etoril	Amp.	
Cloroto de Potássio 10%	Amp.		Etrano		
Decadron	Fr.		Fentanil	Amp.	
Diprivan supositório	Unid.		Fentanil	Fr.	
Fenergan	Amp.		Foraha	MI	
Flaxyl 500mg	Fr.		Halolano	MI	
Flaxiparha 0,3ml	Amp.		Inoval	Amp.	
Glicose 50%	Amp.		Katlar	Fr.	
Heparina	Fr.		Largaxat	Amp.	
Insulina regular	U		Marcalna isotônica 0,5%	Amp.	
Kangiklon	Amp.		Marcalna pesada 0,5%	Amp.	
Kefazol	1g		Narcan	Amp.	
Kefka	1g		Neocaina 0,5% c/A	Amp.	
Lasix	Amp.		Neocaina 0,5% s/A	Fr.	
Lavophod	Amp.		Puvulan	Amp.	
Liquamine	Fr.		Prustigmine	Amp.	
Nipride	Amp.		Quellon	Fr.	
Novelgina	Amp.		Savocris	MI	
Plamat	Amp.		Sytocinon	Amp.	
Plasil	Amp.		Sufenta	Amp.	
Propofol 100mg	Fr.		Sufato de efedrina	Amp.	
Prolamina	Amp.		Thionembulal	Fr.	
Rovivan	Amp.		Tracur	Amp.	
Solucorfat	mg		Valium 10mg	Amp.	
Tilatil	20mg		Xilocaina 1% s/A	Fr.	
Tridil	mg		Xilocaina 2% c/A	Fr.	
Transamin	Amp.		Xilocaina 2% s/A	Fr.	
Zofran	mg				
Zylum	Amp.				

## MATERIAIS

PRODUTO	UNID.	QUANT.	PRODUTO	UNID.	QUANT.
Albumina humana	Fr.		Agulha descartável 25x7	Unid.	
Haemacel	Fr.		Agulha descartável 40x12	Unid.	
Manitol 20%	Fr.		Agulha insulina	Unid.	
Ringer de lactato 500ml	Fr.		Ag. p/ raqui n°	Unid.	
Soro fisiológico 0,9% 500ml	Fr.		Ag. p/ peridural n°	Unid.	
Soro glicosado 5% 500ml	Fr.		Cateter p/ O2	Unid.	
Soro glicosado 5% 250ml	Fr.		Cateter p/ subcutânea	Unid.	
Soro fisiológico 0,9% 250ml	Fr.		Eletrodos	Unid.	
Soro glicosado 5% 250ml	Fr.		Esperadraco	Unid.	
			Equipo fotossensível	Unid.	
			Equipo gases	Unid.	
			Equipo microgotas	Unid.	
			Equipo p/ bomba	Unid.	
			Equipo p/ bomba fotossensível	Unid.	
			Equipo p/ transição	Unid.	
			Gaze	Env.	
			Jalco	Unid.	
			Luvas n°	Par	
			Luvas p/ procedimentos	Par	
			Pecan	Unid.	
			Perfusor-Set	Unid.	
			Polifix	Unid.	
			Scalp	Unid.	
			Seringa descartável 20cc	Unid.	
			Seringa descartável 10cc	Unid.	
			Seringa descartável 5cc	Unid.	
			Seringa descartável 3cc	Unid.	
			Sonda p/ aspiração n°	Unid.	
			Sonda nasogástrica n°	Unid.	
			Spinocan	Unid.	
			Tomera 3 vias	Unid.	
			Xilocaina geléia	Tb.	
			Xilocaina spray	Fr.	

## HEMODERIVADOS

NOME	UNID.	QUANT.
Concentrado de hemácias		
Plasma		

PRODUTO	UNID	QUANT.	PRODUTO	UNID	QUANT.
Água Destilada 10ml	Amo		Seringa Descartável s/aa. 20cc bico. liso	Unid.	
Aguilha Descartável 13x4.5	Unid.		Seringa Descartável s/seg. 10cc	Unid.	
Aguilha Descartável 30x7	Unid.		Sonda Foley 2 vias nº	Unid.	
Aguilha Descartável 40x12	Unid.		Sonda Uretral nº	Unid.	
Atadura de Crepom 30 cm	Unid.	03	Surgitel 5cm x 7,0cm - 1953	Env.	
Atadura de Crepom 15 cm	Unid.	05	SALTO 2x4x4 200		03
Atadura de Algodão Ortopédico 15 cm	Unid.	03	Parafusos 4,5x4,5 (can)		03
Borracha de Silicone	M		Parafusos 6; 0x7.0 espn		02
Capa para Microscópio	Unid.		Parafusos 4,5x4,5 (can)		03
Campo Operatório 23x25 (compressa 5/6)	Unid.		Parafusos 6; 0x7.0 espn		02
Campo Operatório 45x50 (compressa 7)	Unid.		Parafusos 4,5x4,5 (can)		03
Capa do Osso W310	Unid.		Parafusos 6; 0x7.0 espn		02
Compressa Neurocirúrgica 25x25 contonóide	Unid.		Parafusos 4,5x4,5 (can)		03
Compressa Neurocirúrgica 25x25 contonóide	Unid.		Parafusos 6; 0x7.0 espn		02
Coletor de Urina Sistema Aberto	Unid.		Parafusos 4,5x4,5 (can)		03
Coletor de Urina Sistema Fechado	Unid.		Parafusos 6; 0x7.0 espn		02
Conj. de Penrose nº 4 s/oi	Unid.		Parafusos 4,5x4,5 (can)		03
Conj. de sucção 3.2 (10x)	Unid.	06	Parafusos 6; 0x7.0 espn		02
Escovas (degermação anti-sépsia)	Unid.		Parafusos 4,5x4,5 (can)		03
Esparadrapo	Unid.		Parafusos 6; 0x7.0 espn		02
Enxerto gotas	Env.	07	Parafusos 4,5x4,5 (can)		03
Gaze estéril 7,5 x 7,5 cm	Unid.		Parafusos 6; 0x7.0 espn		02
Irrigação s/ vias	Unid.	01	Parafusos 4,5x4,5 (can)		03
Lâminas de bisturi nº 24 Carbonada	Unid.		Parafusos 6; 0x7.0 espn		02
Lâmina de bisturi nº	Unid.		Parafusos 4,5x4,5 (can)		03
Luvas - nº 05	Par	02	Parafusos 6; 0x7.0 espn		02
Luvas - nº 8.0	Par	01	Parafusos 4,5x4,5 (can)		03
Luvas - nº 2.5	Par	08	Parafusos 6; 0x7.0 espn		02
Luvas para Procedimentos	Par	10	Parafusos 4,5x4,5 (can)		03
Microscópio	Unid.		Parafusos 6; 0x7.0 espn		02

GERENCIAMENTO DE ENTREGA

DATA:

CORTESIA NÃO VERIFICADA

09.FEV.2017

Gente Seguradora S.A.

Rua Felix Pacheco, 200B Loja 104

Centro - CEP 64001-160

INSTRUMENTADORA: 51861 A. S. S. S. S. S.

CIRCULANTE: Dis...

.. SECRETARIA DE UNIDADE: ..



prontomed

# FOLHA DE CONSUMO EM SALA CIRÚRGICA - II

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CONVÊNIO

PRONTUÁRIO

PACIENTE

APTO.

LEITO

PROCEDIMENTO

CIRURGIÃO

INSTRUMENTADOR (A)

CIRCULANTE

ANESTESIOLOGISTA

<div></div>
-------------

Pedro Por fora

PRONTOMED ADULTO				Convênio	MEDPLAN
Paciente	ANDERSON GOMES COSTA			Data	05/08/2016 17:52:58 Internado: 0 dias
Idade	21 anos			Código	1059770 06
Peso	00 kg	Altura	00 m	Médico	CHARLES DE OLIVEIRA LUZ
Aconid.	SALA 3 <i>Regimen</i>			Número	Presc. nº 1008354 Página: 1/1

1	Diagnóstico: POI DE ARTROSCOPIA DE JOELHO
2	Controle de Equipamentos / Sinais Vitais:
3	Fisioterapia:
4	Nutrição: DIETA ORAL LIVRE <i>nutrição oral</i>
5	Psicologia:

MEDICAÇÃO	
1	KEITAZOL INJ FA (1G) + AD FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [6/6]
2	TRAMAL INJ (AP 100MG/ML-2ML) + S.F. 0,9 % 100ML AMPOLA - 1 AP EV [12/12]SOS
3	PROFENID INJ IV FA (100MG) + S.F. 0,9 % 100ML FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [12/12]
4	DIPIRONA INJ + AD AMPOLA - 1 AP EV [6/6]
5	RANITIDINA INJ AP (25MG/ML-2ML) + AD 10 ML AMPOLA - 1 AM EV [12/12]
6	VALIUM CP (10MG) COMPRIMIDO - 1 UN ORAL [24/24] À NOITE
7	ALA CESSADA INGUINOMALEOLAR A ESQUERDA
8	RX CONTROLE <i>exame Realizado</i>

Ass. *[assinatura]*  
SAULO LUIS LOPES MISTURA  
CRM 3587

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-160

**PRONTOMED ADULTO**

Paciente	ANDERSON GOMES COSTA	Convênio	MEDPLAN
Idade	21 anos	Data	05/08/2016 17:32:22
Peso	00 Kg	Internado	1 dias
Altura	00 m	Código	1059770.06
Medico	CHARLLES DE OLIVEIRA LUZ	Leito	REGINA
		Número	Evolução nº 878860

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**
**SINAIS VITAIS**

HORA	Pressão	FR	FC	Temp.	Saturação	Glic.Capilar	SNG	Diurese	Dreno1	Dreno2	Dreno3	Responsável
	mmHg	irm	bpm	°C	%	mg/dL	ml	ml	ml	ml	ml	
06/08/2016	130 X 70	20	89	36.2	98	0	0	0	0	0	0	Flaviana da Silva Soares COREN 943857
06/08/2016 05:52:00	120 X 80	18	65	36.3	97	0	0	0	0	0	0	Therezinha de Jesus Mesquita Nunes COREN 55976

**MONITORAMENTO**

APARELHO	HORA LIGADO	CONTENÚDO DE SINAIS VITAIS	HORA DESLIGADO	Responsável
		CONTENÚDO NÃO VERIFICADO		

**MEDICAÇÃO**

HORA	DESCRIÇÃO	QUANT	UN	RESPONSÁVEL

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
05/08/2016 17:00:00	PACIENTE RECEBIDO NA S.O PARA TTT CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA,VEIO DO APARTAMENTO DE MACA,CONSCIENTE,ORIENTADO,ACESSO,COM O DR. CHARLLES. REALIZADO ANESTESIA RAQUE COM O DR. ADRIANO.	Dirlene Reis de Souza COREN 392094
05/08/2016 18:00:00	TERMINO DO PROCEDIMENTO PACIENTE ENCAMINHADO PARA SRPA SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUE COM PRONTUARIO,SEGUE SOB CUIDADOS	Dirlene Reis de Souza COREN 392094
05/08/2016 18:05:00	Pcte admitido na srpa após realizar procedimento cirurgico acima citado segue em hidratação venosa sob cuidados.	Maria do Socorro de Sousa Nunes COREN 260037
05/08/2016 19:55:00	Pcte recuperado encaminhado para o RX em seguida para o apartamento com prontuario completo.	Maria do Socorro de Sousa Nunes COREN 260037
05/08/2016 20:26:00	Paciente POI DE ARTOSCOPIA DE JOELHO "E",consciente,orientado,avp,diurese espontaneo,respirando aa sem aporte de O2,naga alergia medicamentosa,dm,has.realizou raio -x,segue sob os cuidados de enfermagem.	Flaviana da Silva Soares COREN 943857
05/08/2016 22:00:00	administrado ranitidina+ad ev.valium cp (10mg) comprimido-1 cp via oral.	Flaviana da Silva Soares COREN 943857
05/08/2016 23:59:00	administrado kefazol inj fa (1g)+ad frasco ampola-1 fr ev.profenid inj iv fa (100mg)+sf 0,9% 100 ml ev.dipirona+ad ev.	Flaviana da Silva Soares COREN 943857
06/08/2016 03:58:00	Paciente refere dificuldade para urinar.Aplicado compressa de eter +massagem em região pélvica.	Therezinha de Jesus Mesquita Nunes COREN 55976
06/08/2016 05:52:00	Aferido ssvv.Administrado kefazol inj fa (1g)+ad frasco ampola-1 fr ev.dipirona+ad ev.	Therezinha de Jesus Mesquita Nunes COREN 55976

**EVOLUÇÃO**

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
------	-----------	-------------

PRONTOMED ADULTO		Convênio	MEDPLAN
Paciente	ANDERSON GOMES COSTA	Data	05/08/2016 17:32:22
Idade	21 anos	Internado	1 dias
Peso	00 Kg	Código	1059770.06
Altura	00 m	Leito	REGINA
Médico	CHARLES DE OLIVEIRA LUZ	Número	Evolução nº 878860

06/08/2016  
06:19:00

*Phamela Vieira Cerqueira*  
Ent. Phamela Vieira Cerqueira  
COREN 444154

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

09 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

*Phamela Vieira Cerqueira*  
Ent. Phamela Vieira Cerqueira  
COREN 444154

PRONTOMED ADULTO				Convênio	MEDPLAN
Paciente	ANDERSON GOMES COSTA			Data	06/08/2016 10:39:28 Internado: 1 dias
Idade	21 anos			Código	1059770.06
Peso	100 Kg	Altura	1,00 m	IMC	25,0
Acomod.	REGINA			Médico	CHARLES DE OLIVEIRA LUZ
				Número	Presc. nº 1008604 Página: 1/1

1.	Diagnóstico: POI DE ARTROSCOPIA DE JOELHO
2.	Controle de Equipamentos / Sinais Vitais:
3.	Fisioterapia:
4.	Nutrição: DIETA ORAL LIVRE <i>Nutrição</i>
5.	Psicologia:

MEDICAÇÃO		HORÁRIO
1	KEFAZOL INJ FA (1G) + AD FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [6/6]	06
2	TRAMAL INJ (AP 100MG/ML-2ML) + S.F. 0,9 % 100ML AMPOLA - 1 AP EV [12/12]	06
3	PROFENID INJ IV FA (100MG) + S.F. 0,9 % 100ML FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [12/12]	06
4	DIPIRONA INJ + AD AMPOLA - 1 AP EV [6/6]	06
5	RANITIDINA INJ AP (25MG/ML-2ML) + AD 10 ML AMPOLA - 1 AM EV [12/12]	06
6	VALIUM CP (10MG) COMPRIMIDO - 1 UN ORAL [24/24] À NOITE	
7	TALA GESSADA INGUINOMALEOLAR A ESQUERDA	
8	RX CONTROLE <i>exame realizado</i>	

Ass. \_\_\_\_\_  
**CHARLES DE OLIVEIRA LUZ**  
 CRM 5131

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
09 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 103 Centro - CEP 64001-160

PRONTOMED ADULTO		Convênio	MEDPLAN
Paciente	ANDERSON GOMES COSTA	Data	06/08/2016
Idade	21 anos	Internado	2 dias
Peso	60 Kg	Código	1059770.06
Altura	1,60 m	Leito	
Médico	CHARLES DE OLIVEIRA LUZ	Número	Evolução nº 878984

#### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

##### SINAIS VITAIS

HORA	Pressão	FR	FC	Temp.	Saturação	Glic.Capilar	SNG	Diurese	Dreno1	Dreno2	Dreno3	Responsável
	mmHg	irm	bpm	°C	%	mg/dL	ml	ml	ml	ml	ml	
06/08/2016 12:00:00	110 X 80	20	71	36	97	0	0	0	0	0	0	Flaviana da Silva Soares COREN 943857
06/08/2016 18:00:00	120 X 70	20	71	36,9	98	0	0	0	0	0	0	Flaviana da Silva Soares COREN 943857
06/08/2016 23:00:00	120 X 80	19	81	36,4	98	0	0	0	0	0	0	Ana Maria Figueiredo de Amorim COREN 1074357
07/08/2016 05:56:00	120 X 70	18	64	36,5	97	0	0	0	0	0	0	Therezinha de Jesus Mesquita Nunes COREN 55976

##### MONITORAMENTO

APARELHO	HORA LIGADO	DESCRIÇÃO DO MONITORAMENTO	HORA DESLIGADO	Responsável
----------	-------------	----------------------------	----------------	-------------

CONTIDO NÃO VERIFICADO

##### MEDICAÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	QUANT	UN	RESPONSÁVEL
------	-----------	-------	----	-------------

09 FEV. 2017

##### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-100

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
06/08/2016 07:00:00	Paciente POI DE ARTROSCOPIA DE JOELHO "E", consciente, orientado, avp, diurese espontaneo, respirando aa sem aporte de O2, segue sob os cuidados de enfermagem.	Flaviana da Silva Soares COREN 943857
06/08/2016 08:40:00	Paciente encaminhado para o banho em cadeira de rodas, em seguida troca de lençóis.	Flaviana da Silva Soares COREN 943857
06/08/2016 10:00:00	ADM: RANITIDINA 1AMP + AD 10ML EV.	Antônia Nathália Batista Mota COREN 556866
06/08/2016 11:57:00	administrado kefazol inj fa (1g)+ad frasco ampola-1 fr ev.profenid 100mg+sf 0,9% 100 ml ev.dipirona+ad ev.	Flaviana da Silva Soares COREN 943857
06/08/2016 17:38:00	administrado kefazol inj fa (1g)+ad frasco ampola-1 fr ev.tramal inj (ap 100mg/ml-2ml)+sf 0,9% 100 ml ampola-1 ap ev.dipirona inj+ad ev.	Flaviana da Silva Soares COREN 943857
06/08/2016 20:00:00	Paciente em POI DE ARTROSCOPIA. Calmo, orientado, verbalizando, sem queixas algicas segue em repouso com AVP funcionando, diurese presente e espontanea. Aos cuidados de enfermagem.	Ana Maria Figueiredo de Amorim COREN 1074357
06/08/2016 22:00:00	Administrado RANITIDINA+AD, EV; O paciente recusou a medicação VALIUM 10MG, relatando está com sono e repouso satisfatórios. Segue aos cuidados.	Ana Maria Figueiredo de Amorim COREN 1074357
06/08/2016 23:51:00	Administrado KEFAZOL 1G+ AD 10ML, EV; PROFENID 100MG+ SF 0,9% 100ML, EV; DIPIRONA+AD, EV. Segue aos cuidados.	Ana Maria Figueiredo de Amorim COREN 1074357
07/08/2016 05:56:00	Administrado KEFAZOL 1G+ AD 10ML, EV; TRAMAL 100MG+ SF 0,9% 100ML, EV; DIPIRONA+ AD, EV. Sem alterações.	Therezinha de Jesus Mesquita Nunes COREN 55976

##### EVOLUÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
------	-----------	-------------



PRONTOMED ADULTO		Convênio	MEDPLAN
Paciente	ANDERSON GOMES COSTA	Data	05/08/2016
Idade	21 anos	Internado	2 dias
Peso	70,00 Kg	Código	1059770.06
Altura	1,60 m	Leito	
Médico	CHARLES DE OLIVEIRA LUZ	Número	Evolução nº 878984

07/08/2016  
06:18:00

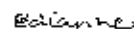
Em tempo:

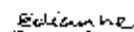
12:00h\_ Realizada curativo em FO de joelho, mantendo curativo com aspecto limpo e seco; Utilizo: 01 SF 100ml, 03 pacotes de gazes, microporeo para fixação. Em seguida recolocado tala gessada pelo técnico Márcia. Segue sob cuidados de enfermagem. Acd de enfermagem Leidiane Andrade.

  
Enf. Phamela Vieira Cerqueira  
COREN 444154

06/08/2016 17:38:00

Phamela Vieira Cerqueira COREN 444154

  
Enf. Edilaine Rodrigues de Souza  
COREN 137210

  
Enf. Edilaine Rodrigues de Souza  
COREN 137210

DEPARTAMENTO DE REGISTRO  
PRVAT

CONTIÚDO NÃO VERIFICADO

09 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.

Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

<b>PRONTOMED ADULTO</b>				Convênio	MEDPLAN
Paciente	ANDERSON GOMES COSTA			Date	07/08/2016 10:48:06 Internado: 2 dias
Idade	21 anos			Código	1059770.06
Peso	00 Kg	Altura	00 m	IMC	0
Acomod.	REGINA			Médico	CHARLES DE OLIVEIRA LUZ
				Número	Presc. nº 1009001 Página: 1/1

1.	Diagnóstico: POI DE ARTROSCOPIA DE JOELHO
2.	Controle de Equipamentos / Sinais Vitais:
3.	Fisioterapia:
4.	Nutrição: DIETA ORAL LIVRE
5.	Psicologia :

MEDICAÇÃO		DEPARTAMENTO DE SINISTROS BHVT	HORÁRIO
1	KEFAZOL INJ FA (1G) + AD FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [6/6]	CONTENDO NÃO VERIFICADO	
2	TRAMAL INJ (AP 100MG/ML-2ML) + S.F. 0,9 % 100ML AMPOLA - 1 AP EV [12/12]		
3	PROFENID INJ IV FA (100MG) + S.F. 0,9 % 100ML FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [12/12]	09 FEV. 2017	
4	DIPIRONA INJ + AD AMPOLA - 1 AP EV [6/6]		
5	RANITIDINA INJ AP (25MG/ML-2ML) + AD 10 ML AMPOLA - 1 AM EV [12/12]		
6	VALIUM CP (10MG) COMPRIMIDO - 1 UN ORAL [24/24] À NOITE	Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Lapa 104 Centro - CEP 54001-400	
7	TALA GESSADA INGUINOMALEOLAR A ESQUERDA		
8	RX CONTROLE alta hospitalar		

Ass. \_\_\_\_\_  
**CHARLES DE OLIVEIRA LUZ**  
 CRM 5131

## PRONTOMED ADULTO

Paciente	ANDERSON GOMES COSTA	Convênio	MEDPLAN
Idade	21 anos	Data	07/08/2016 07:55:07
Peso	00 Kg	Internado	2 dias
Altura	00 m	Código	1059770.06
Médico	CHARLES DE OLIVEIRA LUZ	Leito	REGINA
		Número	Evolução nº 879400

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS

HORA	Pressão	FR	FC	Temp.	Saturação	Glic.Capilar	SNG	Diurese	Dreno1	Dreno2	Dreno3	Responsável
	mmHg	irm	bpm	°C	%	mg/dL	ml	ml	ml	ml	ml	

## MONITORAMENTO

APARELHO	HORA LIGADO	Responsável	HORA DESLIGADO	Responsável

## MEDICAÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	QUANT	UN	RESPONSÁVEL

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
07/08/2016 07:00:00	Paciente em POI DE ARTROSCOPIA. Calmo, orientado, verbalizando, sem queixas algicas segue em repouso com AVP funcionando, diurese presente e espontânea. Aos cuidados de enfermagem.	Tallison Lins Sousa COREN 743408
07/08/2016 08:30:00	Pct encaminhado ao banheiro com auxílio de cadeira para banho de aspersão, troca de lençóis.	Tallison Lins Sousa COREN 743408
07/08/2016 10:00:00	Administrado Ranitidina+AD.	Tallison Lins Sousa COREN 743408
07/08/2016 11:15:00	Administrado Kefazol 1G+AD; Profenid 100mg+100ml de SF; Dipirona+AD.	Tallison Lins Sousa COREN 743408
07/08/2016 11:20:00	Pct recebe visita médica, o mesmo segue de alta hospitalar. Retirado acesso periférico.	Tallison Lins Sousa COREN 743408

## EVOLUÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
07/08/2016 11:28:00	ALTA HOSPITALAR  Enfa. Alice de Jesus Araújo Fraga COREN 353757	RESPONSÁVEL  Enfa. Alice de Jesus Araújo Fraga COREN 353757

DEPARTAMENTO DE RENTRAX  
OPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO


08 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.  
Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

PRONTOMED ADULTO				Convênio	MEDPLAN
Paciente	ANDERSON GOMES COSTA			Data	05/08/2016 10:05:41 Internado: Ambulatório
Idade	21 anos			Código	1059770.03
Peso	00 Kg	Altura	00 m	IMC	
Acomod.				Médico	DIEGO CAROLINO MARQUES VILMAR
				Número	Presc. nº 1008169 Página: 1/1

ACERTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NAQ. MEDICADO  
0-9 FEV. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2004 Loja 104  
Centro - CEP 64001-100

1.	Diagnóstico: POLITRAUMA	
2.	Controle de Equipamentos / Sinais Vitais:	
3.	Fisioterapia:	
4.	Nutrição:	
5.	Evolução Diarista Intensivista:	
<b>MEDICAÇÃO</b>		
1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% S. FECH. ECOFLAC (FR 500ML) FRASCO - 1 FR EV +14GTS/MIN	HORÁRIO
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% S. FECH. ECOFLAC (FR 500ML) FRASCO - 1 FR EV ACM	10:05
3	TRAMAL 100MG + PROFENID 100MG + SF0,9% 250 ML, EV, +21GTS/MIN	10:05
4	DIPIRONA 500MG/ML - 01 AMP + AD, EV	10:05
5	DECADRON INJ AP (4MG/ML-2,5ML) AMPOLA - 1 AP EV ACM	10:05
6	TILATIL INJ FA (20MG) FRASCO AMPOLA - 1 FR EV ACM	
7	AGUARDO EXAMES	

Ass.   
DIEGO CAROLINO MARQUES VILMAR  
CRM 3856

## PRONTOMED ADULTO

Paciente	ANDERSON GOMES COSTA	Convênio	MEDPLAN
Idade	21 anos	Data	05/08/2016 10:14:11
Peso	,00 Kg	Internado	Ambulatório
Altura	,00 m	Código	1059770.03
Médico	DIEGO CAROLINO MARQUES VILMAR	Leito	SIMILTO 1
		Número	Evolução nº 878759

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS

HORA	Pressão mmHg	FR mm	FC bpm	Temp. °C	Saturação %	Glic.Capilar mg/dL	SNG ml	Diurese ml	Dreno1 ml	Dreno2 ml	Dreno3 ml	Responsável

## MONITORAMENTO

APARELHO	HORA LIGADO	HORA DESLIGADO	Responsável

## MEDICAÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	QUANT	UN	RESPONSÁVEL

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
05/08/2016 10:05:00	Paciente admitido nesse setor vítima de ACIDENTE DE TRANSITO HA 2 HORAS (MOTO-CARRO) TRAZIDO PELA AMBULANCIA COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA refer DOR INTENSA EM QUADRIL E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SSVV ESTAVEIS. Nega HAS+DM desconhece ALERGIA MEDICAMENTOSA, nega perda de consciencia, orientado, fásico respirando sem aporte de O2. Puncionado acesso utilizando 1 Jelco 18+1 polifixo 2 vias +2ml de alcool+1bola de algodão+10cm de esparadrapo com EXITO. Instalado SF 0,9% 500ML-1 FR EV+ EQUIPO. Administrado PROFENID 100MG+ TRAMAL 100MG+ SF 0,9% 250ML EV, DIPIRONA+AD -1 AMP EV. Aguarda EXAMES LABORATORIAIS+ RAO X. Segue sob CCGG.	Juliana Alves da Costa de Sousa COREN 1008802
05/08/2016 13:05:00	Paciente reavaliado pelo ortopedista e o mesmo solicitou internação cirurgica + risco cirurgico. co pras 15:30.	Ronildo Sousa Santos COREN 1046680
05/08/2016 14:28:00	REALIZADO LABORATORIO AGUARDA ECG, REALIZADO COLOCAÇÃO DE TALA-GESSO	Valônia DA SILVA LUSTOSA COREN PI 007328 TE

## EVOLUÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
05/08/2016 15:14:00	PCTE PERMANECE PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO	Diego Apolinário Enferm. Ronildo Apolinário Santos COREN 288487

MED IMAGEM

ANDERSON GOMES COSTA

Atesto para os devidos fins que o paciente acima evolui após acidente automobilístico com fratura de planalto tibial esquerdo, realizado tratamento cirúrgico. Incapaz de deambulação pelo período de 2 meses e início de fisioterapia após. Perda do arco de movimento de +- 50 % na flexo extensão do joelho e da capacidade de deambulação por longas distancias.

CID: S82.1 Frat da extremidade proximal da tibia

Charles A.O. Luz  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 5131

Teresina, 25/05/2017

Dr. CHARLES DE OLIVEIRA LUZ  
CRM 5131

Declaração médica - Hospitalar

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

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



Comprovante de autenticidade

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.500.234	DATA DE EXPEDIÇÃO	09/03/15
NOME ANDERSON GOMES COSTA			
FILIAÇÃO ANTONIA GOMES DA SILVA COSTA ANTONIO JOSÉ DA SILVA COSTA			
TERESINA-PI		DATA DE NASCIMENTO	
CERT.NASC. 234408 L. A290 F. 147		24/04/1995	
EXP TERESINA-PI 07/08/2015			
063.080.793-08			

LEI Nº 7.118 DE 20/04/03 - DECRETO Nº 80.250/88

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

09 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

09 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0560002

ASSINATURA DO TITULAR

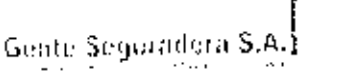
CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

09 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160





DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES  
DPVAT

CONTUOUE NAO SELEI O ADO

09 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64081-100

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO  
Nº 011972943680

0780  
00641  
89612  
975h  
285b  
217h  
26F1  
167a  
12ub  
50UG  
2216

VIA - CÔD. RENAVAM 1 00529657171  
EXERCÍCIO 2016  
NOME ANDERSON GOMES COSTA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

PLACA 06308079308  
CVC-8922

PLACA ANT. 06308079308  
CVC-8922

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/BENEFUM  
COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI  
ANO FAB 2013 ANO MOD 2013  
CATEGORIA PARTIC  
COR PREDOMINANTE VERMELHA

DATA/POT/OL 02P/0149CE  
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

PARCELAMENTO 000000000  
3º PAGO

PREMIO TARIFFARIO (R\$) 045,49  
PAGO

SEM RESTRICÇÕES  
PBT: 001,16

VERIFICAR

ESTADO DE PI  
TRANSPORTES DE PASSAGEIROS  
TRANSPORTES DE CARGA  
TRANSPORTES DE VEICULOS  
TRANSPORTES DE EQUIPAMENTOS

PI Nº 011972943680 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CVC-8922 2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
CONTENDO TODAS AS INFORMAÇÕES. LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
09 FEV 2017  
SAC DPVAT 0800 022 1204

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64081-100

2016 07/06/2016

PLACA 06308079308  
CVC-8922

RENAVAM 00529657171  
MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI  
ANO FAB 2013 ANO MOD 2013  
COTA ÚNICA 902K01670DR472355

PREMIO TARIFFARIO 045,49  
PAGO

PARCELAMENTO 000,00  
3º PAGO

DATA DE COBRANÇA 03/11/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

09 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64081-100

5102-55

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170096481 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON GOMES COSTA **Data do acidente:** 05/08/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/03/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA NA PERNA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** FRATURAS PROXIMAL DE TÍBIA E FÍBULA REDUZIDAS CIRURGICAMENTE

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO MOTOR

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** JOELHO 75% (DANO PARCIAL INTENSO)

**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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170096481

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ANDERSON GOMES COSTA

**Data do acidente:** 05/08/2016

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E  
PREVIDENCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO, OSTEOSSINTESE COM PLACA, ALTA MEDICA, EVOLUÇÃO COM LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO E HIPOTROFIA DA COXA, CLAUDICAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/03/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSÃO NO MESMO.

**Médico examinador:** GABRIELA GRACA SUARES PINTO

**CRM do médico:** 52.66379-4

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170096481 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON GOMES COSTA **Data do acidente:** 05/08/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do platô tibial a esquerda

**Descrição do exame médico pericial:** repercussão funcional leve do membro inferior esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Vítima acidente de motocicleta evolui com dor no joelho e perna ,marcha claudicante, não consegue correr, não consegue agachar , com limitação na flexão e extensão do joelho esquerdo. Vítima realizou tratamento cirúrgico com osteossíntese placa e parafusos do platô tibial e fisioterapia.

**Sequelas permanentes:** NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/06/2017

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** TRATA-SE DE REANÁLISE,NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$2.362,50 REFERENTE A 25% DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
APÓS AVALIAÇÃO DA DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, HISTÓRICO E DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA,CONSTATAMOS QUE NÃO HOUVE AGRAVAMENTO -

**Médico examinador:** JANETE MARIA DE CARVALHO OLIVEIRA

**CRM do médico:** 3789

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2017

Carta nº: 10617714

A/C: ANDERSON GOMES COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170096481 ASL-0059711/17

Vítima: ANDERSON GOMES COSTA

Data Acidente: 05/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2017

Carta nº: 10631652

A/C: ANDERSON GOMES COSTA

**Sinistro:** 3170096481 ASL-0059711/17  
**Vítima:** ANDERSON GOMES COSTA  
**Data Acidente:** 05/08/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2017

Carta nº: 10720323

A/C: ANDERSON GOMES COSTA

Sinistro: 3170096481 ASL-0059711/17  
Vítima: ANDERSON GOMES COSTA  
Data Acidente: 05/08/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ANDERSON GOMES COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003808**

Conta: **000005879-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11117179

A/C: ANDERSON GOMES COSTA

Sinistro: 3170096481 ASL-0059711/17  
Vítima: ANDERSON GOMES COSTA  
Data Acidente: 05/08/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta nº: 11196869

A/C: ANDERSON GOMES COSTA

**Sinistro:** 3170096481 ASL-0059711/17

**Vitima:** ANDERSON GOMES COSTA

**Data Acidente:** 05/08/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170096481 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **ANDERSON GOMES COSTA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CAPITAO ADAO CARVALHO nº 2075 - PICARREIRA - TERESINA/PI**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3500234 - SSP**  
Data local do exame: **16/03/2017 TERESINA/PI**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

#### TRATAMENTO CIRURGICO, OSTEOSSINTESE COM PLACA, ALTA MEDICA, EVOLUÇÃO COM LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO E HIPOTROFIA DA COXA, CLAUDICAÇÃO.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### DEFICIT LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela 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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

#### MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

#### NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO -

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - TERESINA, 16/03/2017

Médico Perito: GABRIELA GRACA SUARES PINTO CRM:52.66379-4/RJ

  
Gabriela Graca  
Ortopedista  
CRM 52.66379-4

Assinatura do perito Examinador - CRM

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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170096481 - 2**  
Nome do(a) Examinado(a): **ANDERSON GOMES COSTA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CAPITAO ADAO CARVALHO nº 2075 - PICARREIRA - TERESINA/PI**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3500234 - SSP**  
Data local do exame: **20/06/2017 TIMON/MA**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### Fratura do platô tibial a esquerda

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**Vítima acidente de motocicleta evolui com dor no joelho e perna, marcha claudicante, não consegue correr, não consegue agachar, com limitação na flexão e extensão do joelho esquerdo. Vítima realizou tratamento cirúrgico com osteossíntese placa e parafusos do platô tibial e fisioterapia.**

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### repercussão funcional leve do membro inferior esquerdo

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela 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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

#### MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

**APÓS AVALIAÇÃO DA DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, HISTÓRICO E DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, CONSTATAMOS QUE NÃO HOUVE AGRAVAMENTO -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**MA - TIMON, 20/06/2017**

**Médico Perito: JANETE MARIA DE CARVALHO OLIVEIRA CRM:3789/PI**

Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

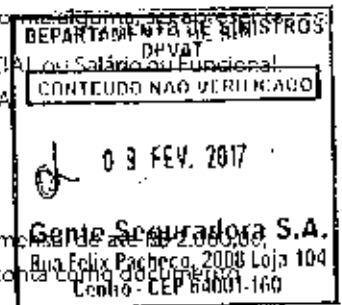
Conteúdo da Indenização do DPVAT

O formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros. Os dados devem ser preenchidos em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização.

Anderson Gomes Costa  
NOME DO REQUERENTE 3.500 234 EXPEDIDO POR SSV / PI EM 09 / 03 / 15  
063080793-08 / CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO Recurso - me  
MENSAL DE R\$ Recurso - me NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
DPVAT DA VÍTIMA Anderson Gomes Costa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

De acordo com a Lei nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a manter cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, detalhes acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para a programação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados para a emissão de um salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional; para empresas – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA; para conjuntos quando o beneficiário/vítima não for titular; para o tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal; para o tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal); para a poupança operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal; para a poupança, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta corrente com depósito em poupança); para o bloqueio dos dados bancários; para o beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL (www.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito; para as contas não pertencentes à vítima/beneficiário/s.



Para a emissão de um salário e/ou benefício, também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido. Para a emissão de um salário e/ou benefício, também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido. Para a emissão de um salário e/ou benefício, também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido.

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3808 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5879-6

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

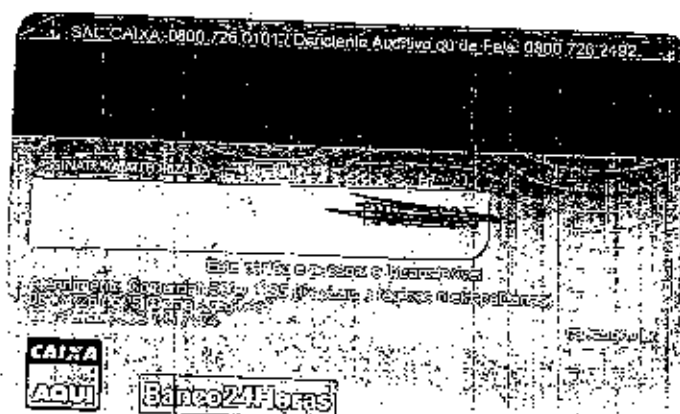
Teresina PI, 09 de Fevereiro de 17 Anderson Gomes Costa  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente em vigor no momento). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a legislação vigente no momento). Indenização de até R\$2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares. Para mais informações sobre o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguradortransito.com.br](http://www.dpvatseguradortransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
09.FEV. 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160





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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000668/2017-71

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 08/02/2017 - 10:41

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora  
05/08/2016 - 07:45

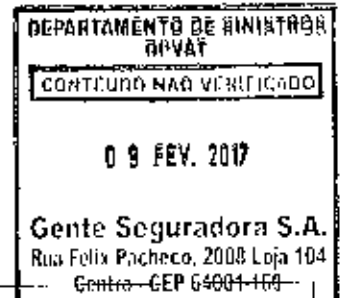
Tipo Local  
VIA PÚBLICA

Município  
TERESINA

Endereço  
AV. JOÃO ANTONIO LEITAO, Nº:  
Complemento

Bairro  
PIÇARREIRA

Ponto de Referência  
HOSP. FCO VILAR



### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Nome: ANDERSON GOMES COSTA  
RG: 3500234 SSP/PI  
Mãe: ANTONIA GOMES DA SILVA COSTA  
Pai: ANTONIO JOSE DA SILVA COSTA  
Endereço: RUA CAPITÃO ADÃO DE CARVALHO, Nº 2075  
Bairro: PIÇARREIRA  
Cidade: TERESINA  
Telefone(s): 86-9981-7792 86-9436-5997


### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

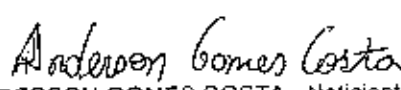
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

### RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA OEC-8922-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 00529657171, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO AV. PRES. KENNEDY, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO PRONTOMED. (PRONT. 1059770.06). TESTEMUNHA: SAARA MARIA DE AZEVEDO LIMA, RUA MIGUEL COUTO, Nº 2450-L. PARENTE. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE

  
Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085165  
AGENTE DE POLÍCIA

  
ANDERSON GOMES COSTA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Anderson Gomes Costa, portador da carteira de identidade nº 3.500 234 e inscrito no CPF/MF sob o nº 063080793-08, residente e domiciliado na Rua cap Adão Carvalho nº 2075 Cidade Teresina, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Anderson Gomes Costa

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Teresina Piauí 09/02/17

Local e data



**PRONTOMED ADULTO**

Rua Paissandu, 1842 - Centro - Teresina-PI Fone: (86) 3131-1234

Paciente ANDERSON GOMES COSTA  
Convênio MEDPLAN  
Respons. Titular  
Profissão  
Nascimento 24/04/1995  
Endereço CAPITÃO ADÃO CARVALHO 2075  
Bairro PIÇARREIRA I  
Cidade Teresina/PI  
Telefone 8699817792

Código 1059770.03  
Plano INDIVIDUAL  
Matrícula 20539000  
Sexo Masculino  
E.Civil Solteiro(a)  
Idade 21 anos  
CI 3500234/SSPPI  
CPF 08308079308  
Alergia Alergia não info.  
Médico Diego Carolino Marques Vilmar

0005  
05/08/2016 09:46:00  
Recepção ANAPB  
Guia 87101305  
Local consultórios (02)  
Tipo 4  
Validade  
Ult. Pagto / /  
Histórico Em pronto socorro  
Senha {SENHA}

**Triagem**

Risco: ANDERSON GOMES COSTA

Class. Risco:

Avaliação médica:

**Quadro Clínico:**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO-CARRO) HÁ +- 2 HRS, COM DOR INTENSA EM QUADRIL E MEMBRO INFERIOR ESQUERDOS. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. NEGADME HAS. VEM TRAZIDO PELA AMBULÂNCIA COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. AO EXAME: BEG, BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, EUPNEICO, AFEBRIL, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE. ABDOME INDOLOR À PALPAÇÃO.

**Exames Solicitados:**

RX COLUNA CERVICAL, TÓRAX, BACIA E MIE

**Diagnóstico:**

POLITRAUMA

**PRESCRIÇÃO**

VIDE PRESCRIÇÃO

**HORARIO**DEPARTAMENTO DE MINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

09 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

Assinatura do paciente

Autorizo o médico informar e imprimir  
o CID do meu diagnóstico neste documento

Desenho paciente: Observação

Ass. Médico(a)

Imp. Consulta Emerg.

modelo: FPQA

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 10/02/16

# 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: 20/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON GOMES COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03808

CONTA: 000000005879-6

---

Nr. da Autenticação E861288C7290D883