

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: 00000090450-2

Nr. da Autenticação 2F3E2440B4CAEDF4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180401693
Vítima: EVERTON SILVA GARCIA

Cidade: Teresina
Data do acidente: 14/05/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO 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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gustavo Carlos Calcena Aguero".

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Inscrição Estadual: 19.301.383-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-3
Boleto expirado ou impróprio para pagamento na TEFAZ 00/PI

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1590563-2

Nº da Nota Fiscal: **007908634**
A Tarifa Social é: Energia Elétrica - TS - R\$ / kWh
Válida de 01/07/2018 a 26/07/2018

| CONTAS DE | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JULHO/2018 | 10/07/2018 | 99 | 89,56 |

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

| DADOS DA LEITURA | | DADOS DA LEITURA | |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Rural: | 1757 | Atual: | 03/07/2018 |
| Azulon: | 1658 | Anterior: | 05/06/2018 |
| Constante de Multiplicação: | 1.000 | Próxima Leitura: | 02/08/2018 |
| Consumo Médio: | 99 | Emissão: | 02/07/2018 |
| Consumo Faturado: | 99 | Apresentação: | 03/07/2018 |
| | FCAM | | |

NORMAL

28

| Clausa/Subclasse | Ligação | Bairro/Morada | Plano | Código Faz. | Média 12 meses |
|------------------|---------|---------------|---------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL | MONO | A1473536 | 1.1.1.1 | 114 | |

| HISTÓRICO (Wh) | | DESCRIÇÃO DA CONTA | |
|------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|
| Médiano consumo | | CONSUMO | 99 A R\$ 0,832309 = 82,39 |
| JUN/18 110 | | CONTR. ILUMINACAO PUBL. (COSIP) | 7,17 |
| MAI/18 101 | | ADICIONAL BANDEIRA VERNELHA - | 4,94 |
| ABR/18 97 | | | |
| MAR/18 108 | | | |
| FEV/18 99 | | | |
| JAN/18 109 | | | |
| DEZ/17 119 | | | |
| NOV/17 120 | | | |
| OUT/17 115 | | | |
| SET/17 133 | | | |
| TABELA DEM TETO (R\$): | | | |
| 0 H 99 - 0,832309 | | | |

| MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO | |
|---|------------------|
| Nas/Anos: 06/2018 | Valor: R\$ 95,72 |

Limitação consumidor sujeito a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2018, se função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento pode ensejar também a inclusão do nome do consumidor na CCR-CH. Informações ainda existir(em) contas(s) vencidas(s) e/ou reavaliadas(s) no valor de R\$ 03,52 (valor histórico). Caso tenha sido feito o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25.



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

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 |
| SEU CÓDIGO | 1590563-2 | 89,56 |
| MÊS FATURADO | 07/2018 | 10/07/2018 |
| Nº da Nota Fiscal: | 007908634 | FCAM |

83600000000 7 89560017000 3 00000001590 9 56320718008 1



SEQ.: 00237 UC: 1590563-2 DT.LEIT.: 03/07/2018 T.ENTR.: 03
LEITURA: 1757 NORMAL TOTAL: 89,56 CARGA: 026
DT.VENC.: 10/07/2018 IRREG.: 0000 COLETOR: 2042

| | | | |
|--|-----------------------------|---------------|---------------------|
| CONSUMO | 208 A R\$ 0,866912 = 180,31 | | |
| MATERIAL | | | |
|  Eletrobras Distribuição Piauí | | | |
| COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ Av. Marechal Rondon - Centro Sul - Teresina - PI CNPJ: 08.847.748/0001-89 Inscrição Estadual: 19.301.383-9 Nesta Fatura: Conta de Energia Elétrica - Série B-1 Regime especial de impressão autorizada pela SETAZ 06/98 | | | |
| Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO >>> 0051869-7 | | | |
| Nº da Nota Fiscal 007516126 <small>A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.</small> | | | |
| CONTAMES | VEICULAMENTO | CONSUMO (kWh) | 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

| DETALHAMENTO DA LEITURA | | DATA 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 Médio: | 208 | Emissão: | 20/06/2018 |
| Consumo Faturado: | 208 | A apresentação: | 22/06/2018 |
| | FCAN | | |
| NORMAL | | 30 | |
| DETALHAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | |
| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Pasta |
| COMERCIAL | MONO | A1418740 | 3.5.3.1 310 |
| 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 | | |
| TOTAL CONSUMO: | | | |
| 208 - 0,866912 | | | |

AVISOS DE PAGAMENTO / AVISO DE VENCIMENTO
 LIGUE 0800 656 6500 E FAÇA UPGRADE VENCIMENTO 1, 5, 10, 15, 20, 25
 Parabéns! Até o dia 26/06/2018, não cometerá faltas nessa Unidade Consumidora.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

| RESERVADO AO FISCO | | SA86_EE6B_D607_E2FC_0882_4DF3_2E19_067A | |
|-----------------------------|-------|---|--------|
| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/REFLETIBIL. - R\$ | |
| Distribuição: | 35,21 | Base de Cálculo: | 180,31 |
| Energia: | 66,96 | Allíquota ICMS: | 27,00% |
| Transmissão: | 10,53 | Valor do ICMS: | 48,68 |
| Encargos: | 10,67 | Valor do PS: | 1,47 |
| Tributos: | 56,94 | Valor do CORF: | 6,79 |
| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | |
| 5,31 | 10,63 | 21,25 | 3,11 |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

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/BIBLIOTECAWEB/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 Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Everton Silveira Garcia inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.135.913/25, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Everton Silveira Garcia, inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.135.913/25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios: **CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, nesse 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 | Rua 24 | De Toméio | Número | 544 | Complemento | Sala |
| Bairro | Centro | Cidade | Estado | PI | CEP | 64000 - 235 |
| Email | | | Telefone comercial(DDD) | (86)3303-4104 | Telefone celular (DDD) | (86) 99534-6565 |



Teresina, 20 de Agosto de 2018
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juscelino Fagner Fontenelle,
RG nº 2098476, data de expedição 29/01/16,
Órgão SSPI, portador do CPF nº 619 754 003-72, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua "E", nº 7723,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Evertton Silva Garcia, cujo o condutor era
Evertton Silva Garcia.

Veículo: Moto

Modelo: Honda/NXR160 Bros ES (DU)

Ano: 2015

Placa: PIJ-0755

Chassi: 9C2KD0810FR201428

Data do Acidente:

Local e Data: Teresina-PI, 15/06/18



* Juscelino Fagner Fontenelle

Assinatura do Declarante

Roselane de Sousa Pimentel

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelião
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JUSCELINO FAGNER
FONTELE. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 15/06/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,79 Selo: 0,25 Total: 4,70
Selo: ABD-40061 (F350P126)

ROSELANE DE SOUSA PIMENTEL - ESCRIVENTE VICE
CARTÓRIO "DJALMA VELOSO"
Roselane de Sousa Pimentel
Escrivente Compromisso
Teresina-PI

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas
Registros e
Fáscias
RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº ABD-40061



29 AGO 2010

| | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|---|---|
| Dados do Chamado | 01 N° do chamado <i>2246</i> | 02 Data do chamado <i>14/05/18</i> | 03 PRO (código) <i>13591</i> | 04 Saída do PA <i>13:00</i> | 05 Chegada ao local <i>13:00</i> |
| Local da ocorrência | 06 Saída do local <i>13:50</i> | 07 Chegada ad 1º hospital <i>13:05</i> | 08 Saída do 1º hospital | 09 Chegada ao 2º hospital | |
| Dados do Paciente | 10 Endereço <i>AV Manoel Faúlino</i> | 11 Bairro <i>Anselmo J.V.</i> | 12 Município-UF <i>the</i> | Código IBGE | |
| | 13 Ponto de referência | | | | |
| Acidente de Ocorrência | 14 Nome <i>Eduardo Silva Garcia</i> | 15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ignorado <i>01</i> | 16 Idade <i>10/05/18</i> <input type="checkbox"/> 1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Ano <input type="checkbox"/> 9-Ignorado | Se idade ignorada, preencha com 999 | 17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado |
| Acidente de Transporte | 18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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 |
| Exame Físico | 19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Condutor <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Passageiro <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança | 23 Glasgow = <i>14</i> |
| Hospital de Destino | 24 Sinais Vitais Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Resp. <i>14</i> PA <i>144/85</i> TAX. <i>97</i> SatO2 <i>97</i> | 25 Local da lesão | RESPOSTA VERBAL ABERTURA Ocular AR Esportânea 1- voz 2- À dor 1- Nenhuma | RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5- Orientado 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum | 26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais |
| Observações Interdisciplinar | 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fainte 3 - Ausente | 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não | 29 Dor <input type="checkbox"/> | 30 Fratura 1 - Sim Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não 3 - Suspeito <input checked="" type="checkbox"/> | ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 |
| | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Assistência obstétrica | 32 Hospital de Destino <i>HCT</i> | 33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Ausente | 34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte | 1-Sim 2-Não <i>134</i> |
| | <p><i>Paciente vítima de queda de moto com escoria aberta e luxação de fêmur. M.S.E. consciente, orientado, fisiológico.</i></p> <p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO</p> <p>29 AGO 2010</p> <p>ENTE SEGURO/DORA S.A. Av. das Nações Unidas, 405 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI Enfermeiro <i>Daniel</i></p> | | | | |
| | Socorristas Médico AEITE | Responsável pela recuperação <i>6087</i> | Condutor <i>Priscila</i> | | |

Altai



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

NOME DO PACIENTE: Evarion Sofia 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

(User: CLEBIANA)
(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

| | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------------|
| Nome: EVERTON SILVA GARCIA | | Prontuário: 476526 |
| Mãe: MARIA TELMA E SILVA GARCIA | Pai: | |
| End. Resid.: QD L BLOCOA 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. Tipico: Não |
| | | CID Secundario: 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, ESCORIÇAÇÕES 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 permeiam, usava colar / prancha; B: MV+, sem alt. C: BNF, RR, 2t + abdômen inofante; D: ECG: 15; E: Antebraço engessado.

RADIO-X REALIZADO

DATA 14/05/2018

Técnico: Iniciante

| | | | |
|----------------------|-----------|---------------|--------------|
| PA _____ mmHg | P脉: _____ | 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 2010

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Barros, 466 Centro
 Teresina-PI, CEP: 64002-470
 Se procedimento e CID
 Teresina-PI

| | | |
|------------------------------|--------------|-----|
| MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: | Procedimento | CID |
| DATA: / / . | HORA: : . | |

Ana Claudia
 Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Ezequiel Silveira Góes

Diagnóstico pré-operatório

Fractura do osso do dedo D

Operação - Tipo

LAPI - Ortonomíse Plano. Fimpoz

Cirurgião Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista

1º Assistente

2º Assistente CRM-PI: 3054

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

15/05/18

Ínicio

Fim

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

Diagnóstico Pós-operatório

Ouro

Relatório Imediato do Patologista

φ

Acidente Durante a Operação

3

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Pauzinho sob a cutânea - Gravidez, Articulação
decreta doloroso articul. D. Silviano
- Redutor + fixador + plano em Tº paupé
Pins X - Recurso - fatura
- Anofixar - Talo grande*

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fis. N°

Proc. N°

Rubrica

29 AGO 2018

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

DATA

NOME DO PACIENTE:

Cecília de Souza Graciliano

PRONTUÁRIO N°: 4176526

DIAGNÓSTICO:

Proteus adhesio

CIRURGIA:

Colostomia

ANESTESIA:

BPD

Nº DA SALA: 02

CIRURGIÃO:

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista

CPF N°:

AUXILIAR:

CRM-PI: 3054

Pericente

CPF N°:

ANESTESIA:

77 homôn

CPF N°:

INSTRUMENTADORA:

Naiz

CPF N°:

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 N° 7.0 | PAR | 03 | |
| AGULHA 40X12 | UNID. | 04 | | LUVA N° 7.5 | 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 | 00 | | SERINGA 5CC | UNID. | - | |
| ESCALPE N° | UNID. | - | | SERINGA 3CC | UNID. | 02 | |
| FORMOL | ML | - | | SORO FISIOLÓGICO | FRASCO | 06 | |
| GASES | PAC. | 05 | | SONDA URETRAL | UNID. | - | |
| JELCO N° | UNID. | 01 | | <i>Lyman</i> | UNID. | 02 | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG | | | | <i>clorox. digerente ml 50</i> | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. | | | | <i>clorox. alcool. ml 50</i> | | | |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG | | | | <i>br. pi oliguonapa unid. 03</i> | | | |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG | | | | <i>blitudos unid. 05</i> | | | |
| ALCOFIL | | | | | | | |
| MONONYLON 3.0 | 11 | 02 | | | | | |
| FITA UMBILICAL | | | | ENFERMARIA: | | | |
| VICRYL | | | | CIRCULANTE: <i>Valdirsen</i> | | | |
| PROLENE | | | | | | | |



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Edendão - Fone: 86 3218-5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
FOLHA: 4/44-1

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 478528)

Endereço: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990

Nascimento: 10/04/1986 Idade: 33a2m5a

Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO

Atendimento: 214370

Requisição: 836389 Solicitud: 15/06/2018

Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

Controle: 1036502 Convênio: S U S

CLINICA ORTOPEDICA - P11

ISOLAMENTO: 11

EXTRA: 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 15/06/2018

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.

(Ass. CÉSAR)

TERESINA - PI 15/06/2018

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

FOLHA DE ANESTESIA



| UNIDADE DE SAÚDE | | | | | | Nº DE REGISTRO | |
|---|--|--------------|----------------|--------------|----------|----------------|---|
| NOME DO PACIENTE | P. ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | | ALTURA |
| 7705/8 | | | | | | | |
| EXAMES DE SANGUE | GR. SANGUÍNEO | HEMATIMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS | GLICEMIA | DOS. URÉIA | |
| EXAMES DE URINA | | | | | | | |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | | | | | | | |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO | — | | | | | | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | — | | | | | | |
| SISTEMA DIGESTIVO | — | | | | | | |
| ESTADO MENTAL | — | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO | Fractura recto D | | | | | | |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) | APLICADO AS EFEITOS | | | | | | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | OXIGÉNIO 1 11:00 2 11:00 3 | | | | | | TOTAL DE DOSES |
| LÍQUIDOS | SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100 | | | | | | |
| TEMPERATURA T | | | | | | | |
| P. ARTERIAL V O PULSO | | | | | | | |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X | | | | | | | SEQUÊNCIA |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO | | | | | | | 1 Lido 1% crural 2 3 Brupi 0,25% 20 ml 4 5 Lefazolne 2g 6 7 Bromadiolone 20 8 9 10 Nisent 0,05 11 12 Dex 0,05 13 14 Dypri 20 15 |
| RESPIRAÇÃO O | | | | | | | DURAÇÃO |
| SÍMBOLOS | | | | | | | |
| TÉCNICAS | Pneumotórax de plexo braquial D | | | | | | INCIDENTE - ACIDENTE |
| OPERAÇÕES | extirp. tese rodízio distal D | | | | | | sem ut |
| CIRURGIÕES | Ceo | | | | | | -A SKPA |
| ANESTESISTAS | Mamede | | | | | | |
| Dr. Luiz Mamede D. de Castro Anestesiologia / Clínica da Dor CRM - 3183 | | | | | | | |
| PARTICULARIDADES | | | | | | | CONDIÇÕES POS-OPERATÓRIO IMEDIATAS |



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 3445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.512.917/0022-02

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Centro
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

LAUDO MÉDICO

Paciente: EVERTON SILVA GARCIA (Frontusírio 478528)
Endereço: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELUM - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 10/04/1966 Idade: 33a2m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 664936
Requisição: 638130 Solicitação: 14/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1036196 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 14/06/2018

ANTEBRACO DIREITO

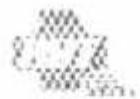
O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil os seguintes aspectos foram observados:

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

ILIB CEZARI

TERESINA - PI 15/06/2018

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1020 - Redenção - Fone: 66 3218-5440
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 01.522.917/0022-02

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: 478528)

Endereço: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990

Nascimento: 10/04/1985 Idade: 33a2m50

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 654936

Requisição: 838130

Solicitação: 14/05/2018

Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1036187

Convênio: SUS

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 15/06/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPP: 135.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



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



Alto E

050050

Carimbo do Estabelecimento Solicitante

05.522.917/0036-08!

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINHA LARAJU

Rua M 343 - Bloco F - nº 152 Centro

Nº Cartão SUS - F.P. 64031 350

- 11/2018 PI

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta
Especialidade

OROPÉZI

Nome do Paciente (preencher sem abreviar)

EUEPTON RIMA BARBOSA

Raça/Cor

Nascimento

Idade

Sexo

RG / CPF

Nome da Mãe

CEP

Endereço (Logradouro, Número/Lote)

Bairro

Complemento

Município

UF

Foras

Dados Clínicos

PROS - op

Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde

Dr. Edvaldo Traumatologista

CRM-PI. 4509 TECR. 17419

Data:

21/08/178

Dados do Agendamento

Local do Atendimento

Endereço (Logradouro, Número/Lote)

Nome do Profissional de Saúde

Data e Hora do Comparecimento

Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento

/ / às

Nº DA AUTORIZAÇÃO

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.

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 estiloide da ulna.



Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373

EVERTON, SILVA GARCIA

033Y M 390728

Nasc: 10/04/1985

PJUNHO, FRN

UP_EXM

1576 X 1976

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA

21/06/2018

13:16:39

W: 1023 L: 511

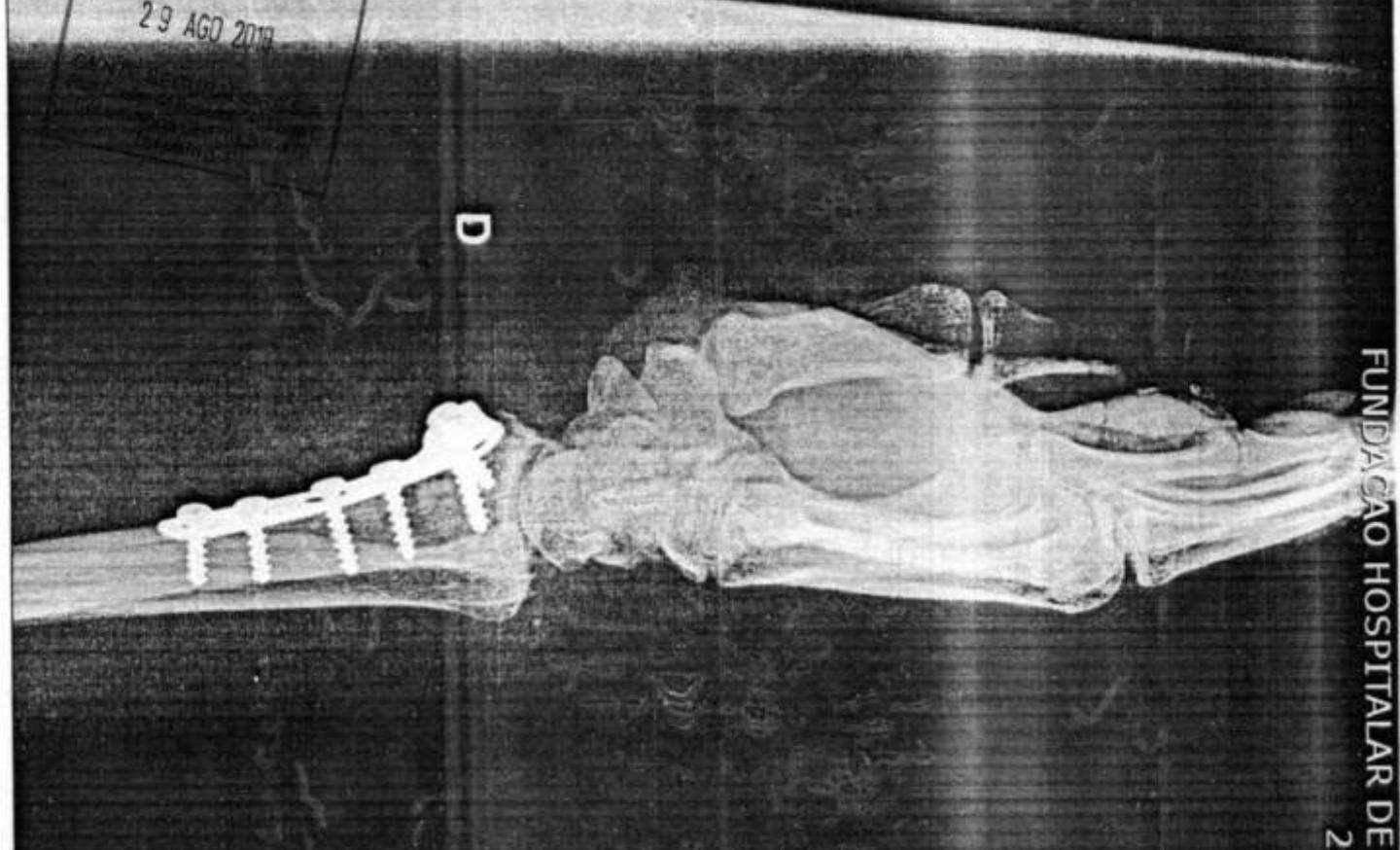
D



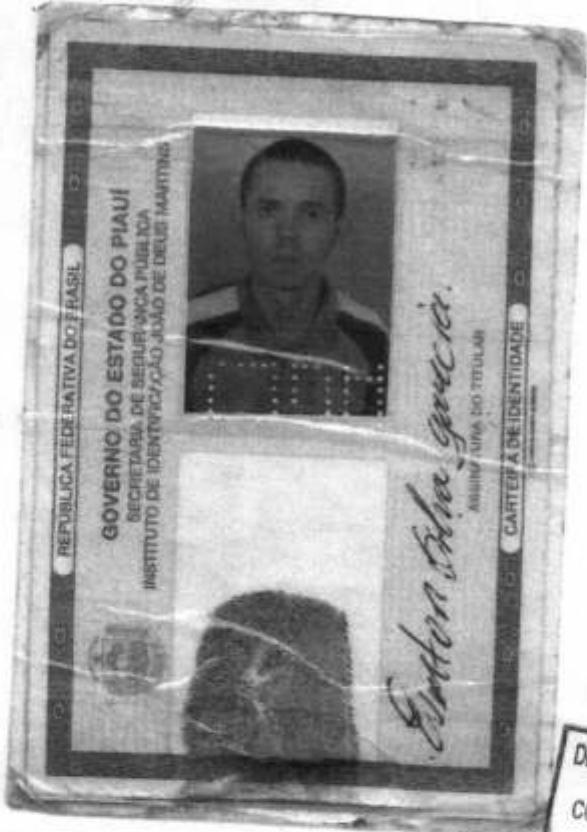
CONTENDO NAO VERIFICADO

29 AGO 2018

D



80.18%



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 COC. RENAVAM P.NTR.C. EXERCÍCIO
1 1056534165 2017

NOME
JUSCELINO FAGNER FONTENELE

CPF / CNPJ PLACA
61975400372 PIJ-0755

PLACA ANT / UF CHASSI
— 9C2KD0810FR201428

ESPECIE / TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/NEHUMA ALCO/BASOL

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

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

| | | | |
|---|------------|--------------------|--------------|
| I | COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC / COTAS |
| P | | | 1º IPVÁ |
| V | FAIXA IPVÁ | PARCELAGEM / COTAS | 2º |
| A | | | 3º PAGO |

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURADOR
SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES:

SEM RESTRIÇÕES DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

TERESINA

PROBLEMAS DE RECOLHIMENTO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

DATA
9/7/2017

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
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 DATA EMISSÃO
2017 9/7/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 61975400372 PIJ-0755

RENAVAM MARCA / MODELO
1056534165 HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. CAL/ME. Nº CHASSI
2015 09 9C2KD0810FR201428

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

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

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

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04
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/BIBLIOTECAWEB/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 Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Everton Silveira Garcia inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.135.913/25, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Everton Silveira Garcia, inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.135.913/25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios: CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, nessa forma 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 | Rua 24 | De Toméio | Número | 544 | Complemento | Sala |
| Bairro | Centro | Cidade | Estado | PI | CEP | 64000 - 235 |
| Email | | | Telefone comercial(DDD) | (86)3303-4104 | Telefone celular (DDD) | (86) 99534-6565 |



Teresina, 20 de Agosto de 2018
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juscelino Fagner Fontenelle,
RG nº 2098476, data de expedição 29/01/16,
Órgão SSPI, portador do CPF nº 619 754 003-72, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua "E", nº 7723,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Evertton Silva Garcia, cujo o condutor era
Evertton Silva Garcia.

Veículo: Moto

Modelo: Honda/NXR160 Bros ES (DU)

Ano: 2015

Placa: PIJ-0755

Chassi: 9C2F00810FR201428

Data do Acidente:

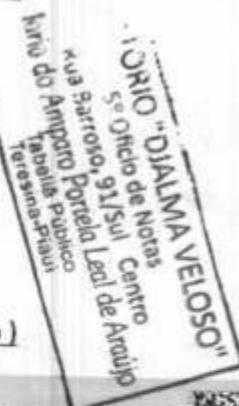
Local e Data: Teresina-PI, 15/06/18



Juscelino Fagner Fontenelle

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelião
Rua Barreto, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JUSCELINO FAGNER
FONTENELE. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 15/06/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,79 Selo: 0,25 Total: 4,70
Selo: ABD-40061 (F350P126)

ROSELANE DE SOUSA PIMENTEL, ESCRIVENTE VICE
CARTÓRIO "DIALMA VELOSO"
Roselane de Sousa Pimentel
Escrivente Compromisso
Teresina-PI

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas
Registros e
Fáscias
RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº ABD-40061



29 AGO 2018

| | | | | | | |
|------------------------------|---|---|--|--|-------------------------------------|--|
| Dados do Chamado | 01 N° do chamado <i>2246</i> | 02 Data do chamado <i>14/05/18</i> | 03 PRO (código) <i>05501</i> | 04 Saída do PA <i>13:00</i> | 05 Chegada ao local <i>13:40</i> | |
| Local da Ocorrência | 06 Saída do local <i>13:50</i> | 07 Chegada ad 1º hospital <i>13:05</i> | 08 Saída do 1º hospital | 09 Chegada ao 2º hospital | | |
| Dados do Paciente | 10 Endereço <i>AV Madre paulina</i> | 11 Bairro <i>Anselm Júnior</i> | 12 Município-UF <i>The</i> | Código IDGE | | |
| | 13 Ponto de referência | | | | | |
| | 14 Nome <i>Everaldo Silva Gonçalves</i> | 15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado | | | | |
| | 16 Idade <i>100</i> | 1-Dia 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 | | |
| Acidente de Transporte | 18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica | 06 - Tentativa de suicídio 07 - Enveneramento 08 - Afogamento 09 - Quimadura 10 - Choque elétrico | 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares | 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado | | |
| | 19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado | 20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Ciclleta | 21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta | 22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança | | |
| Exame Físico | 23 Glasgow = <i>14</i> | RESPOSTA VERBAL ABERTURA CAUDAL Espontânea A voz 2- A dor 1- Nenhuma | RESPOSTA MOTORA 1- Obedece a comando 2- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum | 24 Sinais Vitais P脉搏 Respiração PA TAX Sat02 | 25 Local da lesão | |
| | 26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais | 29 Dor | ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa Seu Dor | | | |
| | 27 P脉搏 Radial 1- Cheio 2- Frio 3- Ausente | 30 Fratura 1- Sim 2- Não | Exposta Fechada | 3- Suspeito | | |
| Assistência | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos | Prancha longa/curta Colar cervical Kred | Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica | Glicemias Acesso Venoso Medicamentos a) b) c) | <i>134</i> | |
| Hospital de Destino | 32 Hospital de Destino <i>HGCT</i> | 34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte | | | | |
| Observações Interdisciplinar | <i>Paciente vítima de queda de moto com estorações + luxações de punho. M.S.E. consciente, orientado, fisiológico.</i> | | | | | DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| | Socorristas Médico AEITE | 29 AGO 2018 | | | | |
| | Responsável pela recepção <i>6007</i> | ENTE SEGURADORA S.A. Av. das Américas, 4600 - Centro, 4050-000 CEP 64002-470 Teresina-PI Enfermeiro Condutor <i>Daniel</i> | | | | |



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 BLOCOA 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 VENESSA 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 livres, uso de colar / prancha; B: MV+, sem alt. c: BNF, RR, 2+ + abdomen inofente; D: ECG: IS; E: Antebraço enfaixado.

RÁIO-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 2010

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 486 - Centro
 Se. Intervisão, Norte CEP: 64002-470
 Teresina-PI

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 interditada 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

Everton Silveira Garcia

CPF da Vítima

031.135.913-25

Data do Acidente

34/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

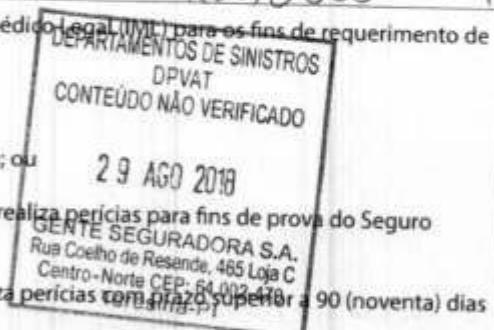
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.

Cum 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 Silveira 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

Data/Hora

14/05/2018 - 13:10

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

ANGELIM

Endereço

AV. MADRE SAVINA RESIDENCIAL ESPLANADA, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

SUSHI BAR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EVERTON SILVA GARCIA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2477960 SSPPI PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

Mãe: MARIA TELMA E SILVA GARCIA

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Pai: ONOFRE LIMA GARCIA

29 AGO 2018

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

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

Bairro: ESPLANADA

Cidade: TERESINA

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 SUSHI 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

Euerlton Silva Garcia

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---------------|----------------------------------|----------------------|----------------|----------------|----------------|
| Nome completo | Euerlton Silva Garcia | CPF titular da conta | 031.135.913-25 | Profissão | Vendedor |
| Endereço | R5 Bosque Sul 2 80-L BL A01 AP02 | Número | 02 | Complemento | Apartamento |
| Bairro | Angelica | Cidade | Teresina | Estado | PI |
| Email | | | | CEP | 64.042-000 |
| | | | | Telefone (DDD) | (86) 3303-4104 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |

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

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

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

 NRO.
2004

D/V

CONTA

 NRO.
90450

D/V

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA

 NRO.

D/V

CONTA

 NRO.

D/V

(Informar digito se existir)

(Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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

 Euerlton Silva Garcia
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 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

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Lotarias CAIXA Lote

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

229-636187197-9

17/AGO/2018 HORA DF 08:41:1

LOT: 16.85408-7 TERM: 01344
LOCALIDADE: TERESINA
AG. VINCULADA: 2804 CONTROLE: 270388993

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2804 813 00090450-2

EVERTON SILVA GARCIA

VALOR : 

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

229-636187197-9

1º VIA



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



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: 00000090450-2

Nr. da Autenticação 2F3E2440B4CAEDF4

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Everton Silva Garcia

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 2-477 960

CPF: 031.135 913 - 25

Profissão: Vendedor

Endereço: RJ Bosque Sul 2 Bloco 1 BL A01 Ap02 Angelico

CEP: 64.042 006

Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

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

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Mangueira

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4.119.262

CPF: 840 173 123 91

Profissão: Recepcionista

Endereço: Rua 24 de Janeiro 544 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

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 da Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelião
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Teresina-PI

Rua Barroso, 91/Sul - Centro - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

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

ROSENIR DE MOURA LIMA-Tabelião Substituto



RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº ABF-08384

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



29 AGO 2010

| | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|---|---|
| Dados do Chamado | 01 N° do chamado <i>2246</i> | 02 Data do chamado <i>14/05/18</i> | 03 PRO (código) <i>1551</i> | 04 Saída do PA <i>13:10</i> | 05 Chegada ao local <i>13:40</i> |
| Local da ocorrência | 06 Saída do local <i>13:50</i> | 07 Chegada ad 1º hospital <i>13:05</i> | 08 Saída do 1º hospital | 09 Chegada ao 2º hospital | |
| Dados do Paciente | 10 Endereço <i>AV Madre Faustina Anselmo J.V.</i> | 11 Bairro | 12 Município-UF <i>the</i> | Código IBGE | |
| | 13 Ponto de referência | | | | |
| Acidente de Ocorrência | 14 Nome <i>Eduardo Silva Garcia</i> | 15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ignorado <i>01</i> | 16 Idade <i>10/05/18</i> <input type="checkbox"/> 1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Ano <input type="checkbox"/> 9-Ignorado | Se idade ignorada, preencha com 999 | 17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado |
| Acidente de Transporte | 18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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 |
| Exame Físico | 19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2-Condutor <input checked="" type="checkbox"/> 3-Passageiro <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança | 23 Glasgow = <i>14</i> |
| Hospital de Destino | 24 Sinais Vitais Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Resp. <i>14</i> PA <i>144/84</i> TAX. <i>97</i> SatO2 <i>97</i> | 25 Local da lesão | RESPOSTA VERBAL ABERTURA OSÉA AR 1-Esponánea 2-Voz 3-À dor 4-Nenhuma | RESPOSTA MOTORA 5-Obedece a comandos 6-Movimento de retirada 7-Flexão anormal 8-Extensão anormal 9-Nenhum | 26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais |
| Observações Interdisciplinar | 27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1-Cheio 2-Forte 3-Ausente | 28 Sangramento 1-Sim 2-Não | 29 Dor <input type="checkbox"/> 0 Leve 1 Sem Dor 3 Moderada 5 Intensa 7 10 | 30 Fratura 1-Sim 2-Exposta 3-Fechada 4-Não 5-Suspeito | 31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Glicemia <i>134</i> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/> |
| | 32 Hospital de Destino <i>HCT</i> | 33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Nalterado | 34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte | 1-Sim 2-Não | Não Removido |
| | <p><i>Paciente vítima de queda de moto com escoria aberta e luxação de fêmur M.S.E. consciente, orientado, fisiológico.</i></p> <p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO</p> <p>29 AGO 2010</p> <p>ENTRE SEGUROADORA S.A. Av. das Nações Unidas, 405 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI Enfermeiro <i>Daniel</i></p> | | | | |
| | Responsável pela recuperação <i>6087</i> | Socorristas Médico AEITE | Condutor <i>Paulo</i> | | |

Altai



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

NOME DO PACIENTE: Evarion Sofia 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 BLOCOA 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. Tipico: Não |
| | | CID Secundario: 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, ESCORIACÕES 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 permeiam, usava colar / prancha; B: MV+, sem alt. C: BNF, RR, 2t + abdômen inofante; D: ECG: 15; E: Antebraço engessado.

RADIO-X REALIZADO

DATA 14/05/2018

Técnico: Iniciante

| | | | |
|----------------------|-----------|---------------|--------------|
| PA _____ mmHg | P脉: _____ | 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 2010

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Barros, 466 Centro
 Teresina-PI CEP: 64002-470

Se procedimento, motivo e CID
 Teresina-PI

| | | |
|------------------------------|--------------|-----|
| MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: | Procedimento | CID |
| DATA: / / . | HORA: : . | |

Ana Claudia
 Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Ezequiel Silveira Góes

Diagnóstico pré-operatório

Fractura do osso do dedo D

Operação - Tipo

RAPI - Ortonomíse Plano. Fêmur

Cirurgião Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista

1º Assistente

2º Assistente CRM-PI: 3054

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

15/05/18

Ínicio

Fim

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

Relatório Imediato do Patologista

✓

Acidente Durante a Operação

3

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Pauzinho sob a cutânea - Gravidez, Articulação
decreta doloroso articul. D. Silviano
- Redutor + fixador e plano em T3 fêmur
Pins X - Pausas - sutura
- Anofix - Talo grande*

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fis. Nº

Proc. Nº

Rubrica

29 AGO 2018

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

DATA

NOME DO PACIENTE:

Cecília de Souza Gracil

PRONTUÁRIO N°: 4176526

DIAGNÓSTICO:

Proteus adhesio

CIRURGIA:

osteomielite

ANESTESIA:

BPD

Nº DA SALA: 02

CIRURGIÃO:

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista

CPF N°:

AUXILIAR:

CRM-PI: 3054

Pericente

CPF N°:

ANESTESIA:

77 homôn

CPF N°:

INSTRUMENTADORA:

lais

CPF N°:

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 N° 70 | PAR | 03 | |
| AGULHA 40X12 | UNID. | 04 | | LUVA N° 75 | 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 | 00 | | SERINGA 5CC | UNID. | - | |
| ESCALPE N° | UNID. | - | | SERINGA 3CC | UNID. | 02 | |
| FORMOL | ML | - | | SORO FISIOLÓGICO | FRASCO | 06 | |
| GASES | PAC. | 05 | | SONDA URETRAL | UNID. | - | |
| JELCO N° | UNID. | 01 | | <i>lym</i> | UNID. | 02 | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA | | | |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG | | | | <i>clorox. digerente ml</i> | | 00 | |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. | | | | <i>clorox. alcool. ml</i> | | 50 | |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG | | | | <i>br. pi oliguropap. unid. 03</i> | | | |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG | | | | <i>blutudos unid. 05</i> | | | |
| ALCOFIL | | | | | | | |
| MONONYLON 3.0 | 11 | 02 | | | | | |
| FITA UMBILICAL | | | | ENFERMARIA: | | | |
| VICRYL | | | | CIRCULANTE: <i>Valdirsen</i> | | | |
| PROLENE | | | | | | | |



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Edendão - Fone: 86 3216 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
FAX: 61 44 1
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 478528)

Endereço: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990

Nascimento: 10/04/1986 Idade: 33a2m5a

Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO

Atendimento: 214370

Requisição: 836389 Solicitud: 15/06/2018

Solicitante: CAIO VAS DE OLIVEIRA NETO

Controle: 1036502 Convênio: S U S

CLÍNICA ORTOPEDICA - P11

ISOLAMENTO: 11

EXTRA: 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 15/06/2018

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

(LWS CEZAR)

TERESINA - PI 15/06/2018

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

FOLHA DE ANESTESIA



| UNIDADE DE SAÚDE | | | | | Nº DE REGISTRO | | |
|--|------------------|--|---|----------------|-------------------|----------------|------------|
| NOME DO PACIENTE <i>Eduardo Silveira Gerais</i> | | P. ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA |
| DATA: <i>17/05/18</i> | EXAMES DE SANGUE | GR. SANGUÍNEO | HEMATOMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS | GLICEMIA | DOS. URÉIA |
| EXAMES DE URINA | | | | | | | |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | | | | | | | |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO | | | | | ELETROCARDIOGRAMA | | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | | | | ASMA | BRONQUITE | |
| SISTEMA DIGESTIVO | | | | | SISTEMA URINÁRIO | | |
| ESTADO MENTAL | | | | | CORTICOIDES | ATARAXICOS | OUTROS |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <i>Fratura resto o D</i> | | | | | FÍSICOS | | |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) | | | | | APLICADO AS | EFEITOS | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | | OXIGÉNIO 1 2 3 | <i>11:02 11:22</i> | | | TOTAL DE DOSES | |
| LÍQUIDOS | | SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100 | <i>(Handwritten chart showing fluid administration over time)</i> | | | | |
| TEMPERATURA T | | <i>38</i> | <i>(Handwritten chart showing temperature fluctuations)</i> | | | | |
| P. ARTERIAL V O PULSO | | <i>140</i> | <i>(Handwritten chart showing blood pressure fluctuations)</i> | | | | |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X | | <i>140</i> | <i>(Handwritten chart showing oxygen saturation fluctuations)</i> | | | | |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO | | <i>140</i> | <i>(Handwritten chart showing heart rate fluctuations)</i> | | | | |
| RESPIRAÇÃO O | | <i>140</i> | <i>(Handwritten chart showing respiratory rate fluctuations)</i> | | | | |
| SÍMBOLOS | | <i>(Handwritten sequence of symbols)</i> | | | | | |
| TÉCNICAS | | <i>Ressecção de plexo braquial D</i> | | | | | |
| OPERAÇÕES | | <i>extirp. tese rodar distal D</i> | | | | | |
| CIRURGIÕES | | <i>Ceio</i> | | | | | |
| ANESTESISTAS | | <i>Mamede D.</i> | | | | | |
| | | <i>Dr. Luiz Mamede D. de Castro Anestesiologia / Clínica da Dor CRM - 3183</i> | | | | | |
| PARTICULARIDADES | | | | | | | |
| CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS <i>nao</i> | | | | | | | |
| INCIDENTE - ACIDENTE <i>sem ut</i> | | | | | | | |
| <i>-A SKPA</i> | | | | | | | |
| DURAÇÃO <i>1h 15m</i> | | | | | | | |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 - Centro
Centro - Piauí CEP: 64.002-470
Teresina-PI

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3216 3445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.512.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: EVERTON SILVA GARCIA (Frontusírio 478528)
Endereço: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELUM - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 10/04/1966 Idade: 33a2m50 Sexo: Masculino Origem: URGENCIA/EMERG Atendimento: 664936
Requisição: 638130 Solicitação: 14/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1036196 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 14/06/2018

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em parâfilo. Os seguintes aspectos foram observados:

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

ILIB CEZARI

TERESINA - PI 15/06/2018


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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1020 - Redenção - Fone: 66 3218 5440
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 01.522.917/0022-02

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: 478528)

Endereço: QD L BLOCO A1 APT 02 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990

Nascimento: 10/04/1985 Idade: 33a2m50

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 654936

Requisição: 838130 Solitário: 14/05/2018

Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1036197 Convênio: SUS

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 15/06/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPP: 135.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



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



Alto E

050050

Carimbo do Estabelecimento Solicitante

05.522.917/0036-08!
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINHA RAUJÓ

Rua M 343 - Bloco F 100 - apto 152/Centro
Nº Cartão SUS - I.F.P 64031 350

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta
Especialidade

OROPÉZI

Nome do Paciente (preencher sem abreviar)

EUEPTON RIMA BARBOSA

Raça/Cor

Nascimento _____ Idade _____ Sexo _____ RG / CPF _____

Masc. Fem.

Nome da Mãe _____

CEP _____

Endereço (Logradouro, Número/Lote) _____

Bairro _____

Complemento _____

Município _____

UF _____

Foras _____

Dados Clínicos _____

PROFI - 09

Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde

Dr. Edvaldo Traumatologista

CRM-PI 4503 TECR 17419

Data: 21/08/17

Dados do Agendamento

Local do Atendimento

Endereço (Logradouro, Número/Lote) _____

Nome do Profissional de Saúde _____

Data e Hora do Comparecimento

Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento

/ / 08

Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

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.

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 estiloide da ulna.

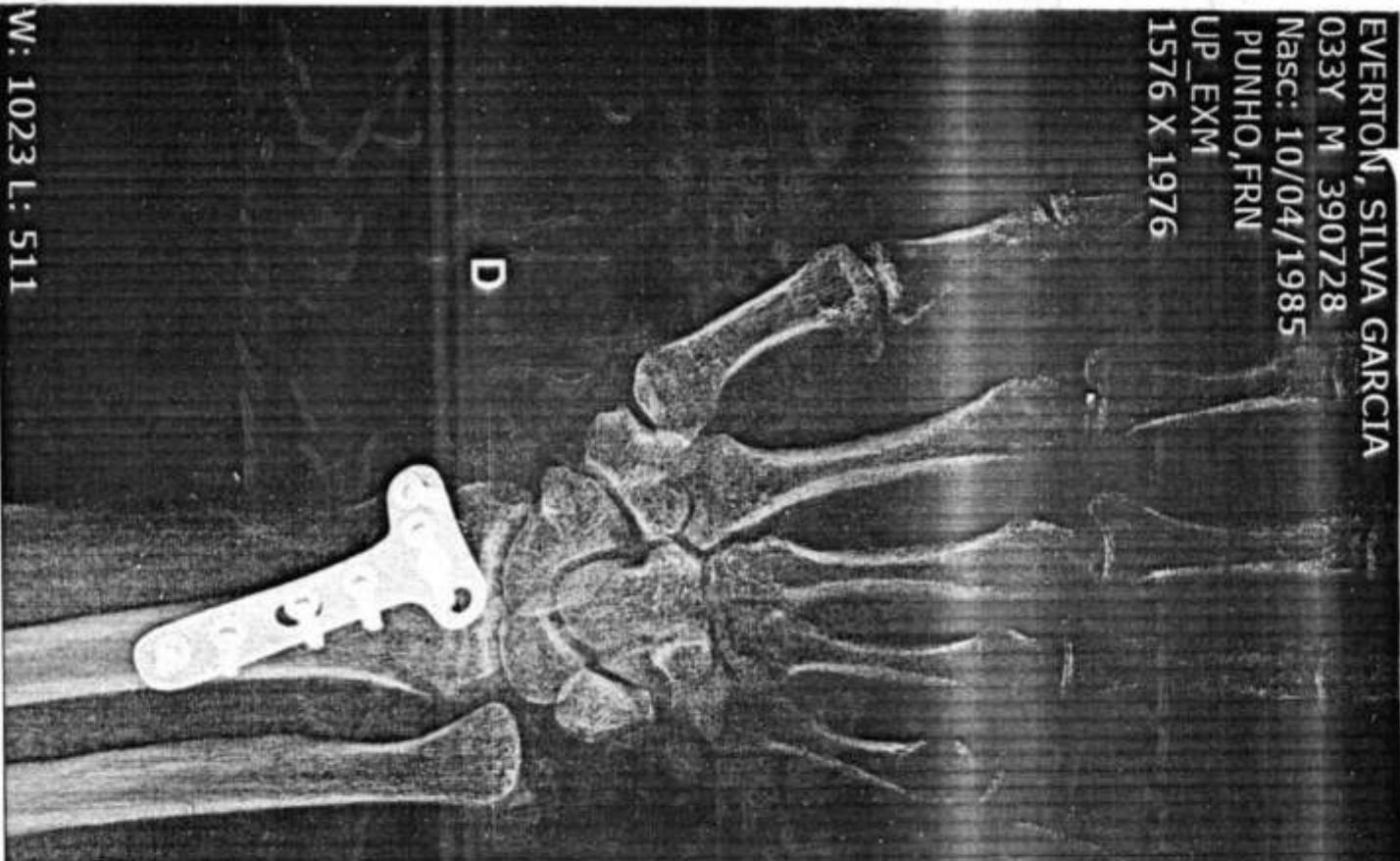


Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA

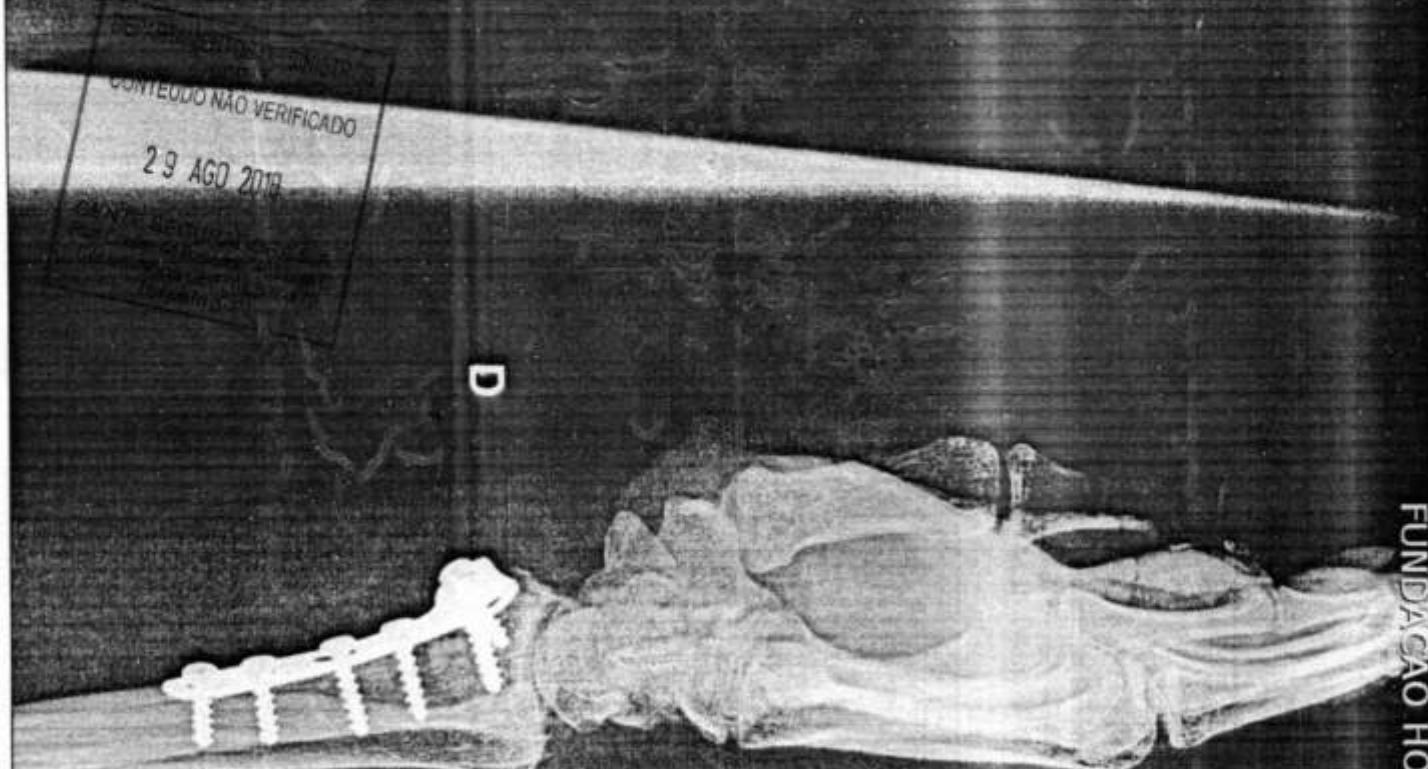
21/06/2018
13:16:39

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



CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2017



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

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

VIA COC. RENAVAM P.NTR.C. EXERCÍCIO
1 1056534165 2017

NOME
JUSCELINO FAGNER FONTENELE

CPF / CNPJ PLACA
61975400372 PIJ-0755

PLACA ANT / UF CHASSI
— 9C2KD0810FR201428

ESPECIE / TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/NEHUMA ALCO/BASOL

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

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

| | | | |
|---|------------|--------------------|--------------|
| I | COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC / COTAS |
| P | | | 1º IPVÁ |
| V | FAIXA IPVÁ | PARCELAGEM / COTAS | 2º |
| A | | | 3º PAGO |

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURADOR
SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES:

SEM RESTRIÇÕES DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

TERESINA

RODRIGO MARTINS DA RÉMIO LIMA
DIRETOR GERAL DO DETAN - PI

DATA
9/7/2017

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
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 DATA EMISSÃO
2017 9/7/2017

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 61975400372 PIJ-0755

RENAVAM MARCA / MODELO

1056534165 HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. CAL/ME. Nº CHASSI
2015 09 9C2KD0810FR201428

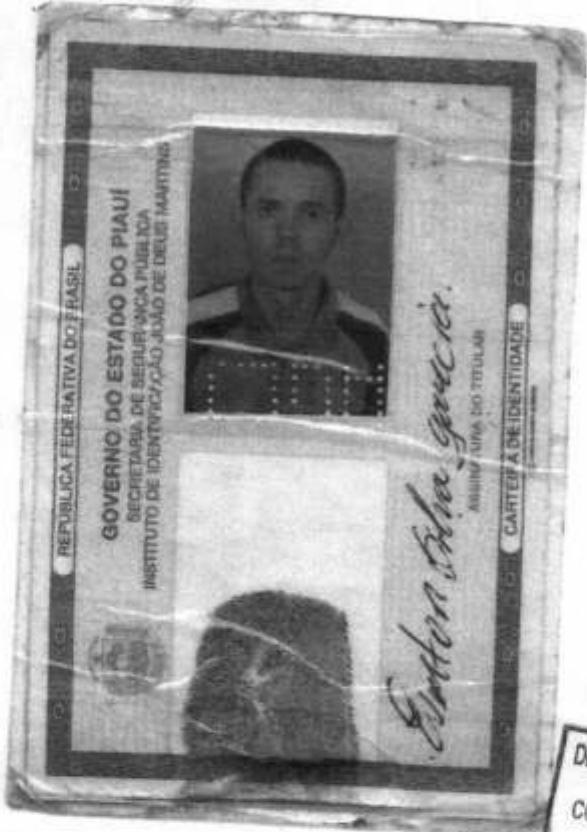
PRÉMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,28 9,03 90,31

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

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

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br



CONSUMO

$$208 \text{ A } 85 \quad 0.866912 =$$



Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI.
CNPJ: 06.847.748/0001-89 | INSC. ESTADUAL: 19.301.383-8
Neta Fazenda / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Recibo especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

W² da Mota Fiscal

007516126

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

| CONTRATO | VEÍCULOS | CONCEITO (KWH) | 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: 000846173100 | DATA DA LEITURA: |
| CEP: 64.000-235 - TERESINA | |
| PRIMOS/ULTIMA LITURA: | LWU: |
| Atual: | 18195 |
| Anterior: | 17987 |
| Constante de Multiplicação: | 1.000 |
| Consumo Médio: | 208 |
| Consumo Pulsado: | 208 |
| | FCAM |

| NORMAL | | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | |
|------------------|---------|------------------------------|-------|-------------|----------------|--|
| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Pasta | Código Faz. | Média 12 meses | |
| GENERAL | MONO | A1418740 | | 3.5.3.1 | 310 | |

| DATA | VALOR | DESCRIÇÃO | VALOR |
|-----------------|------------|--------------------------------|----------------------|
| Maior consumo | | | |
| MAI/18 | 211 | CONSUMO | 208 A R\$ 0,866912 = |
| ABR/18 | 159 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 14,86 |
| MAR/18 | 307 | CORRECAO MONETARIA IG 05/18-08 | 0,46 |
| FEV/18 | 224 | MULTA POR ATRASO 05/18-00 | 3,44 |
| JAN/18 | 271 | JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00 | 0,83 |
| DEZ/17 | 314 | ADICIONAL BANDEIRA ANARELA - | 0,56 |
| NOV/17 | 416 | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - | 7,52 |
| OUT/17 | 385 | | |
| SET/17 | 435 | | |
| AGO/17 | 353 | | |
| TOTAL DA CONTA: | 1.216,00 | | |
| R\$ 0,00 | - 0,773005 | | |

[View all reviews](#) | [Write a review](#)

LIGUE 0300 036 0000 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 26/06/2013, não cometa mais futuros ven-
tureiros. Unidade Consumadora.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | | | | | |
|-----------------------------|-------|-------|------|------|-------|------|--|
| | | | | | | | |
| 5,31 | 10,63 | 21,25 | 3,11 | 6,23 | 12,45 | 3,03 | |
| 0,00 | | | 0,00 | | | 0,00 | |

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Everton Silva Garcia

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Solteiro

Identidade: 2-477 960

CPF: 031.135 913 - 25

Profissão: Vendedor

Endereço: RJ Bosque Sul 2 Bloco 1 BL A01 Ap02 Angelico

CEP: 64.042 006

Telefone: (86) 3303-4104 99534-6565

| |
|---|
| 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 |

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Mangueira

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4.119.262

CPF: 840 173 123 91

Profissão: Recepcionista

Endereço: Rua 24 de Janeiro 544 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 da Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelião
Rua Barroso, 915 Sul - Centro

Teresina-PI
Tabelião de Notas
Teresina-PI

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

ROSENIR DE MOURA LIMA-Tabelião Substituto



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

RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº ABF-08384

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.seguradoraslider.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



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

Euerlton Silva Garcia

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---------------|----------------------------------|----------------------|----------------|----------------|----------------|
| Nome completo | Euerlton Silva Garcia | CPF titular da conta | 031.135.913-25 | Profissão | Vendedor |
| Endereço | R5 Bosque Sul 2 80-L BL A01 AP02 | Número | 02 | Complemento | Apartamento |
| Bairro | Angelica | Cidade | Teresina | Estado | PI |
| Email | | | | CEP | 64.042-000 |
| | | | | Telefone (DDD) | (86) 3303-4104 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

| | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| AGÊNCIA NRO. | D/V | CONTA NRO. | D/V |
| 2004 | | 90450 | 2 |

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

| | | | |
|-----------------|------|---------------|-----|
| BANCO | Nome | NRO. | |
| | | | |
| AGÊNCIA NRO. | D/V | CONTA NRO. | D/V |
| | | | |

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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


 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Lotarias CAIXA Lote

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

229-636187197-9

17/AGO/2018 HORA DF 08:41:1

LOT: 16.85408-7 TERM: 01344
LOCALIDADE: TERESINA
AG. VINCULADA: 2804 CONTROLE: 270388993

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2804 813 00090450-2

EVERTON SILVA GARCIA

VALOR : 

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

229-636187197-9

1º VIA





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

Data/Hora

14/05/2018 - 13:10

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

ANGELIM

Município

TERESINA

Endereço

AV. MADRE SAVINA RESIDENCIAL ESPLANADA, Nº:

Ponto de Referência

SUSHI BAR

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EVERTON SILVA GARCIA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2477960 SSPPI PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

Mãe: MARIA TELMA E SILVA GARCIA

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Pai: ONOFRE LIMA GARCIA

29 AGO 2018

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

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

Bairro: ESPLANADA

Cidade: TERESINA

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 SUSHI 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 interditada 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

Everton Silveira Garcia

CPF da Vítima

031.135.913-25

Data do Acidente

34/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

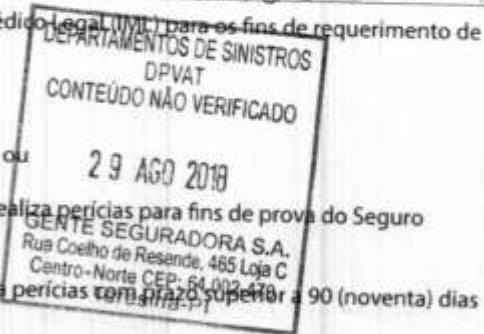
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.

Corn 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.



Local e Data

Teresina, 20 de Agosto de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



29 AGO 2018

| | | | | | | |
|------------------------------|--|--|---|--|-------------------------------------|--|
| Dados do Chamado | 01 N° do chamado 2246 | 02 Data do chamado 14/05/18 | 03 PRO (código) 05501 | 04 Saída do PA 13:00 | 05 Chegada ao local 13:40 | |
| Local da Ocorrência | 06 Saída do local 13:50 | 07 Chegada ad 1º hospital 13:05 | 08 Saída do 1º hospital | 09 Chegada ao 2º hospital | | |
| Dados do Paciente | 10 Endereço AV Madre paulina | 11 Bairro Anselm Júnior | 12 Município-UF The | Código IDGE | | |
| | 13 Ponto de referência | | | | | |
| | 14 Nome Everaldo Silva Gonçalves | 15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado | | | | |
| | 16 Idade 100 | 1-Dia 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 | | |
| | 18 Tipo de ocorrência 01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espancamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica | 06-Tentativa de suicídio 07-Enveneramento 08-Afogamento 09-Quimadura 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 | 21-Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta | 22-Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança | | |
| Exame Físico | 23-Glasgow = 14 | RESPOSTA VERBAL ABERTURA CAUDAL Espontânea A voz 2-À dor 1-Nenhuma | RESPOSTA MOTORA 1-Obedeça a comando 2-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum | 24-Sinais Vitais P脉搏 Respiração PA TAX Sat02 | 25-Loc. l da lesão | |
| | 26-Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais | 29-Dor | ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa Seu Dor | | | |
| | 27-Pulso Radial 1-Cheio 2-Fra 3-Ausente | 30-Fratura 1-Sim 2-Não | Exposta Fechada | 1-Não 2-Suspeito 3-Suspeito | | |
| Assistência | 31-Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração Oxigênio Curativos | Prancha longa/curta Colar cervical Kred | Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica | Glicemias Acesso Venoso Medicamentos a) b) c) | 134 | |
| Hospital de Destino | 32-Hospital de Destino HGCT | 33-Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado | | | | |
| | | 34-Óbito 1-Sim 2-Não | Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte | | Não Removido | |
| Observações Interdisciplinar | paciente vítima de queda de moto com estorações + luxações de punho M.S. consciente, orientado, fisiológico. | | | | | DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| | | 29 AGO 2018 | | | | |
| | Socorristas Médico AEITE | ENTE SEGURO/AUTORIZAÇÃO Av. das Rosas, 405 Lote C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI Enfermeiro Condutor Daniel | | | | |
| | Responsável pela recepção Edson | | | | | |



ORTO

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

| | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------------|
| Nome: EVERTON SILVA GARCIA | | Prontuário: 476526 |
| Mãe: MARIA TELMA E SILVA GARCIA | Pai: | |
| End. Resid.: QD L BLOCOA 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 VENESSA 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 livres, uso de colar / prancha; B: MV+, sem alt. c: BNF, RR, 2+ + abdomen inofante; D: ECG: IS; E: Antebraço enfaixado.

RÁIO-X REALIZADO

DATA 14/05/2018

Técnico: (Assinatura)

| | | | |
|----------------------|-----------|---------------|--------------|
| PA _____ mmHg | P脉: _____ | 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 2010

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 486 - Centro
 Centro, Teresina-PI CEP: 64002-470
 Se Intervisão, Norte CID: 05002-470
 Teresina-PI

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / .

HORA: : .

Procedimento

CID

Ana Claudia
 Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico