



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



343071

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000129/2017-80

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 16/01/2017 - 07:46

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

OUTROS

Município

BARRAS

Endereço

RUA GENERAL TAUMATURGO DE AZEVEDO, Nº

Complemento

DADOS DA OCORRÊNCIA

336069

Data/Hora

01/10/2016 - 07:40

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

DETRAN

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE BARBOSA SANTIAGO

RG: 2.885.756 SSP/PI

Mãe: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO

Pai: ANTONIO PEREIRA SANTIAGO

Endereço: LOCALIDADE HA MAIS TEMPO, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O notificante informa que no dia 01/10/2016 às 07h30min, o mesmo caminhava pela rua general taumaturgo de Azevedo, centro desta cidade de barras-pi QUE ao chegar próximo ao DETRAN desta cidade de barras-pi, foi atropelado por uma motocicleta não identificada vindo a causar queda do mesmo; QUE após o acidente o notificante foi socorrido por terceiros até o hospital leonidas meio nesta cidade de barras-pi, onde o notificante foi examinado e submetido a raio-x do joelho direito sendo constatado fratura, sendo encaminhado para o HUT hospital de urgência de Teresina-pi, onde foi submetido novamente a raio-x do joelho direito sendo constatado fratura, sendo submetido a cirurgia de joelho fraturado sendo medicado e liberado, era o que tinha a declarar.

Geraldo Magela Veras Neto - Mat. 2661941
AGENTE DE POLÍCIA

Jose Barbosa Santiago
JOSE BARBOSA SANTIAGO - Notificante
Responsável pela Informação

Os originais estão no
ASL - 0052260114

Delegado de Polícia

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



0004

Inscrição

Eu, José Barbosa Santiago, portador da carteira de identidade nº 2.685.756 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031.853.263-85 residente e domiciliado na localidade há mais tempo, zona rural Cidade Barras 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:

- (X) 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 concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discordar do conteúdo.

José Barbosa Santiago

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Barras 03/02/17

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Barbosa Santiago, portador da carteira de identidade nº 2.689.756 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031.853.263-85, residente e domiciliado na localidade da mais Tempo, Zona Rural Cidade Barras, 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:

(X) 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

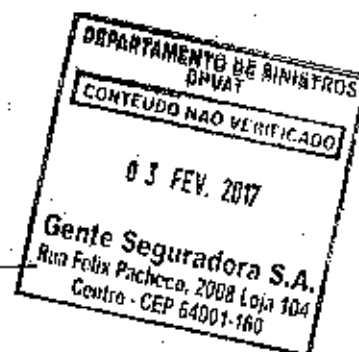
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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 nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discordar do conteúdo.

José Barbosa Santiago

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Barras 03/02/17

Local e data



HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO
PRAÇA MONSENHOR BOZON, 210,
CENTRO, BARRAS/PI - 64100-000
CNPJ: 06553564000219
(86) 3242-1336 (86) 3242-1336

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P030860
Data: 01/10/2016
Funcionário: CHAGUINHA

Registro: 9120
Hora: 07:57:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 9

JOSE BARBOSA SANTIAGO

Nasc.: 22/07/1987 Idade: 29 ANOS, 3 MESES, 10 DIAS Profissão:
End.: Q-02 C-08, 0 - Bairro: PAQUETA Cidade: BARRAS/PI
Cor: Telefone: () Mãe: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO Pai: ANTONIO PEREIRA SANTIAGO

SUS: 206211208260002

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64100

Clínica: **ENFERMAGEM** Documento: 3 - MEDICO PLANTONISTA
Responsável: JOSE BARBOSA SANTIAGO - O MESMO

Temp.: °C Peso: Kg



Procedimentos

01/10/2016 7:57 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO ME

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

*RL MÚLTIPLO ATROFIA MÚLTIPLO
PI NOVO CUSTO*

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

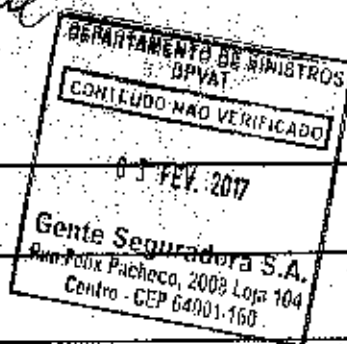
*Varicela Pálida ☒ ER 1970
Sintoma ☒ TOXICO ☒*

Medicação:

*O Colágeno 10 mg
Oximetazolina 1ml*

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico



*Transfusão PAM
HUT*

Transferência do Smeis CUSTO

*Dr. Wellington José de Almeida
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM-PI 1493
R. 133-00*

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: 20/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BARBOSA SANTIAGO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000027405-5

Nr. da Autenticação C7099BBA964D361D

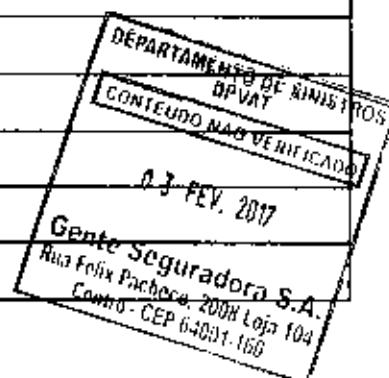


Documento de Identificação

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIAEu, José Barbosa SantiagoRG nº 2.685.756, data de expedição 15/05/07, Órgão SSP/PE

CPF nº 031.853.263-85, 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>localidade Ha mais tempo</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Barras</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.100-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86)99982.3093</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Barras 03/02/17Assinatura do Declarante: José Barbosa Santiago

Número de Fatura: 000918971

JUNHO/2016

01/07/2016

94

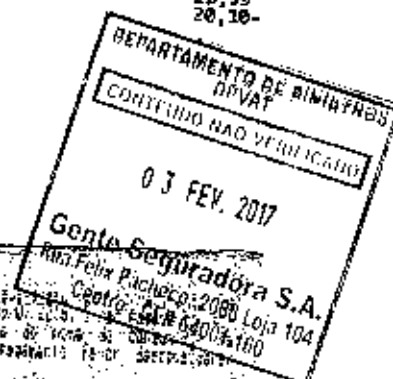
38,39

IRISMAN BARBOSA SANTIAGO
LC HA MAIS TEMPO S/M B-RURAL
CPF: 00000357915356
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 138.313.16.81.031099

Consumo	1743	24/06/2016
Antecipado	1649	24/05/2016
Consumo atualizado	1.000	25/07/2016
Consumo mínimo	94	24/06/2016
Consumo máximo	94	24/06/2016
NORMAL		31
FCAH		

RESID. BX. RENDA	HONO	AG8729	1.4.1.1	70
MAR/16	88	CONSUMO	30 A R\$ 0,204592 =	6,14
ABR/16	73		64 A R\$ 0,350887 =	22,45
MAR/16	66	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,91
FEV/16	69	DIFERENCA DE TAXA		26,99
JAN/16	74	SUBVENCAO BAIXA RENDA		20,10
DEZ/15	76			
NOV/15	70			
OUT/15	69			
SET/15	76			
AGO/15	60			
TOTAL DO MÊS: 0,142356				
TOTAL DO ANO: 0,260376				



Mes/Ano 05/2016

valor R\$ 35,13

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO EM Nossos canais de atendimento. EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS

5074.F70F.39DA.5B12.F000.7726.BBB6.41A6

Consumo	14,15	Consumo mínimo	55,50
Antecipado	20,81	Consumo máximo	20,00%
Consumo atualizado	1,91	Consumo mínimo	11,11
Consumo mínimo	4,49	Consumo máximo	0,55
Consumo máximo	14,22	Consumo mínimo	2,56



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARANÁ
Av. Marquês 250 - Centro - Curitiba - PR
CNPJ: 06.967.800/0001-91 - Inscrição Estadual: 13.001.160-5
Nº de Matrícula Fiscal: 001072501
Inscrição Municipal de Contribuinte: 00000000000000000000

Nº da Nota Fiscal: 001072501

Abril - Serviço de Energia Elétrica - TSE Distribuição
geral - 11/12/2016 - 21/01/2017

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2016	03/01/2017	894	624,61

MARIA DO CARMO PROCEEDNIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 17.001.02.42.127600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Ativ:	73735	Ativ:	27/12/2016
Anterior:	72841	Anterior:	25/11/2016
Consumo de Medição:	1,000	Processo:	25/01/2017
Consumo Global:	894	Consumo:	27/12/2016
Consumo Faturado:	894	Apresentação:	27/12/2016
	NORMAL		32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Tipologia	Município	Estado	Código de End.	Município
RESIDENCIAL	TRI	0109688		1.1.1.3	904

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
NOV/16 875	CONSUMO 894 A R\$ 0,698017 = 570,38
OUT/16 832	CONTR. ILUMINAÇÃO P.B. (COSIP) 39,73
SET/16 957	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 10/16-00 0,69
AGO/16 777	MULTA POR ATRASO 10/16-00 10,36
JUL/16 802	JUROS DE MORA DE IMPO 10/16-00 3,45
JUN/16 973	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,06
MAI/16 809	
ABR/16 957	
MAR/16 1042	
FEV/16 844	
TOTAL kWh 73735	
8 A 894 - 0,698017	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTUDO NA VERIFICAÇÃO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Pacheco, 2008 Loja 104
CEP 64001-160

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 11/01/2017. O não pagamento desta fatura acarretará a inclusão do nome do consumidor no SERASA, caso tenha afetado o pagamento favor desobrigar este aviso.
11/2016	652,71	

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CAMC. A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. EXAR/2016
RESERVISTA, CUMPA O SEU DEVER APRESENTANDO-SE DE 09 A 16 DEZ/2016
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS R\$	
2760.5111.352E.AE6F.59AE.02F0.UAAB.0C02		144,03		570,38	
Distribuição	176,90	Imposto de Renda	25,00%	Valor do IPI	142,53
Energia	21,33	Valor do PIS	5,41	Valor do COFINS	25,03
Transmissão	55,03				
Iluminação	173,03				
Miscelâneas					

INDICADORES DE CONTINUIDADE

4,83 9,67 19,34 3,17 6,35 12,70 2,69
0,00 0,00 0,00

TERESINA-MACAUBA

10/2016 202,95

ROT: 17.001.02.42.127600

Eletrobras
Distribuição Paulista

SEU CÓDIGO
0957468-9

TOTAL A PAGAR - R\$
624,61

MES FATURADO
12/2016

VENCIMENTO
03/01/2017

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARANÁ
Av. Marquês 250 - Centro - Curitiba - PR
CNPJ: 06.967.800/0001-91 - Inscrição Estadual: 13.001.160-5

Nº da Nota Fiscal: 001072501 FCAM

836400000000 0 24610017000 9 000000000957 1 46891216008 1



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

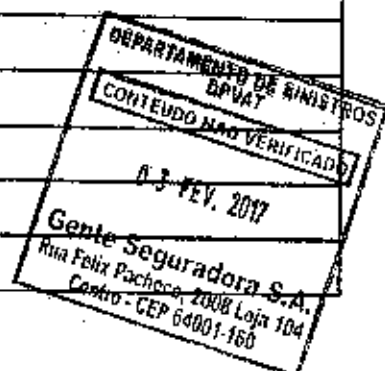


Eu, José Barbosa Santiago

RG nº 2.685.756, data de expedição 15/05/07, Órgão SSP/PJ

CPF nº 031.853.263-85, 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>localidade Ha mais tempo</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Barros</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.100-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99982-3093</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Barros 03/02/17

Assinatura do Declarante: José Barbosa Santiago

Elétricas Distribuição S/A

Para conferir dados
de consumo, ligue para
0800 000 000

Nº de Medidor 000918871

A Gerência de Medição e Controle - 1505-0000
e-mail: gmc@eltricas.com.br

IRZMAR BARBOSA SANTIAGO
LC HA MAIS TEMPO S/N R-RURAL
CPF: 00000357915356
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 138.313.16.81.031099

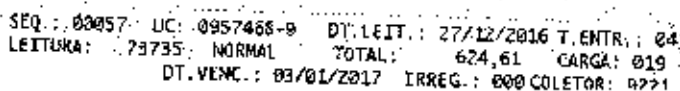
Ativ.:	1745	Ativ.:	24/06/2016
Appl.:	1549	Appl.:	24/06/2016
Consumo de Energia:	1.000	Consumo de Energia:	24/06/2016
Consumo de Água:	94	Consumo de Água:	24/06/2016
Consumo de Gás:	94	Consumo de Gás:	24/06/2016
	FCAM		

MAR/15	85	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTO)	22,45
ABR/15	79	DIFERENÇA DE TAXA	2,91
MAY/15	85	SUBVENCAO BAIXA RENDA	28,98
JUN/15	68		20,10
JUL/15	74		
AUG/15	70		
SET/15	69		
OCT/15	78		
NOV/15	60		
DEZ/15	60		
JAN/16	60		
FEB/16	60		
MAR/16	60		
ABR/16	60		
MAY/16	60		
JUN/16	60		
JUL/16	60		
AUG/16	60		
SET/16	60		
OCT/16	60		
NOV/16	60		
DEZ/16	60		

DEPARTAMENTO DE INÍSTRAS
OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
03 FEV. 2017
Gente S.A.
104

Consumo de Energia	5974,770F	Consumo de Energia	5974,770F
Consumo de Água	390A-5812	Consumo de Água	390A-5812
Consumo de Gás	772A-8800	Consumo de Gás	772A-8800
Consumo de Luz	411A	Consumo de Luz	411A
Consumo de Calor	13,15	Consumo de Calor	13,15
Consumo de Vento	20,81	Consumo de Vento	20,81
Consumo de Chuva	1,91	Consumo de Chuva	1,91
Consumo de Neve	4,40	Consumo de Neve	4,40
Consumo de Terra	14,22	Consumo de Terra	14,22
Consumo de Ar	55,58	Consumo de Ar	55,58
Consumo de Fogo	20,00%	Consumo de Fogo	20,00%
Consumo de Água	11,11	Consumo de Água	11,11
Consumo de Gás	8,55	Consumo de Gás	8,55
Consumo de Luz	2,56	Consumo de Luz	2,56

2015



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maia do Carmo Proedonio da Silva, portador(a) do

RG nº 1.457.994, expedido por SSP/PF, em

13/07/13, CPF/CNPJ nº 703.754.703-44,

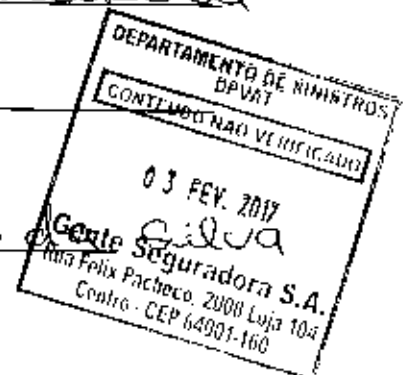
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José Barbosa Santiago do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima José Barbosa Santiago, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

Documentos comprobatórios: Revisor

Maia do Carmo Proedonio da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

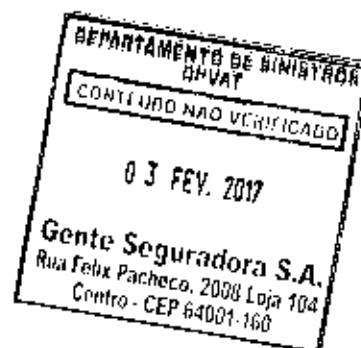


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Comprovante de residência



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Jose Bezerra Santiago

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421009

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
SÉC. DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

corredor5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE BARBOSA SANTIAGO		421779	29	Ortopédica	corredor		
DATA/MORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
01/10/2016	FRAT JOELHO					10:30 (Alb. hospitalar) a enfermeiro médico. R. 306.335	
02/10/16							
1	Dieta oral livre						
2	Gelco salinizado						
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
5	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
7	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN						
8	Cuidados gerais e sinais vitais						
9							
<i>[Assinatura]</i> Dr. Ricardo S. Valença / Ortopedia e Traumatologia / CRM 3467 TE0131911 <i>[Assinatura]</i> Dr. Paulo V. L. Pessoa Filho / Ortopedia e Traumatologia / CRM 3766 TE0131905							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

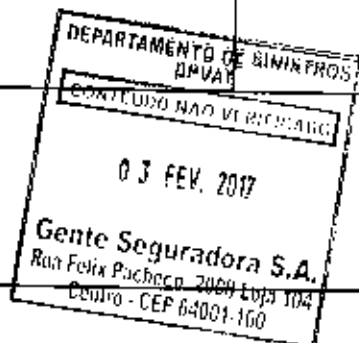
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Jose Baylson Santiago</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>RM de abd - todos</i>		
Operação - Tipo <i>prostatectomia</i>		
Cirurgião	1º Assinante	2º Assinante
Instrumentador(a)	Anestesista <i>Dr. Bloco</i>	Anestesia <i>Raqui anestesia</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>02/30/2016</i>	Início <i>16:35</i>	Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Ant D y 10h 00min
outro: 10h 00min
Anestesia + 10h 00min
em 2h 00min
prostatectomia
tempo + Anestesia + 10h 00min*



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

174181

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/10/16

NOME DO PACIENTE: <i>Dr. Bráulio Santos</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>491775</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Obstetria</i>	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <i>06</i>
CIRURGIÃO: <i>Uofe</i>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>Jackson</i>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N:24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <i>7.0</i>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <i>7.5</i>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTO DE KINSTRON	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	150	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		<i>Eupom</i>		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Algodão ortopédico</i>		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON N:2.0 unid		01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Conceição</i>			
PROLENE							

* Sala:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO - SRPA

NOME José Barbosa Santiago IDADE anos DATA 01.10.2016
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL
 CIRURGIA REALIZADA prot. patela CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	98/58	146/65
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	76	81
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	100%	99%
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Adelino</u>	<u>Adelino</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2
Movimenta dois membros	1	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1
Tem apnéia	0	0
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2
Desperta, se solicitado	1	1
Não responde	0	0
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

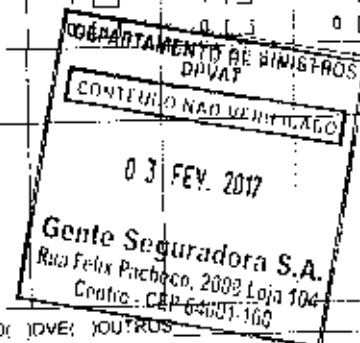


TOTAL 09

ESCALA DE DOR ALTA



ASS. 77



OBJETIVOS () Sonda vesical () Sonda naso/oro () Dreno de sucção () Colostomia () Dreno torácico () DVE () OUTROS
 EVOLUÇÃO: VOLUME / ASPECTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

17:30h: Admissão na SRPA, em PDI - prot. patela, sob efeito de raque. Condição: orientado, consciente, respirando, saturação, hemodinamicamente estável, sem quadro.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () QUEIM. CLÍNICA: () PED DORT () NEU () CIR () MED



174101

Ordem Emissor: 8221100001

AIH : 221610164647-3
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

NASCIMENTO
22/07/1987

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORI DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

JOSE BARBOSA SANTIAGO

D.LIBERA: 04/10/2016
PROCED.: 0408050527 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FI
OP. STST: WELLINGTON
CID : S820

01/10/2016

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

5828856

174101

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	JOSE BARBOSA SANTIAGO	6 - Prontuário:	421779
7-CNS:	206611208260002	8-Nascimento:	22/07/1987
9-Sexo:	Masculino	RG:	2685756 - SSP-PI
11-Mãe:	MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO	12-Fone:	86-99568-1778
13-Resp:	THAIS	14-Cor:	Parda
15-Ende:	RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - CEP. 64100-000	17-Cod. IBGE:	220120
16-Munic:	BARRAS	18-UF:	PI
		19-CEP:	64100-000

COM BOLETIM CIR/ANEST

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
Doente com fratura exposta de patela

21 - Condições que justificam a internação:
fratura

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:
Fratura da rótula (patela)

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24-Cod.Proced.: 0408050527	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA
25-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 877.154.063-68
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FRANCISCO DAS CRAGAS BARBOSA SOUSA	34-Data Solicitação: 01/10/2016

Dr. Francisco das Cragas Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 30220

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	37-() Acidente Trabalho Típico	38-() Acidente Trabalho Trajeto
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 04/10/16	48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): José Francisco das Cragas Barbosa Médico Assistente: ORTO/TRAUMATOLOGIA CPF: 877.154.063-68 (15 20242590030005) 51-Assinatura Paciente ou Responsável: <i>*Thais de Alencar Freitas</i>
--	----------------------------------	----------------------------------	--------------------	---

01/10/2016 17:10:08



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tello 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CUPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE BARBOSA SANTIAGO** (Prontuário: 421779)
Endereço: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 22/07/1987 Idade: 29a:4m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 572630
Requisição: 681124 Solicitação: 01/10/2016 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 851053 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 01/10/2016

JOELHO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na patela.
- Aumento de volume de partes moles do joelho.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/11/2016



VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104
Craha - CEP 64001-160



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-07

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE BARBOSA SANTIAGO** (Prontuário: 421779)
Endereço: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 22/07/1987 Idade: 29a:4m:5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 174181
Requisição: 681249 Solicitação: 01/10/2016 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 851220 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 224

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 01/10/2016

JOELHO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA RECENTE NA PATELA FIXADA COM FIOS METÁLICOS EM BANDA DE TENSÃO.
- AUMENTO DE VOLUME E BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO EM PARTES MOLES.

(RENAN

TERESINA - PI 27/11/2016



CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



RELATÓRIO MÉDICO



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

Declaramos que o Sr. José
Barbosa Santiago, foi vítima de acidente
de trânsito, fato ocorrido em
03.10.16, tendo sofrido forte trauma
que resultou em fratura da costela e rompimento
dos ligamentos da articulação, foi tratado
cirurgicamente através de osteossíntese
com placas e parafusos e fios
de sutura, com colocação de
fio de sutura, com alta definitiva
com comprometimento funcional
de 90%

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

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

08/03/17

Edimar

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

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1584-P1 - CRM: 2660-MA
9333-0529/9532-1987/9827-3738

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

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Jose Beatriz Santiago

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.009

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3279 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - RE

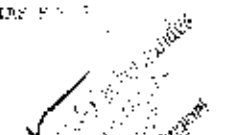
DADOS DO PACIENTE:

DADOS DO PACIENTE:		Prontuário: 421779	
Nome: JOSE BARBOSA SANTIAGO			
Mãe: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO		Pai: ANTONIO PEREIRA SANTIAGO	
End. Resid.: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES Nº48 - BOA VISTA - BARRAS - PI - CEP: 64100-000			
Nascimento: 22/07/1987	Idade: 29a:3m:9d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99548-1778
Responsável: THAIS		CNS: 20661108280002	
Profissão: PEDREIRO		Documento: RG: 2-85756 - SSP-PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Casado	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 572630	Data: 01/10/2016 12:14:14	Condução: 101 - 102 - 103 - 104 - 105 - 106 - 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 879 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 889 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 9
-----------------------	----------------------------------	--

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:			
Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
DOB E IMOBILIZADO EM NIT POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NENHA ALERGIA E... 		SANSÃO SILVA DOS SANTOS COREN 306248 PI EM: 01/10/2016 12:23:56	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: _____:_____)

Preemie Follow

Active infant

into per eye cup

PA _____ X _____ mmHg Pulso: _____ bpm Temp _____

Diagnosis (check):

[Stamps: RECEIVED, FEB 1968, MEDICAL DEPARTMENT]

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA: :	Procedimento	CID
-----------------	------------	--------------	-----

Thais de Oliveira Lima
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
SÉRIE DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

corredor5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
SB BARBOSA SANTIAGO	421779	29	Ortopédica	corredor		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
01/10/2016	FRAT JOELHO					10:30 Alta hospitalar a critério médico. R. Medeiros R. 366-235
02/10/16	DEPARTAMENTO DE ADMISSÃO DIPUT CONTINUAÇÃO VERIFICADA 03.FEV.2017 Gente Seguradora S.A. Rua Fátima, 2000 Loja 104 Centro - CEP 64001-160					
1	Dieta oral livre					
2	elco salinizado					
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h					
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					
5	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs					
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N					
7	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN					
8	Cuidados gerais e sinais vitais					
9	<i>[Handwritten signature]</i> DEPARTAMENTO DE ADMISSÃO DIPUT CONTINUAÇÃO VERIFICADA 03.FEV.2017 Gente Seguradora S.A. Rua Fátima, 2000 Loja 104 Centro - CEP 64001-160					
Guardião (Compartilhado) / Dr. Yuri J. Silva / Dr. Fernando Costa de Oliveira / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia						
NR415-TEC/10029	CRM/PI208	CRM/PA07-100711915	CRM/PA07-100711305	CRM/PA07-100711307		



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Chirurgião

2^o Assinante

Instrumentador(a)

Anestesiata

Anestésico(a)

Data da Operação

Info

Flora

Diagnóstica Pós-operatório

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTO DE RINIFROS
PRVA

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

03 FEB 2017

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2000 - Lujm 100
Centro - CEP 64001-100

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

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

окупано, 6660 тона

1 dollar & 10 cents

car 2 1/2 hours

Arborescences of
ferns + herbs + woods

[Faint handwritten notes at bottom left]

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

174181

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/11/2016

NOME DO PACIENTE: <i>João Brício Santos</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>491779</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Quimioterapia</i>	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <i>06</i>
CIRURGIÃO: <i>U. G. F.</i>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>JACKSON</i>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N:24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTO	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	150	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 100CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		<i>Eupom</i>		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Algodão ortopédico 03</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON N:2.0	unid	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Concicao</i>			
PROLENE							

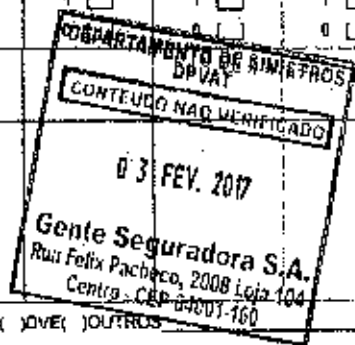
* Sala:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO - SRPA

NOME José Barbosa Santos IDADE anos DATA 01.10/2016
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17h às 20h TIPO DE ANESTESIA () GERAL () CIRÚRGICA () BLOQUEIO () PERIDURAL
 CIRURGIA REALIZADA Prot. patela CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>98/58</u>	<u>116/65</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>76</u>	<u>84</u>
SATURACÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME MATRÍCULA	<u>Adelino</u>	<u>Adelino</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Está alerta e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	09		
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	78		



OSFOS () SONDA VESICAL () SONDA NASO / ORO () DRENO DE SUÇÃO () COLOSTOMIA () DRENO TORÁCICO () DVE () OUTROS
 IRRADIAÇÃO: VOLUME / ASPECTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

17:30h. Admissão na SRPA, em PDI - Prot. patela, sob efeito de roque. Condição ontorio, fsc.
 co. Suprimento respiratório, hemodinamicamente estável, sem quadro.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGIA

EXAMINAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED MORT () NEU () CIR () MÉD



174101

Órgão Emissor: R221100001

AID: 221610164647-3
UNI: H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

JOSE BARBOSA SANTIAGO

NASCIMENTO
22/07/1987

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - I

3-Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

B.LIBERA: 04/10/2016

ST. LAUDO: 01/10/2016

PROCED.: 0408050527 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA RÔTULA POR F

OP.SIST: WELLINGTON

CID: 5820

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

5828856

174101

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	JOSE BARBOSA SANTIAGO	6 - Prontuário:	421779
7-CNS:	206611208260002	8-Nascimento:	22/07/1987
9-Sexo:	Masculino	RG:	2685756 - SSP-PI
11-Mãe:	MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO	12-Fone:	86-99548-1178
13-Resp:	THAIS	14-Cor:	Parda
15-Endere:	RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - CEP: 64100-000	16-UF:	PI
16-Munic:	BARRAS	17-Cod. IBGE:	220120
		18-CEP:	64100-000

COM BOLETIM CIR/ANEST

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

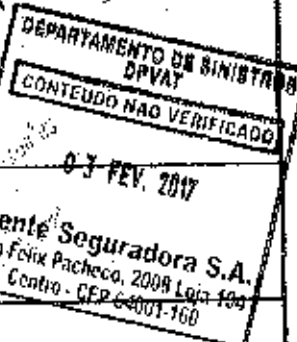
21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da rótula [patela]

5820



PROCEDIMENTO SOLICITADO

1-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:	0408050527 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA RÔTULA POR FIXAÇÃO INTERNA
2-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 877.154.063-68
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA 01/10/2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	37- () Acidente Trabalho Típico	38- () Acidente Trabalho Trajeto
39- () Acidente Trabalho Trajeto	40- () Acidente Trabalho Típico	41- () Acidente Trabalho Trajeto
42- () Acidente Trabalho Típico	43- () Acidente Trabalho Trajeto	44- () Acidente Trabalho Típico
45 - Vínculo com a Previdência:	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado	

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 04/01/16
48-Documento:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52-Data Assinatura: 04/01/16



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

RUA Dr. Otlo Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE BARBOSA SANTIAGO** (Prontuário: 421779)
Endereço: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 22/07/1987 Idade: 29a:4m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 572630
Requisição: 681124 Solicitação: 01/10/2016 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 851053 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 01/10/2016

JOELHO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na patela.
- Aumento de volume de partes moles do joelho.

(LUS CEZAR)

TERESINA - PI 28/11/2016



VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

[Handwritten signature and notes]



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE BARBOSA SANTIAGO** (Prontuário: 421779)
Endereço: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - BARRAS - PI CEP: 84100-000
Nascimento: 22/07/1987 Idade: 29a:4m:5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 174181
Requisição: 681249 Solicitação: 01/10/2016 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 861220 Convênio: S.U.S. CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 224

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 01/10/2016

JOELHO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA RECENTE NA PATELA FIXADA COM FIOS METÁLICOS EM BANDA DE TENSÃO.
- AUMENTO DE VOLUME E BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO EM PARTES MOLES.

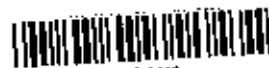
(REMAN)

TERESINA - PI 27/11/2016



CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-66 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Manoel Antonio de Oliveira
Médico Ortopedista
CRM PI 1341
Especialista em Ortopedia



0012

0012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - IDAD DE DEUS DIAS FILHO

ASSINATURA DO TITULAR

IDENTIDADE

JOSE BARBOSA SANTIAGO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.685.756 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/07/1987

JOSE BARBOSA SANTIAGO

FILIAÇÃO MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO ANTONIO PEREIRA SANTIAGO

NATURALIDADE BARRAS-PI 22/07/1987

DOB. CRISTO CERT. NASC. 7079 L 07A F 121 EXP BARRAS 16/12/93

CPF TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28/05/68 - DECRETO Nº 89.250/68

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTINUAÇÃO DE REGISTRO

03 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.

Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104

Centro - CEP 64001-100

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTINUAÇÃO DE REGISTRO

03 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.

Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104

Centro - CEP 64001-100

CÓDIGO DE CONTROLE

F8D2.6780.A212.C4A6

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:40:44 do dia 09/03/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro do Pessoa Física

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

031.353.263-85

Nome

JOSE BARBOSA SANTIAGO

Nascimento

22/07/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Cartão de Identificação de IMI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTUDD NAO VENCIDO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Lota 104
Centro - CEP 64001-160

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTUDD NAO VENCIDO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Lota 104
Centro - CEP 64001-160

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - IODE DE DESENHOS
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTUDD NAO VENCIDO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Lota 104
Centro - CEP 64001-160

REGISTRO DE SINISTROS
1.457.994
DATA DE EMISSÃO 13/07/13
MÁRIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
MÁRIA HELENA DA SILVA
LUIZ PROCEDOMIO DA SILVA
MIGUEL ALVES-PI
DATA DE NASCIMENTO 10/09/1971
CERT. NASC. 24166 L 51 F OIV
EXP MIGUEL ALVES-PI 01/07/05
703.754.703-4
LEI Nº 7.175 DE 26/08/03 - DECRETO Nº 68.350/03



2 085 756

JOSE BARROSA SANTIAGO

MARIA ANTONIA BARROSA SANTIAGO
ANTONIO PEREIRA SANTIAGO

72 407 11892

7979 L 07A F 121

15/12/93

DEPARTAMENTO DE RINOTRÓFOS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-150

DEPARTAMENTO DE RINOTRÓFOS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-150

CODIGO DE CONTROLE
PROJETO 0212 C-448

A presente certidão é emitida em conformidade com o disposto no Regulamento de Registro de Propriedade Imobiliária do Estado de Pernambuco.

Características da área de terreno:

Correspondente a 0,00000000 ha.

Situação da área: 0,00000000 ha.

Área total: 0,00000000 ha.

Área útil: 0,00000000 ha.

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA

Receita Federal

Secretaria de Fomento Rural

SECRETARIA DE FOMENTO RURAL

021 052 251-85

JOSE BARROSA SANTIAGO

Ass. Técnico

28/07/2017

VALIDADE DA CERTIDÃO: 01/08/2017



03 FEB. 2007
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2000 Lote 104
Centro - CEP 64001-100
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
03 FEV. 2017
Seguradora S.A.
Rua ...
Pacheco, 2000 Lote 104
CEP 64001-100



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170185842

Cidade: Barras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Data do acidente: 01/10/2016

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: EF: COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D - FLEXAO DE 13 GRAUS ,COM PERDA DE 7,15 %.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 01 /10 /2016 COM HD FRATURA DE PATELA D.
FEITO OSTEOSINTESE EM PATELA D DIA 01/10/16.
FEZ 10 SESSOES DE FISIOTERAPIA.
JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/05/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual do joelho devido a limitação residual da flexão articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Edmar de Souza Lima Junior

CRM do médico: 2313

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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 terceiro, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Barbosa Santiago

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.685.756 EXPEDIDO POR SSP/PJ EM 23/05/14

CPF 031853263-89 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ Delus (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Barbosa Santiago AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir 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.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LULA VERIFICADO;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do 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/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 31136 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00027409-5

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

Barras 06 de Junho de 17
LOCAL E DATA

José Barbosa Santiago
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 na data do acidente), 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 tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

130-7350520-2

10/04/2007

HORA DA: 08:27:07

101. 10.020017-0

IFRM 042050

LOCALIDADE: BARRAS

AN. VINCULADA: 3436

SALDO PARA CANCELAMENTO

INFORMAÇÃO: 1005-0

OME: JOSE BARROSA SANTIAGO

MOVIMENTOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA LIMITE

SALDO

03/04

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA LIMITE

SALDO

03/04

RESUMO EM 03/05

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

130-73705253-2

13 VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 JUN. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

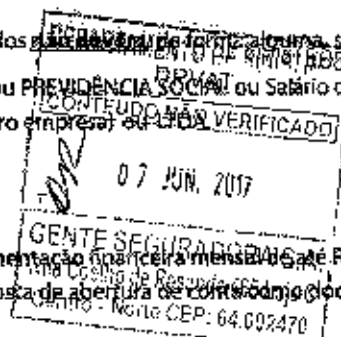
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE BARBOSA SANTIAGO
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.685.796 EXPEDIDO POR SSP/PT EM 23/05/14
CPF 031863263-89 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ Recluso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE BARBOSA SANTIAGO AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir 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.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LULA VERIFICADO;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do 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/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 31136 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00027109-5

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

Barras 06 de Junho de 17 JOSE BARBOSA SANTIAGO
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 na data do acidente), 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 tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 3.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurostransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

13/05/2012

HORA DE 08:27:07

16.022017-9

1991 042000

LOCALIDADE: BARRAS

NO. VINCULADA: 3436

VALOR LIMITE 5443,00

DESA 0002 400-0

NOME: ROSE MARCOSA SANTIAGO

DEPOSITOS REALIZADOS ATE 07/05/2012

DATA LIMITE	SALDO
20/04	

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 08/05/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DATA LIMITE	SALDO
20/04	

VALOR EM 20/05

VALOR DO DIA
EM BLOQUEADO
VALOR DISPONIVEL
SALDO TOTAL

139 797985213-2

13 VTA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
07 JUN 2012
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
07 JUN 2012
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002470

**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

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE BARBOSA SANTIAGO** Sinistro: **3170185842** Data: **01/10/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Localidade Há Mais Tempo, S/N - Rural - Barras - PI - CEP 64100-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **2685756**

Data local do exame: [**05/05/2017**] **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 DE PATELA D . ACIDENTE DE TRANSITO DIA 01 /10 /2016 COM HD FRAT DE PATELA D ,EF COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
ACIDENTE DE TRANSITO DIA 01 /10 /2016 COM HD FRAT DE PATELA D , FEITO OSTEOSINTESE EM PATELA D DIA 01 10 16 FEZ 10 SESSOES DE FISIOTERAPIA ,EF COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

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

EF COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D FLEXAO DE 13 GRAUS ,COM PERDA DE 7,15 %

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (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):
JOELHO D

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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 valoração do dano corporal.

EF COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D FLEXAO DE 13 GRAUS ,COM PERDA DE 7,15 %



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170185842

Cidade: Barras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Data do acidente: 01/10/2016

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura na patela direito submetido a tratamento de fixação

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





[Signature]
SIMONE LINO DOS SANTOS - ESCRIVENTE AUXILIAR
Emp. 2 52 TJ 0 35 56 3 10 Total 3 37
CPF 031.653.263-85
Escritório

PROCURACAO PARTICULAR



OUTORGANTE: <u>José Barbosa Santiago</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Lavrador</u>
Identidade nº: <u>2.685.756</u>	CPF nº: <u>031.653.263-85</u>	
Endereço:		
<u>Localidade Ha Mais Tempo S/N R-Rural de Barras</u>		
CEP: <u>64100.000</u>	Telefone: ()	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI

CPF nº: 703.754.703-44

Profissão: Bacharel em Direito

Telefone: (86) 9 9405-4326/ 9982-3093/ 8828-8177

Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha - Teresina - PI, CEP: 64001-160

330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituio meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vítima

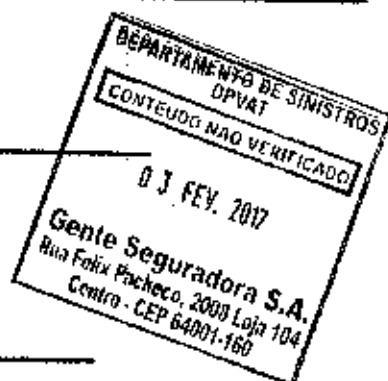
José Barbosa Santiago

Barras-PI 21/12/2016

Local e data

José Barbosa Santiago

- Outorgante -



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2017

Carta nº: 10859500

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170185842 ASL-0128284/17

Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Data Acidente: 01/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

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 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, 25 de Abril de 2017

Carta nº: 10882639

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro: 3170185842 ASL-0128284/17
Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2017

Carta nº 10961701

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170185842 ASL-0128284/17
Vitima: JOSE BARBOSA SANTIAGO
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2017

Carta nº 11125212

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170185842 ASL-0128284/17
Vitima: JOSE BARBOSA SANTIAGO
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2017

Carta nº: 11200830

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro: 3170185842 ASL-0128284/17
Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

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: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000003436

Conta: 0000027405-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREEN _____

Despacho Circular SUSEP 445/12
SEGURADORA

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

EU Jose Barbosa SantiagoPORTADOR(A) DO RG Nº 2.685.756EXPEDIDO POR SSP/PTEM 19/05/17CPF 031853203-85 / CNPJ 000000000-0000-00. PROFISSÃO Revisor

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

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir 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.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura da conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do 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 SISOPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3436 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23405-5

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

Barras, 03 de fevereiro de 17, Jose Barbosa Santiago

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 aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA LOTERIAS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

330-517921222-3

25/NOV/2016

HORA DE 11:08:14

OT: 16.10044-5
LOCALIDADE: BARRAS
G. VINCULADA: 3436

TERM: 024558

CONTROLE: 686793790

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3436 013 00027405-5

JOSE BARBOSA SANTIAGO

ALOR

0000

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

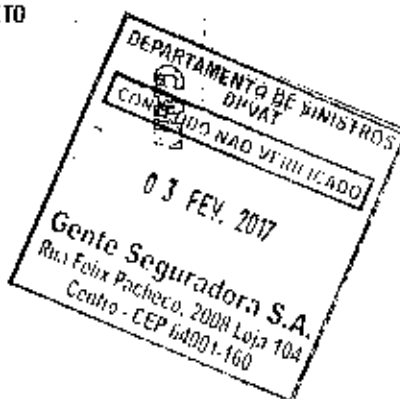
330-517921222-3

FIAS

3 VIA

CAIXA LOTERIAS

CAIXA LOTERIAS





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO



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

EU, Jose Barbosa Santiago
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.685.796 EXPEDIDO POR SSP/PJ EM 19/09/10
 CPF 031833293-85 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Revisor
 E RENDA MENSAL DE R\$ Revisor (R) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose B. Santiago AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEU
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABaixo PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou Previdência Social ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 019 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a solicitação de proposta de abertura da conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do 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 S5DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário(s).

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada (scanner color) assentos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informe de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CADA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3436 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27405-5

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

Barras, 03 de fevereiro de 17, Jose Barbosa Santiago
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.000,00 em caso de morte (valor que será pago ao legítimo beneficiário, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$15.000,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de regulação prevista na Lei 24.243/2006) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradora.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA Loteria

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 720 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

330-517921222-3

25/NOV/2016

HORA DE 11:08:14

OT: 16.10044-5
LOCALIDADE: BARRAS
ND: VINCULADA: 3430

TERM: 024558

CONTROLE: 680793790

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3430 013 00027405-5

JOSE BARBOSA SANTIAGO

VALOR

0000

ESTE RECIBO É VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

330-517921222-3

CAIXA Loteria

VIA

CAIXA Loteria

CAIXA Loteria

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

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000129/2017-80

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 16/01/2017 - 07:46

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

OUTROS

Município

BARRAS

Endereço

RUA GENERAL TALMAYRGO DE AZEVEDO, Nº

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

DETRAN

Data/Hora

01/10/2016 - 07:30

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE BARBOSA SANTIAGO

RG: 2.825.750 SSP/PI

Mãe: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO

Pai: ANTONIO PEREIRA SANTIAGO

Endereço: LOCALIDADE HA MAZ TEMPO, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticante informa, que no dia 01/10/2016 às 04:00h, o mesmo se dirigia pela rua general talmayrgo de Azevedo, centro desta cidade de Barras-PI, QUE ao chegar próximo ao DETRAN desta cidade de Barras-PI, foi atropelado por uma motocicleta não identificada vindo a causar queda do mesmo. QUANDO O acidente o noticante foi socorrido por terceiros até o hospital leonidas melo nesta cidade de Barras-PI, onde o noticante foi examinado e submetido a raio-x do joelho direito sendo constatado fratura, sendo encaminhado para o HUT hospital de urgência de Teresina-PI, onde foi submetido novamente a raio-x do joelho direito sendo constatado fratura sendo submetido a cirurgia no joelho fraturado sendo medicado e liberado, era o que tinha a declarar.

Geraldo Magela Veras Neto - Matr. 2861967
AGENTE DE POLÍCIA

Jose Barbosa Santiago
JOSE BARBOSA SANTIAGO - Noticante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia