

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: 12/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVERTON SILVA GARCIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000090450-2

Nr. da Autenticação 2F3E2440B4CAEDF4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180401693

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVERTON SILVA GARCIA

Data do acidente: 14/05/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.842.740/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-3
Nota Fiscal / Conto de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos sul-mista pelo SEFAZ 00/90

Nº da Nota Fiscal: 007908634
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TS - não se aplica
Inclui: nº 1º / 38 de 26 de 10-1-2019

CONTABILIDADE	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	10/07/2018	99	89,56

IRACY DA SILVA DOS SANTOS
R5 BOSQUE SUL 2 QD L BL A01 AP 02 ANGELICA
BOSQUE SUL / COND.
CEP: 64.042-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	1757	Atual:	03/07/2018
Anterior:	1658	Anterior:	05/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	02/08/2018
Consumo Medido:	99	Emissão:	02/07/2018
Consumo Faturado:	99	Apresentação:	03/07/2018
	NORMAL		28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Localização	Reatância Medidora	Plano	Código Tar.	Watts 17 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1473536		1.1.1.1	114

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	99 A R\$ 0,832309 = 82,39
JUN/18	110	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,17
MAR/18	101	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,94
ABR/18	97		
MAR/18	103		
FEV/18	99		
JAN/18	109		
DEZ/17	119		
NOV/17	120		
OUT/17	115		
SET/17	133		
TARIFAS SEM TRIBUTOS:			
0 H 99 - 0,604090			

MENSAGENS IMPORTANTES / PREAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/07/2018, em função das contas reatadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na CEPISOL. Informamos ainda existirem contas a vencerem e já reatadas: no valor de R\$ 80,52 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
06/2018	95,72	
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

RESERVA AO FISCAL: 27A7.F6F9.8CEF.DA91.7E57.81CF.FF8A.0831

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	17,08	Base de cálculo:	82,39
Energia:	32,47	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,10	Valor do ICMS:	18,12
Encargos:	5,17	Valor do PIS:	0,79
Tributos:	22,57	Valor do COFINS:	3,66

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86	
0,00			0,00			0,00	

TERESINA 05/2018 29,45



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



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/001-89 | Ins. Estadual: 18.301.383-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 007516126

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO	VENCIMENTO	CORREÇÃO MONET.	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	29/06/2018	208	199,86

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	18195	Atual:	22/06/2018
Anterior:	17987	Anterior:	23/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/07/2018
Consumo Medido:	208	Emissão:	20/06/2018
Consumo Faturado:	208	Apresentação:	22/06/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Class/Subclass	Localidade	Número Medidor	Posto	Código Fed.
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1

RESUMO DO CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	208 A R\$ 0,866912 = 180,31
MAI/18	211	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	14,80
ABR/18	159	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	0,46
MAR/18	307	MULTA POR ATRASO 05/18-00	3,48
FEV/18	224	JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00	0,81
JAN/18	271	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,56
DEZ/17	314	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	7,52
NOV/17	416		
OUT/17	385		
SET/17	435		
AGO/17	353		

LIGUE 0800 036 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 20/06/2018, não constataremos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		Base de Cálculo	
Distribuição:	35,21	Alíquota ICMS:	180,31
Energia:	66,96	Valor do ICMS:	27,00%
Transmissão:	10,53	Valor do ICMS:	48,68
Encargos:	10,67	Valor do PIS:	1,47
Tributos:	56,94	Valor do COFINS:	6,79

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
1	2	3	4	5	6	7	8
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00			0,00			0,00	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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 Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Everton Silva Garcia inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.135.913 / 25 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Everton Silva Garcia inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.135.913 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residência no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina de 20 de Agosto de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juscelino Fagner Fontenele,
RG nº 2098476, data de expedição 29/01/16,
Órgão SSPI, portador do CPF nº 61975400372, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua "E", nº 7723

complemento Laran, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Euliton Silva Garcia, cujo o condutor era
Euliton Silva Garcia.

Veículo: Moto
Modelo: Honda INXR160 BROS ES DO
Ano: 2015
Placa: PJS-0755
Chassi: 9CZK00810FR201428
Data do Acidente: 14.05.18
Local e Data: Teresina-PI, 15/06/18



5º Ofício

Juscelino Fagner Fontenele
Assinatura do Declarante

Roselane de Sousa Pimentel
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul Centro
Tabela Pública
Teresina-Piauí



Versão: 27.11.2011

Alto



NOME DO PACIENTE: Everton Silva Garcia

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 476526

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 3218 5445

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

ORTO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 14/05/2018 14:27:19

DADOS DO PACIENTE:

(User: CLEBIANA)

(Estação: ACCR01)

Nome: EVERTON SILVA GARCIA		Prontuário: 476526	
Mãe: MARIA TELMA E SILVA GARCIA		Pai:	
End.Resid.: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 10/04/1985	Idade: 33a:1m:4d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99857-5837
Responsável: ANA CALUDAI		CNS:	
Profissão: CAMELO		Documento: CPF: 031.135.913-25	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Concubinato	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 664936	Data: 14/05/2018 14:11:34	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: V299

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor intensa	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 1H. RELATO DE TRAUMA EM MSD, ESCORIAÇÕES EM MIE. NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC)		Profissional Clas. Risco: CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138833 Em: 14/05/2018 14:27:18	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de queda de moto há ± 1h. A: Vias aéreas
permeáveis, sem colar / prancha; B: MV+, sem alt. C: BNF,
RR, 2+ + abdome m inócente; D: ECG: IS; E: Antebraço en-
gaxado.

RAIO-X REALIZADO

DATA 14/05/2018

Técnico: *[Assinatura]*

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de antebraço D e punho D.
Alta da Geral.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 400 - Lapa
Se Int. 0800-040022-470
Teresina-PI

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Procedimento

CID

[Assinatura]
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 7905 *Yoda* (14/05/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
214370	476526	EVERTON SILVA GARCIA	CENTRO CIRÚRGICO	CENTRO CIRÚRGICO	SALA 08	FELIPE NACIEL BARBOSA DE SANTANA
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:				
Hora:		Alergias:				
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:			Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE, <i>Visão Normal</i> <i>CRNPI 228</i>					RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
1	CLORETO DE SÓDIO (SORO FISIOLÓGICO) 0,9% C/100ML SIST. FECHADO					<i>6:00 - Paciente em lgum. Orientado</i>
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.					<i>16:10 sem 16:10 sem 16:10 sem lgum. pre-opera.</i>
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.					<i>16:10 sem 16:10 sem 16:10 sem lgum. pre-opera.</i>
4	ONEPRAZOL 20MG					<i>16:10 sem 16:10 sem 16:10 sem lgum. pre-opera.</i>

Observações Gerais: CCGG+SEN

Dr. Felipe Naciel Barbosa de Santana
Ocupação e Registro Profissional
2014-05-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-249



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Ezequiel Augusto Coração		
Diagnóstico pré-operatório	fratura do osso do pé D		
Operação - Tipo	RAT - Osteotomia Placa e Parafusos		
Cirurgião	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3054	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	15/05/18	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	O mmo		



Relatório Imediato do Patologista

§

Acidente Durante a Operação

§

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Realizada sob anestesia - Grupo A, Artroscopia
- Acesso lateral do osso do pé D. - Fluoroscopia
- Redução + Fixação com placa e parafusos
- Ponto X - Redução - Sutura
- Curativo - Talo gesso

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA

Fls. Nº

Proc. Nº

Rubrica

DOCUMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

NOME DO PACIENTE:	<i>Paulo Vaz de Oliveira Neto</i>	PRONTUÁRIO Nº:	<i>476526</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Fratura do osso da perna</i>	CIRURGIA:	<i>Osteomielite</i>
ANESTESIA:	<i>BPD</i>	Nº DA SALA:	<i>02</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Paulo Vaz de Oliveira Neto</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI: 3054</i>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<i>Residente</i>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<i>Manuella</i>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Leiz</i>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº <i>70</i>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº <i>75</i>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	-	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	-	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01		<i>Cyren</i>	"	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>clorox. digestante</i>	ml	50	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>clorox. alcoolica</i>	ml	50	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>esc. pl. de guarnição</i>	unid.	03	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>Estuados</i>	unid.	05	
ALCOFIL							
MONONYLON <i>3.0</i>	"	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Valdineu</i>			
PROLENE							



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1870 - Radanção - Fone: 33 3213 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.312.917/0022-02

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVERTON SILVA GARCIA** (Frontuário: 476528)
Endereço: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 10/04/1988 Idade: 33a2m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 214370
Requisição: 836389 Solicitação: 15/05/2018 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
Controle: 1036502 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPEDICA - P11 ISOLAMENTO: 11 EXTRA: 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 15/05/2018

PUNHO DIREITO


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

- Fratura recente alinhada no rádio distal fixada com placa e parafusos metálicos.
- Tela gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 15/08/2018


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

MOD 76 - HUT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Radanção - Fone: 36 3216 3445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja 0
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVERTON SILVA GARCIA** (Prontuário: 478526)
Endereço: QD L BLOCQA A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 10/04/1985 Idade: 33a2m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 654936
Requisição: 838130 Solicitação: 14/05/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1036196 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. Sia: 0204040019

Data Exame: 14/05/20


ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura transversa completa recente no rádio distal com desvio volar.
- Aumento de volume de partes moles.

(JULIO CEZARI)

TERESINA - PI 15/05/2018


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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Radanção - Fone: 66 3218 3440
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVERTON SILVA GARCIA** (Prontuário: 476528)
Endereço: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 10/04/1985 Idade: 33a2m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 664938
Requisição: 838130 Solicitação: 14/05/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1036187 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 14/05/2018

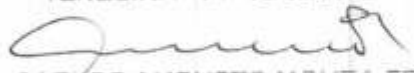
PUNHO DIREITO

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

- Fratura transversa completa recente no rádio distal com desvio volar.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 15/08/2018


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



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal De Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS



050050

Carimbo do Estabelecimento Solicitante

05.522.917/0036-08
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LINEU ARAUJO"

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta

Especialidade <i>Ortopedi</i>		Nº Cartão SUS <i>CP 64001-350</i>	
Nome do Paciente (preencher sem abreviar) <i>EVERTON Lima BARRA</i>		Raça/Cor	
Nascimento <i>/ /</i>	Idade	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	RG / CPF
Nome da Mãe		CEP	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Bairro		Complemento	
Município		UF	Fones
Dados Clínicos <i>Pos - op</i>			
Data <i>21,06,18</i>		Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde <i>Dr. Eduardo Lima Miranda</i> <i>Ortopedista - Traumatologista</i> <i>CRM-PI: 45099 RBO: 12418</i>	

Dados do Agendamento	
Local do Atendimento	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)	
Nome do Profissional de Saúde	
Data e Hora do Comparecimento <i>/ /</i> às	Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento

CARO USUÁRIO,

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha se houver atendimento.
Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.
Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.

Nº DA AUTORIZAÇÃO

Formulário II / 2017

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: EVERTON SILVA GARCIA

Data do exame: 21/06/2018

Id Paciente: 390728

Data do laudo: 27-06-2018

Raio X de Punho Direito

Osteossíntese do rádio distal com placa e parafusos metálicos de fixação.

Fratura do processo estilóide da ulna.

Dra. Lara Medeiros**Médica Radiologista****CRM-PI: 3373**

EVERTON, SILVA GARCIA
033Y M 390728
Nasc: 10/04/1985
PUNHO, FRN
UP_EXM
1576 X 1976

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
21/06/2018
13:16:39


W: 1023 L: 511



80.18%

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JUAZ DE DELS MARINHA



Everton Silva Garcia

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.477.960

04/11/05

EVERTON SILVA GARCIA

MARIA TELMA E SILVA GARCIA
ONOFRE LIMA GARCIA

TERESINA-PI

CERT. NASC. 26515 L A29 F 271
EXP TERESINA-PI 16/05/85

10/01/1985

LEI Nº 11.111 DE 2005

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

031.135.913-25

Nome
EVERTON SILVA GARCIA

Nascimento
10/01/1985

Correios

CORREIOS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170033232 Nº 012713746525
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD-RENAVAM 1056534165 RALTRC EXERCÍCIO 2017

NOME
JUSCELINO FAGNER FONTENELE

CPF/CNPJ 61975400372 PLACA PIJ-0755

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2KD0810FR201428

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL 002P/162CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA ENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

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

OBSERVAÇÕES
SEM RESTRICÇÕES DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

TERESINÁ DATA 9/7/2017

DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 012713746525 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 9/7/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 61975400372 PLACA PIJ-0755

RENAVAM 1056534165 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 2015 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KD0810FR201428

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,28 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,50

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 23/06/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.806/0001-04
www.seguradoralider.com.br

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EVERTON SILVA GARCIA inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.135.913 / 25 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima EVERTON SILVA GARCIA inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.135.913 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residência no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 20 de Agosto de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juscelino Fagner Fontenele,
 RG nº 2098476, data de expedição 29/01/16,
 Órgão SSPI, portador do CPF nº 61975400372, com
 domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA "E", nº 7723

complemento LARAN, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima EVALTON SILVA GARCIA, cujo o condutor era
EVALTON SILVA GARCIA.

Veículo: Moto
 Modelo: Honda INXR160 BROS ES DO
 Ano: 2015
 Placa: PSS-0755
 Chassi: 9C2K00810FR201428
 Data do Acidente: 14.05.18
 Local e Data: Teresina-PI, 15/06/18



5º Ofício

Juscelino Fagner Fontenele
 Assinatura do Declarante

Roselane de Sousa Pimentel
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

5º Ofício de Notas
 Rua Barroso, 91/Sul Centro
 Maria do Amparo Portela Leal de Araújo
 Tabelão Público
 Teresina-Piauí



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.842.740/0001-89 | Ins. Estadual: 19.201.383-3
Nota Fiscal / Conto de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos sul-mista pelo SEFAZ 00/90

Nº da Nota Fiscal: 007908634

A Tarifa Social A - Energia Elétrica - TS - 100% de desconto
- Lei nº 11.073 de 26 de maio de 2004.

CONTABILIZADO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	10/07/2018	99	89,56

IRACY DA SILVA DOS SANTOS
R5 BOSQUE SUL 2 QD L BL A01 AP 02 ANGELICA
BOSQUE SUL / COND.
CEP: 64.042-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	1757	Atual:	03/07/2018
Anterior:	1658	Anterior:	05/06/2018
Coeficiente de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	02/08/2018
Consumo Medido:	99	Emissão:	02/07/2018
Consumo Faturado:	99	Apresentação:	03/07/2018
	NORMAL		28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Localidade	Bateria Medidor	Ponto	Código Tar.	Watts 17 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1473536		1.1.1.1	114

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	99 A R\$ 0,832309 = 82,39
JUN/18	110	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,17
MAR/18	101	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,94
ABR/18	97		
MAR/18	103		
FEV/18	99		
JAN/18	109		
DEZ/17	119		
NOV/17	120		
OUT/17	115		
SET/17	133		
TARIFAS SEM TRIBUTOS:			
0 H 99 - 0,604090			

MENSAGENS IMPORTANTES / PREAVISOS DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/07/2018, em função das contas reatadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na CEPISOL. Informamos ainda existirem contas a vencerem e já reatadas: no valor de R\$ 80,52 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
06/2018	95,72	
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

RESERVADO AO FISCAL: 27A7.F6F9.8CEF.DA91.7E57.81CF.FF8A.0831

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	17,03	Base de cálculo:	82,39
Energia:	32,47	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,10	Valor do ICMS:	18,12
Encargos:	5,17	Valor do PIS:	0,79
Tributos:	22,57	Valor do COFINS:	3,66

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86	
0,00			0,00			0,00	

TERESINA 05/2018 29,45



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

29 AGO 2018



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 2246	02 Data do chamado 14/05/18	03 PRO (código) 0550	04 Saída do PA 13:20	05 Chegada ao local 13:40
	06 Saída do local 13:50	07 Chegada ao 1° hospital 13:05	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço AV Madre Paulina	11 Bairro Angelim JK	12 Município-UF Teresina-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome Evelton Silva Garcia	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 10/09/81 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Exame Físico	23 Glasgow = 14 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 1 - Orientado 2 - Desorientado 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		24 Sinais Vitais Pulso 82 resp. 14x PA 14x TAX 97.6 SatO2 97.6		
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fraco 3 - Ausente		
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica		32 Hospital de Destino HCT		
	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado				
Observações Interdisciplinares	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte				
	35 Observações Interdisciplinares Paciente vítima de queda de moto com escoriações e luxações de punho M.S.E. conscientes, orientado, fúscos.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE Enfermeiro Conductor			



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 14/05/2018 14:27:19

(User: CLEBIANA)
(Estação: ACCR01)

Nome: EVERTON SILVA GARCIA		Prontuário: 476526	
Mãe: MARIA TELMA E SILVA GARCIA	Pai:		
End.Resid.: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 10/04/1985	Idade: 33a:1m:4d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99857-5837
Responsável: ANA CALUDAI	CNS:		
Profissão: CAMELO	Documento: CPF: 031.135.913-25		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Comcubinato		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 664936	Data: 14/05/2018 14:11:34	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor intensa	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ +1H.RELATO DE TRAUMA EM MSD,ESCORIAÇÕES EM MIE.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC)		Profissional Clas. Risco: CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138833 Em: 14/05/2018 14:27:18	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de queda de moto há ± 1h. A: Vias aéreas
permeáveis, sem colar / prancha; B: MV+, sem alt. C: BNF,
RR, 2+ + abdômen inócuo; D: ECG: IS; E: Antebraço an-
gaixado.

RAIO-X REALIZADO

DATA 14/05/2018

Técnico: *[Assinatura]*

PA: ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de antebraço D e punho D.
Alta da Geral.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 488 - Torre D
Cidade de Teresina - PI CEP: 64.002-470

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Procedimento: ____ CID: ____

Ana Claudia
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Everton Silva Garcia

031.135.913-25

34/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

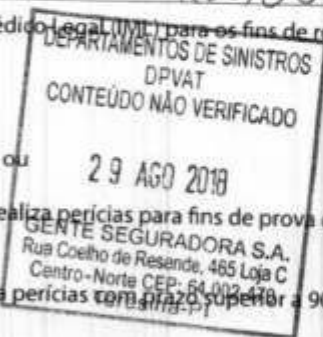
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Teresina, 20 de Agosto de 2018

Local e Data

Everton Silva Garcia

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000456/2018-61

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 10/08/2018 - 10:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MADRE SAVINA RESIDENCIAL ESPLANADA, Nº:

Complemento

468704

Data/Hora

14/05/2018 - 13:10

Bairro

ANGELIM

Ponto de Referência

SUSHI BAR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EVERTON SILVA GARCIA

RG: 2477960 SSPPI PI

Mãe: MARIA TELMA E SILVA GARCIA

Pai: ONOFRE LIMA GARCIA

Endereço: RESID. BOSQUE SUL QUA. L BL A01 APART. 02, Nº

Bairro: ESPLANADA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA AV. MADRE PAULINA, CONDUZINDO A MOTO HONDA/NXR160 BROS ESDD, COR PRETA, ANO 2015, PLACA PIJ-0755, RENAVAM 1056534165 DE PROPRIEDADE DE JUSCELINO FAGNER FONTENELE, E NAS PROXIMIDADES DO SUCHI BAR, DESLIZOU EM UM ÓLEO DERRAMADO NA PISTA, DESEQUILIBROU-SE E CAIU, FICANDO LESIONADO SEGUNDO PRONTUÁRIO Nº 476526 DO HUT, PARA ONDE FOI LEVADO APÓS SER SOCORRIDO PELO SAMU. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

EVERTON SILVA GARCIA - Noticiante
Responsável pela Informação



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 031.135.913-25	Nome completo da vítima Everton Silva Garcia
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Everton Silva Garcia		CPF titular da conta 031.135.913-25	Profissão Vendedor
Endereço RS Bosque Sul 2 BD-2 BL A01 AP2		Número 02	Complemento Apartamento
Bairro Angelica	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64042-000
Email		Telefone (DDD) (86) 3303-4104	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 2004 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 90450 D/V 2 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	
				CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 20 de Agosto de 2018
Local e Data

Everton Silva Garcia
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

229-636187197-9

17/AGO/2018 HORA DE 08:41:11

LOT: 16.05408-7 TERM: 013440
LOCALIDADE: TERESINA
AG. VINCULADA: 2004 CONTROLE: 270308993

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2004 013 00090450-2

EVERTON SILVA GARCIA

VALOR : 

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

229-636187197-9

19 VIA

Loterias CAIXA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EVERTON SILVA GARCIA**

Nº Sinistro: **3180401693**

Vitima: **EVERTON SILVA GARCIA**

Data do Acidente: **14/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180401693**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13305024



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: 12/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVERTON SILVA GARCIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000090450-2

Nr. da Autenticação 2F3E2440B4CAEDF4

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

OUTORGANTE:

Nome: Everton Silva Garcia

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 2.477.960

CPF: 031.135.913-25

Profissão: Vendedor

Endereço: R. O Bosque Sul 2 Qd L B L A01 A p o 2 Angelica

CEP: 64.042.006

Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Marques

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4.119.262

CPF: 840.173.173.91

Profissão: Recurso-me

Endereço: Rua 24 de janeiro S/N Centro Norte

CEP: 64.000.235

Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o 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 perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Everton Silva Garcia

5º Ofício

Teresina PI 10/08/2018

Local e data

Everton Silva Garcia

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelã
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6605



RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EVERTON SILVA GARCIA, DOU
FE. EM TEST. VERDADE DA VERDADE. TERESINA-PI, 10/08/2018.
Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABF.8384 (F50P320)

ROSENIER DE MOURA LIMA - Tabelã Substituto



CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
de Moura Lima
Tabelã Substituto
Teresina-PI

29 AGO 2019



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
Local da ocorrência	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome				15 Sexo
	16 Idade				17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
Tipo de ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítima		20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados		32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada
Observações Interdisciplinar	34 Óbito				
Observações Interdisciplinar					
Responsável pela recepção					
Socorristas Médico AE/TE					
Conductor					

Alto



NOME DO PACIENTE: Everton Silva Garcia

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 476526

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 3218 5445

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

ORTO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 14/05/2018 14:27:19

DADOS DO PACIENTE:

(User: CLEBIANA)
(Estação: ACCR01)

Nome: EVERTON SILVA GARCIA		Prontuário: 476526	
Mãe: MARIA TELMA E SILVA GARCIA	Pai:		
End.Resid.: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 10/04/1985	Idade: 33a:1m:4d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99857-5837
Responsável: ANA CALUDAI	CNS:		
Profissão: CAMELO	Documento: CPF: 031.135.913-25		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Comcubinato		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 664936	Data: 14/05/2018 14:11:34	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: V299

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor intensa	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 1H.RELATO DE TRAUMA EM MSD,ESCORIAÇÕES EM MIE.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC)		Profissional Clas. Risco: CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138833 Em: 14/05/2018 14:27:18	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de queda de moto há ± 1h. A: Vias aéreas
permeáveis, sem colar / prancha; B: MV+, sem alt. C: BNF,
RR, 2+ + abdome m inócente; D: ECG: IS; E: Antebraço en-
gaxado.

RAIO-X REALIZADO

DATA **14/05/2018**

Técnico: **[Assinatura]**

PA X mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

**RX de antebraço D e punho D.
Alta da Geral.**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 400 - Lapa
Se Int. 0800-040022-470
Teresina-PI

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Procedimento CID

[Assinatura]
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 7905 *Yoda* (14/05/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
214370	476526	EVERTON SILVA GARCIA	CENTRO CIRÚRGICO	CENTRO CIRÚRGICO	SALA 08	FELIPE NACIEL BARBOSA DE SANTANA
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:				
Hora:		Alergias:				
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observações			Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE, <i>Visão Normal</i> <i>CRNPI 228</i>					
1	CLORETO DE SÓDIO (SORO FISIOLÓGICO) 0,9% C/100ML SIST. FECHADO					<i>6:00 - Paciente em lgum. Orientado</i>
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.					<i>16:10 sem 16:10 sem lgum. pre-opa.</i>
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.					<i>16:10 sem 16:10 sem lgum. pre-opa.</i>
4	ONEPRAZOL 20MG					<i>06:00 dego, banho.</i>

Observações Gerais: CCGG+SEV

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

ms D
Dr. Fábio Neto
2018-05-14

Dr. Fábio Neto
Dr. Fábio Neto
Dr. Fábio Neto

José Ferreira Neto
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Georgete Silva Coraio</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>fratura do osso do pé D</i>		
Operação - Tipo <i>RAT - Osteotomia Plano e Ponto</i>		
Cirurgião <i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</i> Médico Ortopedista CRM-PI: 3054	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>15/05/18</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>O mmo</i>		



Relatório Imediato do Patologista

§

Acidente Durante a Operação

§

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

*Realizada sob anestesia - Grupo 1, Artroscopia
- Acesso lateral do osso do pé D. Fluoroscopia
- Redução + Fixação com placa e 3 parafusos
- Ponto X - Ponto Y - Sutura
- Curativo - Talo gesso*

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3054



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº

Proc. Nº

Rubrica

DATA

DOCUMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

NOME DO PACIENTE:	<i>Paulo Vaz de Oliveira Neto</i>	PRONTUÁRIO Nº:	<i>476526</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Fratura do osso da perna</i>	CIRURGIA:	<i>Osteomielite</i>
ANESTESIA:	<i>BPD</i>	Nº DA SALA:	<i>02</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Paulo Vaz de Oliveira Neto</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI: 3054</i>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<i>Residente</i>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<i>Manuella</i>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Leiz</i>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<i>04</i>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<i>01</i>	
AGULHA 30X8	UNID.	<i>04</i>		LUVA Nº <i>70</i>	PAR	<i>03</i>	
AGULHA 40X12	UNID.	<i>04</i>		LUVA Nº <i>75</i>	PAR	<i>03</i>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<i>-</i>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<i>06</i>	
ALCOOL 70%	ML	<i>300</i>		PVPI DE GERMANTE	ML	<i>-</i>	
ALGODÃO	BOLA	<i>04</i>		PVPI TÓPICO	ML	<i>-</i>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<i>-</i>		PVPI TINTURA	ML	<i>-</i>	
COMPRESSA	PAC.	<i>03</i>		SERINGA 20CC	UNID.	<i>03</i>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<i>01</i>		SERINGA 10CC	UNID.	<i>01</i>	
ESPARADRAPO	CM	<i>60</i>		SERINGA 5CC	UNID.	<i>-</i>	
ESCALPE Nº	UNID.	<i>-</i>		SERINGA 3CC	UNID.	<i>02</i>	
FORMOL	ML	<i>-</i>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<i>06</i>	
GASES	PAC.	<i>05</i>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	<i>01</i>		<i>Cyren</i>	<i>1</i>	<i>02</i>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>clorox. digestante</i>	<i>ml</i>	<i>50</i>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>clorox. alcoolica</i>	<i>ml</i>	<i>50</i>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>esc. pl. de guarnicao</i>	<i>unidade</i>	<i>03</i>	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>Estuados</i>	<i>unidade</i>	<i>05</i>	
ALCOFIL							
MONONYLON	<i>3.0</i>	<i>11</i>	<i>02</i>				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<i>Valdineu</i>		
PROLENE							



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1870 - Radanção - Fone: 33 3213 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.312.917/0022-02

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVERTON SILVA GARCIA** (Prontuário: 476528)
Endereço: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 10/04/1985 Idade: 33a2m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 214370
Requisição: 836389 Solicitação: 15/05/2018 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
Controle: 1036502 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPEDICA - P11 ISOLAMENTO: 11 EXTRA: 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 15/05/2018

PUNHO DIREITO


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

- Fratura recente alinhada no rádio distal fixada com placa e parafusos metálicos.
- Tala gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 15/06/2018


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

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE <i>Everson Silva Corais</i>				UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>17/05/18</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS		OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura radio (D)</i>					FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO <i>11:00 11:20</i>						TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100						
TEMPERATURA T		38						
P. ARTERIAL V O PULSO		1						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		2						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		3						
RESPIRAÇÃO O		4						
SÍMBOLOS		5						
TÉCNICAS		6						
OPERAÇÕES		7						
CIRURGIÕES		8						
ANESTESISTAS		9						
PARTICULARIDADES		10						
INCIDENTE - ACIDENTE		11						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		12						



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Radanção - Fone: 36 3216 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja 0
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVERTON SILVA GARCIA** (Prontuário: 478526)
Endereço: QD L BLOCDA A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 10/04/1985 Idade: 33a2m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 654936
Requisição: 838130 Solicitação: 14/05/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1036196 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. Sia: 0204040019

Data Exame: 14/05/20


ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura transversa completa recente no rádio distal com desvio volar.
- Aumento de volume de partes moles.

(JULIO CEZARI)

TERESINA - PI 15/05/2018


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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Radanção - Fone: 66 3218 3440
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVERTON SILVA GARCIA** (Prontuário: 476528)
Endereço: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 10/04/1985 Idade: 33a2m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 664938
Requisição: 838130 Solicitação: 14/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1036187 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 14/05/2018

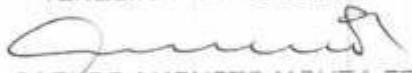
PUNHO DIREITO

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

- Fratura transversa completa recente no rádio distal com desvio volar.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 15/08/2018


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



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal De Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS

SUS



Sistema
União de Saúde

050050

Carimbo do Estabelecimento Solicitante

05.522.917/0036-08
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LINEU ARAUJO"

Rua Maranhão, nº 152, Centro

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta

Especialidade Ortopedi		Nº Cartão SUS CP 64001-350	
Nome do Paciente (preencher sem abreviar) EVERTON RIMA BARNA		Raça/Cor	
Nascimento / /	Idade	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	RG / CPF
Nome da Mãe		CEP	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Bairro		Complemento	
Município		UF	Fones
Dados Clínicos Pos - op			
Data 21,06,18		Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde Dr. Eduardo M. de Jesus Miranda Ortopedista - Traumatologista CRM-PI: 45099 RCD: 12418	
Dados do Agendamento			
Local do Atendimento			
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Nome do Profissional de Saúde			
Data e Hora do Comparecimento / / às		Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento	

CARO USUÁRIO,

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.

Só entregue esta ficha se houver atendimento.

Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.

Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.

Nº DA AUTORIZAÇÃO

Formulário II / 2017

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: EVERTON SILVA GARCIA

Data do exame: 21/06/2018

Id Paciente: 390728

Data do laudo: 27-06-2018

Raio X de Punho Direito

Osteossíntese do rádio distal com placa e parafusos metálicos de fixação.

Fratura do processo estilóide da ulna.

Dra. Lara Medeiros**Médica Radiologista****CRM-PI: 3373**

EVERTON, SILVA GARCIA
033Y M 390728
Nasc: 10/04/1985
PUNHO, FRN
UP_EXM
1576 X 1976

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
21/06/2018
13:16:39



CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

W: 1023 L: 511

80.18%

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180401693

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVERTON SILVA GARCIA

Data do acidente: 14/05/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170033232 Nº 012713746525
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD-RENAVAM 1056534165 RALTC. EXERCÍCIO 2017

NOME
JUSCELINO FAGNER FONTENELE

CPF / CNPJ 61975400372 PLACA PIJ-0755

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2KD0810FR201428

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEHUMA COMBUSTÍVEL ALCOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL 002P/162CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA ENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

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

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICÇÕES DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

TERESINA DATA 9/7/2017

DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 012713746525 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 9/7/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 61975400372 PLACA PIJ-0755

RENAVAM 1056534165 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 2015 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2KD0810FR201428

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,28 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,50


PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 23/06/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.806/0001-04
www.seguradoralider.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JUAZ DE DELS MARINHA



Everton Silva Garcia

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.477.960

04/11/05

EVERTON SILVA GARCIA

MARIA TEIXEIRA E SILVA GARCIA
ONOFRE LIMA GARCIA
TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO
10/01/1985

CERT. NASC. 26515 L A29 F 271
EXP. TERESINA-PI 16/05/15

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

031.135.913-25

Nome
EVERTON SILVA GARCIA

Nascimento
10/01/1985

Correios

CORREIOS

CONSUMO

208 A R\$ 0,866912 = 180,31

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/001-89 | Ins. Estadual: 18.301.383-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 007516126

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CORREÇÃO MONET.	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	29/06/2018	208	199,86

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

CPF: 0008401731/591		CEP: 64.000-235 - TERESINA	
DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	18195	Atual:	22/06/2018
Anterior:	17987	Anterior:	23/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/07/2018
Consumo Medido:	208	Emissão:	20/06/2018
Consumo Faturado:	208	Apresentação:	22/06/2018
NORMA		70	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto
COMERCIAL	MONO	A1418740	3,5,3,1
MÉDIA DE 12 MESES		310	
DESCRIÇÃO DA CONTA			
CONSUMO		208 A R\$ 0,866912 =	180,31
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)			14,80
CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00			0,46
MULTA POR ATRASO 05/18-00			3,48
JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00			0,81
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA		0,56	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA		7,52	
TAXA DE CANCELAMENTO: 0,593655			

LIGUE 0800 036 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 20/06/2018, não constataremos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		Base de Cálculo	
Distribuição:	35,21	Alíquota ICMS:	180,31
Energia:	66,96	Valor do ICMS:	27,00%
Transmissão:	10,53	Valor do ICMS:	48,68
Encargos:	10,67	Valor do PIS:	1,47
Tributos:	56,94	Valor do COFINS:	6,79
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
5,31	10,63	21,25	3,11
0,00	0,00	12,45	3,03

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

OUTORGANTE:

Nome: Everton Silva Garcia

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 2.477.960

CPF: 031.135.913-25

Profissão: Vendedor

Endereço: R. O Bosque Sul 2 Qd L B L A01 A p o 2 Angelica

CEP: 64.042.006

Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Marques

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4.119.262

CPF: 840.173.173.91

Profissão: Recurso-me

Endereço: Rua 24 de janeiro S/N Centro Norte

CEP: 64.000.235

Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o 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 perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Everton Silva Garcia

5º Ofício

Teresina PI 10/08/2018

Local e data

x Everton Silva Garcia

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS

Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelã

Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6605

CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
5º Ofício de Notas
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Tribuna do Amparo Portela Leal de Araújo
Tabelã Público
Teresina-PI

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EVERTON SILVA GARCIA, DOU
FE. EM TEST. 7/11 DA VERDADE. TERESINA-PI, 10/08/2018.
Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABF.8384 (F50P320)

ROSENIER DE MOURA LIMA - Tabelã Substituto



CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
de Moura Lima
Tabelã Substituto
Teresina-PI

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EVERTON SILVA GARCIA**

Nº Sinistro: **3180401693**

Vitima: **EVERTON SILVA GARCIA**

Data do Acidente: **14/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180401693**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13305024



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 031.135.913-25	Nome completo da vítima Everton Silva Garcia
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Everton Silva Garcia		CPF titular da conta 031.135.913-25	Profissão Vendedor
Endereço RS Bosque Sul 2 BD-2 BL A01 AP2		Número 02	Complemento Apartamento
Bairro Angelica	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64042-000
Email			Telefone (DDD) (86) 3303-4104

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 2004 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 90450 D/V 2 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	
				CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 20 de Agosto de 2018
Local e Data

Everton Silva Garcia
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

229-636187197-9

17/AGO/2018 HORA DE 08:41:11

LOT: 16.05408-7 TERM: 013440
LOCALIDADE: TERESINA
AG. VINCULADA: 2004 CONTROLE: 270308993

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2004 013 00090450-2

EVERTON SILVA GARCIA

VALOR : 

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO

229-636187197-9

19 VIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000456/2018-61

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 10/08/2018 - 10:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MADRE SAVINA RESIDENCIAL ESPLANADA, Nº:

Complemento

468704

Data/Hora

14/05/2018 - 13:10

Bairro

ANGELIM

Ponto de Referência

SUSHI BAR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EVERTON SILVA GARCIA

RG: 2477960 SSP/PI

Mãe: MARIA TELMA E SILVA GARCIA

Pai: ONOFRE LIMA GARCIA

Endereço: RESID. BOSQUE SUL QUA. L BL A01 APART. 02, Nº

Bairro: ESPLANADA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA AV. MADRE PAULINA, CONDUZINDO A MOTO HONDA/NXR160 BROS ESDD, COR PRETA, ANO 2015, PLACA PIJ-0755, RENAVAM 1056534165 DE PROPRIEDADE DE JUSCELINO FAGNER FONTENELE, E NAS PROXIMIDADES DO SUCHI BAR, DESLIZOU EM UM ÓLEO DERRAMADO NA PISTA, DESEQUILIBROU-SE E CAIU, FICANDO LESIONADO SEGUNDO PRONTUÁRIO Nº 476526 DO HUT, PARA ONDE FOI LEVADO APÓS SER SOCORRIDO PELO SAMU. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

EVERTON SILVA GARCIA - Noticiante
Responsável pela Informação



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Everton Silva Garcia

031.135.913-25

34/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Teresina 20 de *Agosto* de 2018
Local e Data

Everton Silva Garcia

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

29 AGO 2018

Teresina - PI

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	Objeto fixo Animal 7 - Outra 9 - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 14		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	RESPOSTA VERBAL 1 - Abertura ocular 2 - Espontânea 3 - A voz 4 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 4 - Extensão anormal 1 - Nenhum		Pulso 82 PA 14x9 TAX 97.6 SatO2 97.6
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso Radial		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Falso 3 - Ausente		29 Dor 30 Fratura		1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada
	1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Imobilização de extremidades 4 - Oxigênio 5 - Colar cervical 6 - Reanimação cardiopulmonar 7 - Curativos 8 - Kred 9 - Assistência obstétrica		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte		1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado
Observações Interdisciplinares	35 Observações Interdisciplinares				
	Paciente vítima de queda de moto com escorregos + luxações de punho M.S.E. conscientes, orientado, fúscos.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Condutor	
		AE/TE			



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 14/05/2018 14:27:19

(User: CLEBIANA)
(Estação: ACCR01)

Nome: EVERTON SILVA GARCIA		Prontuário: 476526	
Mãe: MARIA TELMA E SILVA GARCIA	Pai:		
End.Resid.: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 10/04/1985	Idade: 33a:1m:4d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99857-5837
Responsável: ANA CALUDAI	CNS:		
Profissão: CAMELO	Documento: CPF: 031.135.913-25		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Comcubinato		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 664936	Data: 14/05/2018 14:11:34	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor intensa	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 1H.RELATO DE TRAUMA EM MSD,ESCORIAÇÕES EM MIE.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC)		Profissional Clas. Risco: CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138833 Em: 14/05/2018 14:27:18	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de queda de moto há ± 1h. A: Vias aéreas
permeáveis, sem colar / prancha; B: MV+, sem alt. C: BNF,
RR, 2+ + abdômen inocente; D: ECG: IS; E: Antebraço an-
gaixado.

RAIO-X REALIZADO

DATA 14/05/2018

Técnico: *[Assinatura]*

PA: ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de antebraço D e punho D.
Alto da Geral.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 488 - 1001
Cidade: Teresina - PI CEP: 64002-470

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Procedimento: ____ CID: ____

Ana Claudia
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico