



00157
Câmara de Comercio de São Paulo

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Anderson Gomes Costa,

RG 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 posso comprovar 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>casa</u>	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT <input type="checkbox"/> CONTRATO NÃO VERIFICADO
Bairro	<u>pigarreira</u>	
Cidade	<u>Teresina</u>	
Estado	<u>PI</u>	
CEP	<u>64056.650</u>	
Telefone de Contato	<u>(86) 99469-3100</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina Píom 09/02/17

Assinatura do Declarante: Anderson Gomes Costa



Avenida Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 08.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8886

Fatura Mensal

Identificação	Hidrômetro	Referência																																																												
1307326-5	A04L700355	JAN/2017																																																												
Nome/Razão Social/Endereço ANTONIO JOSE DA S COSTA RUA CAP ADAO CARVALHO, 2075 PICARREIRA TERESINA 64056650																																																														
AG= 30																																																														
Situação Agua/água	Ref.	Categorias de Uso	Inscrição																																																											
3/1	1	GCM	110 51 05 0093 0381-001																																																											
26/12/2016	18/01/2017	29																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Histórico do Consumo</th> </tr> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Leitura</th> <th>Consumo</th> <th>Dur.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>07/16</td><td>1438</td><td>16</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/16</td><td>1457</td><td>19</td><td>0</td></tr> <tr><td>09/16</td><td>1471</td><td>14</td><td>25</td></tr> <tr><td>10/16</td><td>1493</td><td>22</td><td>16</td></tr> <tr><td>11/16</td><td>1501</td><td>8</td><td>0</td></tr> <tr><td>12/16</td><td>1524</td><td>23</td><td>0</td></tr> <tr><td>01/17</td><td>1557</td><td>13</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>		Histórico do Consumo			Mês/Ano	Leitura	Consumo	Dur.	07/16	1438	16	0	08/16	1457	19	0	09/16	1471	14	25	10/16	1493	22	16	11/16	1501	8	0	12/16	1524	23	0	01/17	1557	13	0	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Forma de Faturamento/DO</th> </tr> <tr> <th colspan="3">FATURADO P/ CONSUMO NORMAL</th> </tr> <tr> <th>Code Responsável</th> <th>Code da Fábrica</th> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>013073265</td><td>01</td><td></td></tr> <tr> <th>Consumo Estip.</th> <th>Code Fis. Ativa</th> <th>Code Fis. Cess.</th> </tr> <tr><td>17</td><td></td><td></td></tr> <tr> <th>Consumo</th> <th>Consumo Faturado</th> <td></td> </tr> <tr><td>13</td><td>13</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Forma de Faturamento/DO			FATURADO P/ CONSUMO NORMAL			Code Responsável	Code da Fábrica		013073265	01		Consumo Estip.	Code Fis. Ativa	Code Fis. Cess.	17			Consumo	Consumo Faturado		13	13	
Histórico do Consumo																																																														
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Dur.																																																											
07/16	1438	16	0																																																											
08/16	1457	19	0																																																											
09/16	1471	14	25																																																											
10/16	1493	22	16																																																											
11/16	1501	8	0																																																											
12/16	1524	23	0																																																											
01/17	1557	13	0																																																											
Forma de Faturamento/DO																																																														
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL																																																														
Code Responsável	Code da Fábrica																																																													
013073265	01																																																													
Consumo Estip.	Code Fis. Ativa	Code Fis. Cess.																																																												
17																																																														
Consumo	Consumo Faturado																																																													
13	13																																																													

Cód. Nome do Serviço
ÁGUA 46,13
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 0,57
JUROS DE MORA 001/001 0,88
MANUTENÇÃO HIDROMETRO 1,02

ABERTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 FEV. 2017

25/01/2017 43,48
AVISO DE DEBITO! CONTAS EM VAZOS - R\$95,00
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-110

Período:	Periodo	Ref.	Consumo	Preço	Impostos	Total	Entrega	Extrato
Valor Mínimo Permitido	50	16	60	0,00	0,0	0,00	46,13	
Nº Amostras Analisadas	308	89	308	308	308	308		
Nº Amostras Realizadas	321	108	321	321	321	321		
Nº Amostra que Ateende Legislação	308	108	318	318	318	318		
Valor Médio								
PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS CORRETAMENTE.								
Mensagens								

Identificação	Referência	AG= 30
1307326-5	JAN/2017	
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
25/01/2017	43,48	

82670000000-1 43480001821-1 30732650120-1 17000000001-0





Aprovado pelo paciente

PRONTOMED ADULTO

Rua Paissandu, 1842 - Centro - Teresina-PI Fone: (86) 3131-1234
Engeplus - SISAC - Engenharia de Sistemas

07/08/2016 22:34:04

FICHA DE INTERNAÇÃO

Nome	ANDERSON GOMES COSTA
Prontuário	1069770.06
Sexo	Masculino
Profissão	
Identidade	3500234/SSP - PI
Data Nascimento	24/04/1995
Idade	21 anos
CPF	06306079308
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 HINÍSTROS
PPVAF

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 FEV. 2017

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

Convênio	MEDPLAN		
Código Paciente	1069770	Matrícula	20539000
Titular	O MESMO		
Guia de Internação	67112811		
Validade Carteira	/ /	Últ. Pagto	/ /

INTERNAÇÃO:

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

CONFERE COM O ORIGINAL

ENI

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 TIBIA ASSOCIADA OU NÃO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISÁRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO .

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
BIVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 10
Centro - CEP 64001-160

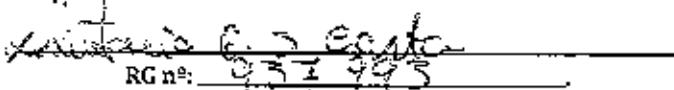
(Exemplos: Procedimentos invasivos e/ou cirurgia; Sedação, anestesia ou acompanhamento do anestesista; Transfusão de sangue e hemocomponentes.)

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 propria 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: 031 993

Assinatura do paciente ou responsável legal

RELATÓRIO CIRÚRGICO

PRONTOMED ADULTO

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

Procedimento	30727138 FRATURAS DE TÍBIA ASSOCIADA OU NÃO A FRACTURA DA PATA (INCLU)	DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA BPVAT
Inicio/Término	05/08/2016 17:00 A 05/08/2016 18:00	CONTENDO NÃO VERIFICADO
Diag pré-operatório	S82.1 FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA	
Diag pós-operatório	S82.1 Frat da extremidade proximal da tibia	09 FEV 2017
Porte	4	
Tipo Anestesia	Raque	Gente Seguradora S.A. Rua Felix Paixão, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-160
Tipo Cirurgia	Limpa	
Cirurgião	CHARLLES DE OLIVEIRA LUZ	CRM 5131 PI
Prim. Auxiliar	SAULO LUIS LOPEZ MISTURA	CRM 3587
Seg. Auxiliar		
Ter. Auxiliar		
Anestesista	ADRIANO LEITE CAMILO DA SILVA	CRM 4033
Instrumentador	KELLY CRISTINA FERREIRA LEITE	COREN 296774

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

1. DDH + RÁQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTEREIS + GARROTE COXA E
3. INCISÃO ANTEROMEDIAL EM JOELHO ESQUERDO E DISSECÇÃO PÓR 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

NAO HOUVE

CHARLLES DE OLIVEIRA LUZ
CRM 5131 PI

Dr. SAULO LUIS L. MISTURA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3587
FEOT 35432



performed

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATE

25 / 28 / 2020

CONVÊNIO

二〇〇〇

PRONTUÁRIO

ANSWER

APTE

S. S. CHIN

SIRIUSGIA

10

~~7:00~~

ADMISSÃO

HORA: 12:00 e

ANESTESIA

Nicole

~~7:00~~

CIRURGIA: Fratura de fíbia

ADMISSÃO: HORA: 13:00

10-33
Paciente astmico no se
sabe POC de fregitura de
fumar mas el tipo de diag
stico es que el paciente
fuma el tabaco mas cuida
ndo de informacion

VIAS AF

GASES

5

Alergia

VISÃO GERAL DO PACIENTE				Centro de Segurança Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 101 Centro - CEP 64001-160	
ACESSO VENOSO	Periférico <input checked="" type="checkbox"/> Subclávia <input type="checkbox"/>	Flebotomia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DRENOS	Tórax D <input type="checkbox"/> Tórax E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dreno à Vácuo <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SNG <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		F.O. - Sangramentos: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
MONITORIZAÇÃO					
Peça(s) Cirúrgica(s): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NF de Peças <input type="checkbox"/>					
Monitor Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> P.I.C. <input type="checkbox"/>					
P.A.M. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

ITEM		NOTA	ADM	40'	1H	2H	ALTA
Atividade	Mouve 04 membros Mouve 02 membros Mouve 0 membros	2 1 0	3	1	2	2	2
Respiração	Profunda Limitada; dispneia Apréia	2 1 0	2	2	2	2	2
Consciência	Completamente acordado Despertado ao chamado Não responde ao chamado	2 1 0	2	2	2	2	2
Circulação	PA + 20% do nível pré-anestésico PA + 20 a 49% do nível pré-anestésico PA + 50% do nível pré-anestésico	2 1 0	2	2	2	2	2
SpO2	Mantém SpO2> 92% em ar ambiente Mantém SpO2> 90% em Oz Mantém SpO2> 90% em Oz	2 1 0	2	2	2	2	2
SOMA		3	9	10	10	10	10

CONSUMO DE MATERIAS

CONSUMO DE MATERIAIS					
MATERIAL	UNID.	QUANT.	MATERIAL	UNID.	QUANT.
LUVAS Nº	PAR				
AGULHA 25 X 08	UNID				
AGULHA 40 X 12	UNID				
SCALP Nº	UNID				
SERINGA	ML	UNID			
SERINGA	ML	UNID			
CATETER DE OXIGÉNIO	UNID				
ELETRODOS P/ MONITORIZAÇÃO	UNID				
ÁGUA DESTILADA 10 ML	AMP				
PAPEL (7,5 X 7,5)	EVN				

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ALTA DA RECUPERAÇÃO

[Signature]

Anestesiólogo

HORA: _____

Paciente de alta no
SPPA recebeu visita p/
apto para exames.
Simone
Enfermagem



pronounced

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA 05/08/12

CONVÉNIO

PRONTUÁRIO 105274005

Lançamento de Agostinho

RADIANS TESTIVA & SEMINARIO

Accidents - Incidents

**DEPARTAMENTO DE SINDICATOS
DRAVAT**

9.9. FFV 2017

Comentários edicionais

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



'pronounced'

**BOLETIM DE ANESTESIA
(MAT / MED)**

PACIENTE: _____
CONVÉNIO: _____
PRONTUÁRIO: _____

SALA:
DATA:

MEDICAMENTOS

PRODUTO	UNID.	QUANT.	PRODUTO	UNID.	QUANT.	PRO
Adrenalin	Amp.		Bromibloc	Fr.		Albumina h
Aqua Bidestilada	Amp.		Cal oxidata	mg		Hemostacol
Aminofilina	Amp.		Cloridr	Amp.		Maintec 20%
Afropicina	Amp.		Dimorf	25mg		Ringer de le
Bicarbonato de Sódio	Amp.		Diprivan	Amp.		Soro fisioló
Captotax	Comp.		Dolantina	Amp.		Soro glicosa
Catalan supositorio	Unid.		Dormifred	15 mg		Soro glicosi
Cetamina	Amp.		Droperidol	Amp.		Soro fisioló
Clexane	Amp.		Etoradolato	Amp.		Soro clínico
Cloroto de Sódio 10%	Amp.		Efofol	Amp.		
Cloroto de Potássio 10%	Amp.		Efrano			
Decaduron	Fr.	100	Fenfluril	Amp.	0,1	
Dipirona supositorio	Unid.		Fenitoina	Fr.		
Fenergan	Amp.		Foraha	Ml		
Flagyl	500mg		Halotanio	Ml		
Flaxiparina	0,3ml		Injavel	Amp.		
Glicose	50%		Katalar	Fr.		
Heparina			Lanoxin	5mg		
Insulina regular	U		Marcalina isotônica	0,5%		
Kangikid	Amp.		Marcalina pesada	0,5%		
Kefazol	1g	0,2	Narcian	Amp.		
Keflin	1g	Fr.	Neocalina 0,5% c/A	Amp.		
Lasix	Amp.		Neocatina 0,5% c/A	Fr.		
Lavophos	Amp.		Puvulen	Amp.		
Liquemino	Fr.		Prustigmine	Amp.		
Nipride	Amp.		Quelcip	Fr.		
Novelgina	Amp.	0,2	Sevocris	Ml		
Plamet	Amp.		Sycociton	Amp.		
Plasil	Amp.		Sulfanta	Ml		
Profent	100mg		Sulfato de efedrina	Amp.		
Prolamina	Amp.		Tionembutal	Fr.		
Rovivan	Amp.		Triptur	25mg		
Solucofet	mg		Valurin 10mg	Amp.		Concentrado
Tilitil	20mg		Xilocaina 1% c/A	Fr.		Plasma
Tridil	mg		Xilocaina 2% c/A	Fr.		
Transamin	Amp.		Xilocaina 2% a/A	Fr.		
Zolfran	mg					
Zylum	Amp.					

MATERIAIS

MATERIAIS								
PRODUTO	UNID.	QUANT.	PRODUTO	UNID.	QUANT.	PRODUTO	UNID.	QUANT.
Lumaria	Fr.		Aguilha descartável 25x7	Unid.		Tubo ondotaqueal cf cuff nº	Unid.	
	Fr.		Aguilha descartável 40x12	Unid.	01	Tubo ondotaqueal cf cuff nº	Unid.	
	Fr.		Aguilha Insulina	Unid.		Tubo aramado nº	Unid.	
citato 500ml	Fr.		Ag. p/ raqui nº	Unid.	01	Tubo de Córnea nº	Unid.	
gco 0,9% 500ml	Fr.	05	Ag. p/ peridural nº	Unid.		Tubo Robertshaw nº	Unid.	
edo 5% 500ml	Fr.		Catéter p/ O2	Unid.	01			
salinoglic 500ml	Fr.		Catéter p/ subclávio	Unid.				
gco 0,9%, 250ml	Fr.		Elektrodos	Unid.	05			
edo 5% 250ml	Fr.		Espadrapo	Ctl.				
			Equipo fonsassensivel	Unid.				
			Equipo gotas	Unid.	01			
			Equipo microgotas	Unid.				
			Equipo p/ bomba	Unid.				
			Equipo p/ bomba flosssensivel	Unid.				
			Equipo p/ transfusão	Unid.				
			Gaze	Env.				
			Jolco	Unid.				
			Luvais nº	Prop.				
			Luvais p/ procedimentos	Par				
			Pecari	Unid.				
			Penisul-Set	Unid.				
			Pollifix	Unid.	01			
			Scalp	Unid.				
			Seringa descartável 20cc	Unid.				
			Seringa descartável 10cc	Unid.	01			
			Seringa descartável Sec	Unid.	01			
			Seringa descartável 3cc	Unid.				
			Sonda p/ aspiração nº	Unid.				
			Sonda nasogástrica nº	Unid.				
			Spinopan	Unid.				
			Troméria 3 vias	Unid.				
HEMODERIVADOS								
NOME:	UNID.	QUANT.	Xilocaina geléia	Tb.				
de hemácias			Xilocaina spray	Fr.				



FOLHA DE CONSUMO EM SALA CIRÚRGICA - II

DATA _____ / _____ / _____
CONVÉNIO _____
PRONTUÁRIO _____

PACIENTE	APTO.	LEITO
----------	-------	-------

PROCEDIMENTO

CIRURGIÃO	INSTRUMENTADOR (A)	CIRCULANTE	ANESTESIOLOGISTA
-----------	--------------------	------------	------------------

Pedir RAI forma

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	IMC 00	Médico	CHARLES DE OLIVEIRA LUZ
Acomod.	SALA 3	Regime		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	✓	✓	✓	✓
5.	Psicologia :				

MEDICAÇÃO		HORARIO
1	KETAZOL INJ FA (1G) + AD FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [6/6]	✓ 06 06 06 06
2	TRAMAL INJ (AP 100MG/ML-2ML) + S.F. 0,9 % 100ML AMPOLA - 1 AP EV [12/12] SOS	✓ 06 06 06 06
3	PROFENID INJ IV FA (100MG) + S.F. 0,9 % 100ML FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [12/12]	✓ 06 06 06 06
4	CIPIRONA INJ + AD AMPOLA - 1 AP EV [6/6]	✓ 06 06 06 06
5	RANITIDINA INJ AP (25MG/ML-2ML) + AD 10 ML AMPOLA - 1 /M EV [12/12]	✓ 06 06 06 06
6	VALIUM CP (10MG) COMPRIMIDO - 1 UN ORAL [24/24] À NOITE	✓ 06 06 06 06
7	TALA GESSADA INGUINOMALEOLAR A ESQUERDA	✓ 06 06 06 06
8	RX CONTROLE Exame Recalzado	✓ 06 06 06 06

Ass.

SAULO LUIS LOPEZ MISTURA
CRM 3587

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

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	CHARLLES DE OLIVEIRA LUZ						Número	Evolução nº 878860

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

HORA	Pressão mmHg	FR im	FC bpm	Temp. °C	Saturação %	Glic. Capilar mg/dL	SNG	Diurese ml	Dreno1 ml	Dreno2 ml	Dreno3 ml	Responsável
06/08/2016 06:52:00	130 X 70	20	89	36.2	98	0	0	0	0	0	0	Flaviana da Silva Soares COREN 943857
06/08/2016 06:52:00	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	DESCRIÇÃO DO MONITOR	HORA DESLIGADO	Responsável
		DETECTOR DE FRATURA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		

MEDICAÇÃO

HORA	DESCRÍÇÃO	DATA	QUANT	UN	RESPONSÁVEL
		0 9 FEB 2017			

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

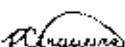
HORA	DESCRÍCÃO	RESPONSÁVEL
05/08/2016 17:00:00	PACIENTE RECEBIDO NA S.O PARA TTT CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA, VEIO DO APARTAMENTO DE MACA, CONSCIENTE, ORIENTADO, ACESSO, COM O DR. CHARLLES. REALIZADO ANESTESIA RAQUE COM O DR. ADRIANO.	Dirlene Reis de Souza COREN 392094
05/08/2016 18:00:00	TERMINO DO PROCEDIMENTO PACIENTE ENCAMINHADO PARA SRPA SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUE COM PRONTUARIO, SEGURO SOB CUIDADOS	Dirlene Reis de Souza COREN 392094
05/08/2016 18:05:00	Pcte admitido na srpa aps 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 ssw. Administrado kefazol inj fa (1g)+ad frasco ampola-1 fr ev.dipirona+ad ev.	Therezinha de Jesus Mesquita Nunes COREN 55976

EVOLUÇÃO

HORA	DESCRÍCÃO	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	CHARLLES DE OLIVEIRA LUZ	Número	Evolução nº 878860

06/08/2016
06:19:00

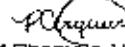

Enf. Farmácia Vilela Cerqueira
COREN 444154

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 FEV. 2017

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


Enf. Farmácia Vilela Cerqueira
COREN 444154

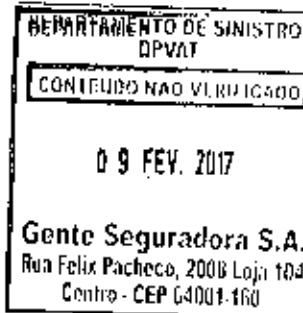
OK

PRONTOMED ADULTO			Convênio	MEDPLAN
Paciente	ANDERSON GOMES COSTA	Data	06/08/2016 10:39:28	Internado: 1 dia
Idade	21 anos	Código	1059770.06	
Peso	60,00 Kg	Altura	1,70 m	IMC
Acomod.	REGINA	Médico	CHARLLES DE OLIVEIRA LUZ	Número
			Presc. nº 1008604	Página: 1/1

1. Diagnóstico: POI DE ARTROSCOPIA DE JOELHO	18	17	16	12
2. Controle de Equipamentos / Sinais Vitais:				
3. Fisioterapia:				
4. Nutrição: DIETA ORAL LIVRE	Multiuso			
5. Psicologia:				

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
1	KEFAZOL INJ FA (1G) + AD FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [6/6]	18 18 18
2	TRAMAL INJ (AP 100MG/ML-2ML) + S.F. 0,9 % 100ML AMPOLA - 1 AP EV [12/12]	18 18 18
3	PROFENID INJ IV FA (100MG) + S.F. 0,9 % 100ML FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [12/12]	18 18 18
4	DIPIRONA INJ + AD AMPOLA - 1 AP EV [6/6]	18 18 18
5	RANITIDINA INJ AP (25MG/ML-2ML) + AD 10 ML AMPOLA - 1 AM EV [12/12]	18 18 18
6	VALIUM CP (10MG) COMPRIMIDO - 1 UN ORAL [24/24] À NOITE	18 18 18
7	TALA GESSADA INGUINOMALEolar A ESQUERDA	18 18 18
8	RX CONTROLE EXCEMVE Pediátrico	18 18 18

Ass. _____
 CHARLES DE OLIVEIRA LUZ
 CRM 5131



PRONTONED ADULTO								Convênio	MEDPLAN
Paciente : ANDERSON GOMES COSTA								Data	06/08/2016
Idade : 21 anos								Internado	2 dias
Peso : 00 Kg								Código	1059770-06
Altura : 00 m								Leito	
Médico : CHARLES DE OLIVEIRA LUZ								Número	Evolução nº 878984

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

HORA	Pressão mmHg	FR bpm	FC bpm	Temp. °C	Saturação %	Glic. Capilar mg/dL	SNG ml	Diurese ml	Dreno1 ml	Dreno2 ml	Dreno3 ml	Responsável
06/08/2016 12:00:00	110 X 80	29	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 23:03:00	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	PERÍODO DE ADMINISTRAÇÃO DIVAT	HORA DESLIGADO	Responsável
		CONTINUIDO NAO VERIFICADO		

MEDICAÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	QUANT	UN	RESPONSÁVEL
	09 FEV. 2017			

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Gente Seguradora S.A.

Rua Felix Pacheco, 2000 Lote 104

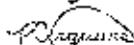
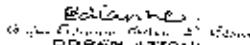
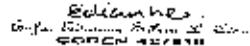
Centro - CEP 64001-160

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
06/08/2016 07:00:00	Paciente POI DE ARTROSCOPIA DE JOELHO "E", consciente, orientado, avp, diurese espontânea, respirando aa sem aporte de O2, segue sob os cuidados de enfermagem.	Flaviana da Silva Soares COREN 943857
06/08/2016 10:40:00	Paciente encaminhado para o banho em cadeira de rodas, em seguida troca do lençôes.	Flaviana da Silva Soares COREN 943857
06/08/2016 10:00:00	ADM: RANITIDINA 1AMP + AD 10ML EV.	Antônia Nathália Batista Mota COREN 555865
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 algícas segue em repouso com AVP funcionante, diurese presente e espontânea. 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	JANDERSON GOMES COSTA	Data	05/08/2016
Idade	21 anos	Internado	2 dias
Peso	70 Kg	Código	1059770.06
Altura	1,60 m	Leito	
Médico	CHARLES DE OLIVEIRA LUZ	Número	Evolução nº 878984

07/08/2016 06:18:00	<p>Em tempo:</p> <p>12:00h_Realizada curativo em FO de joelho, mantendo curtivo com aspecto limpo e seco; Utilizo: 01 SF 100ml, 03 pacotes de gazes, microporeo para fixação. Em seguida recolocado falso gessada pelo técnico Márcio. Segue sob cuidados de enfermagem. Acd de enfermagem Leidiane Andrade.</p> <p> Enf. Pharmela Vieira Cerqueira COREN 444154</p> <p>06/08/2016 17:38:00 Pharmela Vieira Cerqueira COREN 444154</p> <p> Leidiane Andrade Enfermeira COREN 444154</p>	<p> Gente Seguradora S.A. Av. Felix Pacheco, 2000 Loja 104 Centro - CEP 64001-160</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p align="center">DÉPARTAMENTO DE SINISTROS DIPVAT</p> <p align="center">CONTENDIDO NÃO VERIFICADO</p> <p align="center">09 FEVEREIRO DE 2017</p> </div>
------------------------	---	---

PRONTOMED ADULTO				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	Médico	CHARLLES DE OLIVEIRA LUZ
Acomod.	REGINA			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 ENFERMAGEM BHVAT	HORÁRIO
		CONTENDO NÃO VENDE-SE	
1	KEFAZOL 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]		
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]	Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Lote 104 Centro - CEP 64001-160	
6	VALIUM CP (10MG) COMPRIMIDO - 1 UN ORAL [24/24] À NOITE		
7	TALA GESSADA INGUINOMALEOLAR A ESQUERDA		
8	RX CONTROLE alta hospitalar		

Ass.

CHARLLES DE OLIVEIRA LUZ
CRM 5131

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

Evolução de Enfermagem

Sinais Vitais

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

Monitoramento

APARELHO	HORA LIGADO	Responsável	HORA DESLIGADO	Responsável

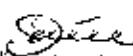
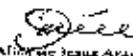
Medicação

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 algícas segue em repouso com AVP funcionante, 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

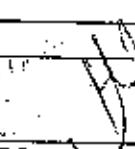
Evolução

HORA	DESCRIÇÃO	DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DPVAT	CONSELHO NACIONAL DE ENFERMAGEM CNE	RESPONSÁVEL
07/08/2016 11:28:00	ALTA HOSPITALAR  Enf. Alice de Jesus Araújo Fraga COREN 383757	08 FEVEREIRO DE 2017 Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pachoco, 200B Loja 104 Centro - CEP 64001-160		 Enf. Alice de Jesus Araújo Fraga COREN 383757

PRONTOMED ADULTO				Convênio	MEDPLAN
Paciente	ANDERSON GOMES COSTA			Data	05/08/2016 10:05:41 Internado: Ambulatório
Idade	21 anos			Código	1059770.03
Peso	70,00 Kg	Altura	1,70 m	Medico	DIEGO CAROLINO MARQUES VILMAR
Acomod.				Número	Presc. nº 1008169 Página: 1/1

1. Diagnóstico: POLITRAUMA	ACERTAMENTO DE SINAIS DPVAT
2. Controle de Equipamentos / Sinais Vitais:	CONTROLE NAO AUTOMATICO
3. Fisioterapia:	
4. Nutrição:	09-FEV-2017
5. Evolução Dilarista Intensivista:	Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104 Centro - CEP 64001-160

MEDICAÇÃO		HORÁRIO
1 SORO FISIOLÓGICO 0,9% S. FECH. ECOFLAC (FR 500ML) FRASCO - 1 FR EV	+14GTS/MIN	<i>10:05</i>
2 SORO FISIOLÓGICO 0,9% S. FECH. ECOFLAC (FR 500ML) FRASCO - 1 FR EV ACM		<i>10:05</i>
3 TRAMAL 100MG + PROFENID 100MG + SF 0,9% 250 ML, EV, +21GTS/MIN		<i>10:05</i>
4 DIPIRONA 500MG/ML - 01 AMP + AD, EV		<i>10:05</i>
5 DECADRON INJ AP (4MG/ML-2,5ML) AMPOLA - 1 AP EV ACM		<i>10:05</i>
6 TILATIL INJ FA (20MG) FRASCO AMPOLA - 1 FR EV ACM		<i>10:05</i>
7 AGUARDO EXAMES		

Ass. 
 DIEGO CAROLINO MARQUES VILMAR
 CRM 3856

PRONTOMED ADULTO		Convênio	MEDPLAN
Paciente	ANDERSON GOMES COSTA	Data	05/08/2016 10:14:11
Idade	21 anos	Internado	Ambulatório
Peso	70,00 Kg	Código	1059770.03
Altura	1,70 m	Leito	SII-LTO 1
Médico	DIEGO CAROLINO MARQUES VILMAR	Número	Evolução nº 878759

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

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

MONITOREAMENTO

DISPARELHO	HORA LIGADO	DEPOIS DE MINISTROS	HORA DESLIGADO	Responsável
		CONTENDO NAO VERIFICADO		

MEDICAÇÃO

HORA	DESCRÍÇÃO	09 FEV 2017	QUANT	UN	RESPONSÁVEL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Gente Seguradora S.A.
Rua Félix Pacheco, 2000 Laje 104
Centro - CEP 64001-160

HCRA	DESCRÍCIAO	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 RÍGIDA refer DOR INTENSA EM QUADRIL E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SSVV ESTAVEIS. Nega HAS+DM desconhece ALERGIA MEDICAMENTOSA, nega perda de consciencia, orientado, fasico respirando sem aparte de O2. Punctionado acesso utilizando 1 gelco 18+1 polifixo 2 vias +2ml de alcool+1 bola 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+ RAIO 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 cirúrgico. cc pras 15:30.	Ronildo Souza Santos COREN 1046680
05/08/2016 14:26:00	REALIZADO LABORATORIO AGUARDA ECG, REALIZADO COLOCAÇÃO DE TALA-CESSO	Viajônior - VALÔNIA DA SILVA LUSTOSA COREN PI 007328 TE

EVOLUÇÃO

HORA	DESCRÍCIAO	RESPONSÁVEL
05/08/2016 15:14:00	PCTE PERMANECE PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DR. RONILDO SOUZA SANTOS CRM-PI 1046680	DR. RONILDO SOUZA SANTOS CRM-PI 1046680



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

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 inicio de fisioterapia após. Perda do arco de movimento de +- 50 % na flexo extensão do joelho e da capacidade de deambulação por longas distâncias.

CID: S82.1 Frat da extremidade proximal da tibia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 MAIO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Charles de O. Luz
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 5131



TODA 124

Poderão ser usadas

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
3.500.234	09/03/15
NOME	
ANDERSON GOMES COSTA	
NATUAÇÃO	
ANTONIA GOMES DA SILVA COSTA	
ANTONIO JOSÉ DA SILVA COSTA	
TERESINA-PI	
CERT. NASC. 234408-L-A290-F-147	
GKP TERESINA-PI 107/Marcelo Pacheco	
TERESINA - PI	
063.080.793-08	
LEI Nº 7.118 DE 20/06/83 - DECRETO Nº 89.250/88	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 FEV. 2017

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE Deus MARTINS





ASSINATURA DO TITULAR

0580092

CARTEIRA DE IDENTIDADE

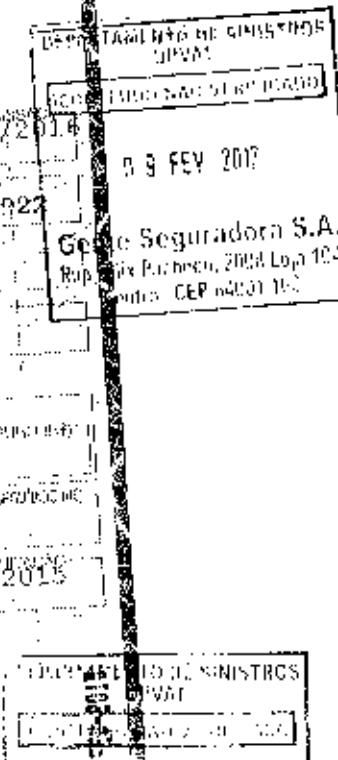
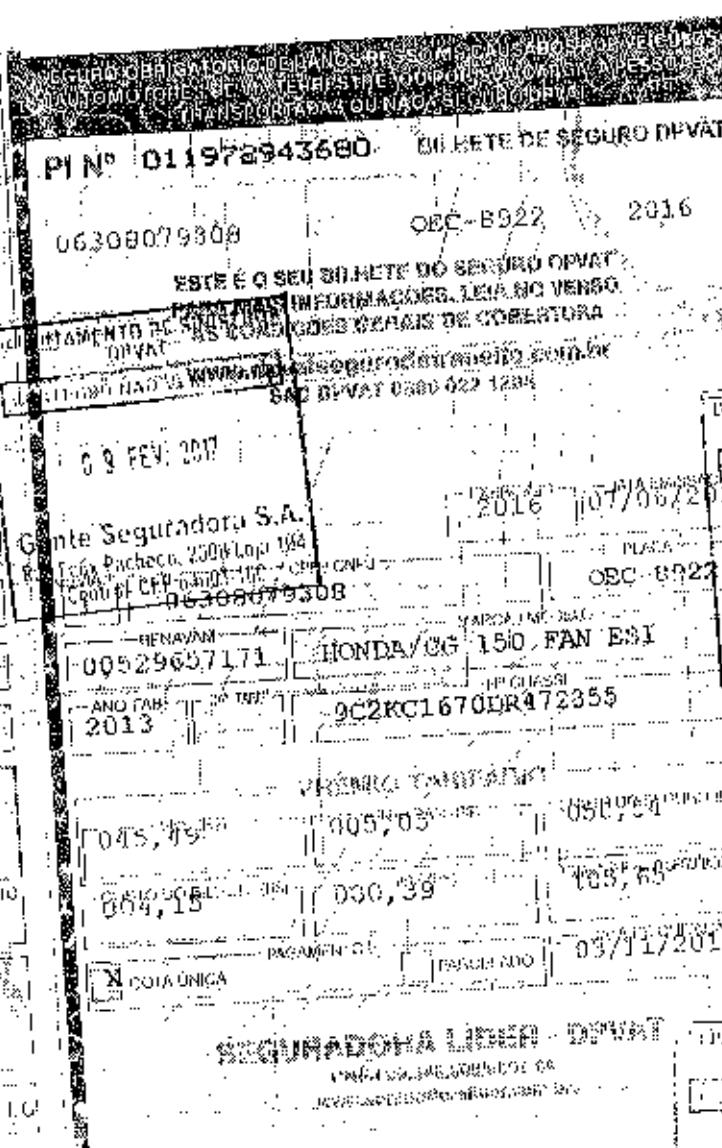
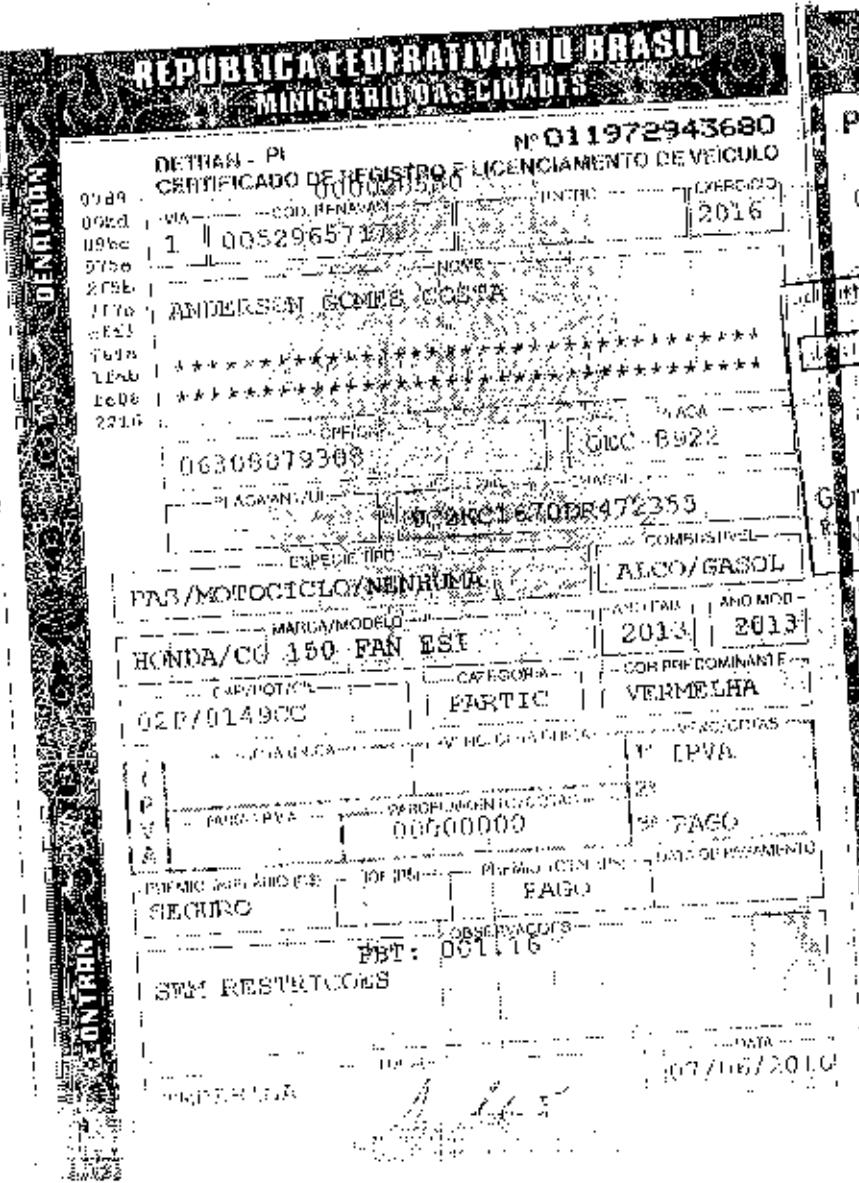
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 FEV. 2017

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





Gente Segundera S.A.)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
COSTA DA MURIAÉ 911-100 ALTO

09 FEB. 2012

Gente Seguradora S.A.
Rua Félix Pacheco, 2000 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PIS N° 011972943680		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
		ONC-8922	2016
ESTADO/MENTE/PAÍS/REGISTROS DPVAT		ESTE É O BILHETE DO SEGURO DPVAT CONTÉM NÃO EXCLUSIVAMENTE INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES E CRÍTERIOS DE COBERTURA	
		03 FEVEREIRO DE MIL E QUINZE DE MIL E TRÊS MIL E DEZ SAC DPVAT 0800 022 1214	
Gente Seguradora S.A. Av. Fefi - Patheco, 2000 Loja 104 Centro - CEP 640011100		2016 07/06/2016	
1 063090793099		PLACA ONC-8922	
RENUMAR 00529657171		HONDA/CG 150 PAN ESTI	
ANO FAB. 2013		902KC1670DR472355	
PREMIO TRIBUTÁRIO 045,49		005,05 050,54	
004,15		000,49 105,65	
ESTADO/MENTE/PAÍS/REGISTROS DPVAT		PANCELARIO 03/11/2015	
ESTADO/MENTE/PAÍS/REGISTROS DPVAT		SEGURADORA LINE - DPVAT	
03 FEVEREIRO DE MIL E QUINZE		03 FEVEREIRO DE MIL E QUINZE	
Gente Seguradora S.A. Av. Fefi - Patheco, 2000 Loja 104 Centro - CEP 640011100			

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, OSTEOSINTSE 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 repercussão funcional leve do membro inferior esquerdo
médico pericial:

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

Vitima: 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, 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, 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 inicio 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,



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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 10720323

A/C: ANDERSON GOMES COSTA

Sinistro: 3170096481 ASL-0059711/17
Vitima: 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%

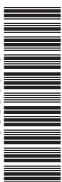
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.seguradoraslider.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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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),

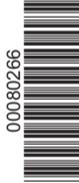
Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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 complicações.

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

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

SIM NÃO

Existindo sequela(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.

DEFÍCIT 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 sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

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.

NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSÃO 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
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 Vítimas 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 complicações.

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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(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, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Confirmação da Indenização Anexo A

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros. Se esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Anderson Gomes Costa

DOCUMENTO RG Nº 3.500 234

EXPEDIDO POR SSV / PI

EM 09/03/15

0630800793-08 / CNPJ 000000000000-00, PROFISSÃO Revisor - me

MENSAL DE R\$ Revisor NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Anderson Gomes Costa. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Lei nº 12.877/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a efetuar cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 FEVEREIRO DE 2017

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

Na reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- na conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- fio FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- fio FÁCIL operação 013 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- na POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00; ou bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento probatório dos dados bancários);
- se beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3808 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5879 - 6

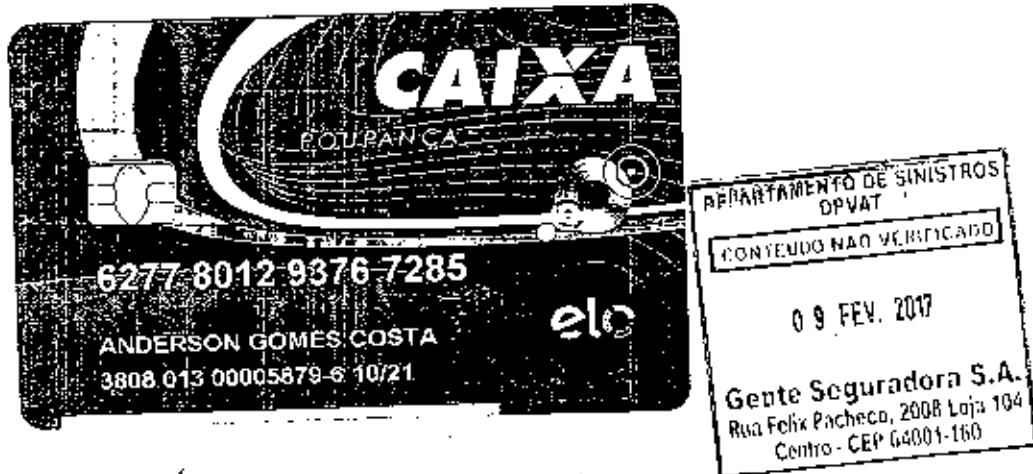
QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, FAÇO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFFRIDA INDENIZAÇÃO.

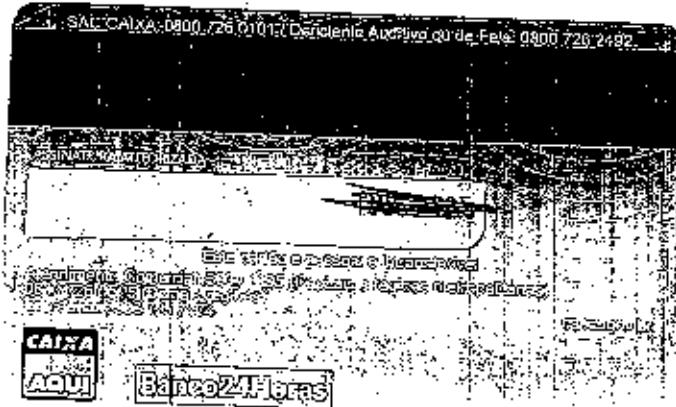
Teresina PI, 09 de Fevereiro de 17 , Anderson Gomes Costa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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 e ao paciente), 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 lei de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.

Para mais informações sobre o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradora.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JOÃO ANTONIO LEITAO, Nº:

Complemento

Data/Hora

05/08/2016 - 07:45

Bairro

PIÇARREIRA

DEPARTAMENTO DE MINISTROS
DPMAT

CONTENDO NÃO VERIFICADO

09 FEB. 2017

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-150

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolt.: VÍTIMA/Noticiante

Nome: ANDERSON GOMES COSTA

RG: 3500234 SSPPI 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 VÍTIMA 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 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. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Anderson Gomes Costa
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 063.080.793-08, residente e domiciliado na Rua Cap. Adão Corvalho 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
() 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.

DÉPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTENDIDO NÃO VERIFICADO
09 FEVEREIRO DE 2017
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 200B Loja 104 Centro - CEP 64001-160

Anderson Gomes Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Teresina - Piauí 09/02/17

Local e data

PRONTOMED ADULTO

Rua Paissandu, 1842 - Centro - Terasina-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 Terasina/PI
 Telefone 8699817792

Código 1059770.03
 Plano INDIVIDUAL
 Matrícula 20539000
 Sexo Masculino
 E.Civil Solteiro(a)
 Idade 21 anos
 CI 3500234/SSPPI
 CPF 06308079308
 Alergia Alergias não info.
 Médico Diego Caroline Marques Vilmar

— Atualizado em 05/08/2016 09:46:00
 Recepção ANAPB
 Guia 67101305
 Local consultórios (02)
 Tipo 4
 Validade / /
 Ult. Pago / /
 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

HORARIODEPARTAMENTOS DE ATENDIMENTOS
BIVAT

CONTROLE NAO 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

~~Descreva paciente: Observação~~
 O paciente é um homem de 21 anos.
 O paciente é um homem de 21 anos.
 Ass. Médico(a)

Imp. Consulta Emerg.

Modelo: FPQA

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 10/01/16

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: 00000005879-6

Nr. da Autenticação E861288C7290D883