



0006

A 12/08/2017



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAT
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]
23 ABR. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

NOME DO PACIENTE: Jose Edilson Nunes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 44896

SERVIÇO DE ARQUIVOS 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 3719 4672
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Após avaliação da neuro emergência
ao C.C.

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Neuro

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE EDILSON NUNES		Prontuário: 44896	
Mãe: ANA CREUSA NUNES	Pai:		
End. Resid.: RUA PAULO XII, 5215 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: 64000-030			
Nascimento: 30/11/1981	Idade: 35a:7m:25d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9938-9252
Responsável: LUCIANA	CNS: 706892/55103825		
Profissão: ZELADOR	CPF: RG: 2038920 - SSPPI		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Casado		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 613130	Data: 24/06/2017 18:44:12	Condução: -
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajetória?: Não	Tipico: Não
CID Secundário: V299		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de colisão moto moto há 4 horas. Refere ingestão alcoólica; não estava de capacete.

Usa cinta pélvica, sem cota cervical, MU+ bilateral, supnico, antebraço direito, pulso esquerdo; ECG: 15, sem déficit; Refere dor em pé direito; ombro E; e em coluna torácica.

PA: X mmHg

Pulso: -

FC: -

Temp.: -

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RA qui D, ombro E;
TC de coluna cervical;
SF O, 97. 1000 ml, EV: 3.79 2: (1) 1000 ml;
SF O, 97. 1000 ml, EV: 20

ALTA:

() Melhorado () Administrativa
() Curado () Por Indisciplina
() Inadequado () Por Evasão
() A pedido

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

DATA SAÍDA: / /

HORA: :

ÓBITO:

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DESTINO:

AGE 24 HS 23 ABO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-270

() Internação na Unidade
Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

Dr. Leonardo Lino
MÉDICO
CRM PI 6675

Luciana Romigack S. V. do
Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional - BE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3229 4870

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

17/06/2017 18:46:25

MOTIVO: ATEND.

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE EDILSON NUNES		Prontuário: 44896	
Mãe: ANA CREUSA NUNES		Pai:	
End. Resid.: RUA PAULO XII, 5215 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: -4100-030			
Nascimento: 30/11/1981	Idade: 35a:7m:25d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9938-9252
Responsável: LUCIANA		CNS: 706805 55103825	
Profissão: ZELADOR		Documento: RG: 7039720 - SSP/PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Casado A	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 613130	Data: 24/06/2017 18:44:12	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOR)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1/	ESPECIALISTA: OTORRINO
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: FRATURAS EXPOSTAS DO 5º e 4º METACARPO C.D. AO CC APÓS LIBERAÇÃO DAS OUTRAS LINHAS	
Carimbo/Assinatura Solicitante:	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/	DEPARTAMENTO DE MINISTROS:
	OPVAT:
	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
	23 ABR. 2017
	GENTE SEGURADORA S.A.
	Rua Coelho de Resende 455 Loja C
	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer:

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/1/	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante:	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/	
	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer:



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente			Dr. Edilson Nunes		
Diagnóstico pré-operatório			Fr. da 4ª e 5ª Metatarsos D + lesão 3. dedo		
Operação - Tipo			RPS e FK + Tendo		
Cirurgião		1º Assinante			
2º Assinante		3º Assinante			
Instrumentador(a)		Anestésista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)					
1. Fil em MK dos Regatos					
2. Manobras + Arter e Capas elásticas					
3. Teste elástico + Imposição elástica CI JFO, 91.					
4. Redução fratura CI FK m-65 metatarsos da 4ª e 5ª metatarsos D + lesão 3. dedo esquerdo do pé D.					
5. Sutura pele e crânio					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/06/77

NOME DO PACIENTE: <u>zoi Solibon Nunes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>44896</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Ft de 4.5. Melhora p/ e lesão de</u>	CIRURGIA: <u>Tratamento cir. de p/ e Tumor</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>Dr. J. S. Melo</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Dr. J. S. Melo</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Solubon</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Dr. J. S. Melo</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.			LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA			
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.			SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Hi-Cremon</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Ex. p/ degenar</u>		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<u>Getrocos</u>		05	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Memory len 3.0</u>		01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Valdine</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Valdine</u>			
PROLENE							

FOILHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE Jane Edilene Nunes				Nº DE REGISTRO	
DATA: 23/06/17	P. ARTERIAL 140x95	PULSO 70	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGINEO	HEMATIMETRIA	HÉMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA				DOS. URÉIA	
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	
SISTEMA DIGESTIVO				BRONQUITE	
ESTADO MENTAL				SISTEMA URINÁRIO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				CORTICÓIDES	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				ATARÁXICOS	
				OUTROS	
FÍSICOS				EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES		
		1			
		2			
		3			
LÍQUIDOS		SO-LITO 500			
		400			
		SANGUE 300			
		200			
		OUTROS 100			
TEMPERATURA T		°C			
		260			
		240			
		2			
P. ARTERIAL V O PULSO		36			
		200			
		180			
		160			
		140			
		120			
		100			
		80			
		60			
		40			
		20			
		10			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO O					
SÍMBOLOS					
TÉCNICAS					
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
CRN: 1525-PI CPF 200.435.893-91					
PARTICULARIDADES					
INCIDENTE - ACIDENTE					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS					

LIARTAMENTO DE SINISTRO
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

SEQUÊNCIA
1 23 ABL 2017
2
3
4 GENTE SEGURADORA S.A.
5 Rua Coelho de Resende 365 Loja C
6 Centro - Nore CEP: 64.002470
7
8
9
10
11
12
13
14
15

DURAÇÃO **1:30**



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Dr. Edilson Almeida	44896	Ortopédica	231	238	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
			HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO			330. O paciente em pós-operatório cirúrgico de fratura do 4º e 5º MTD, com dor moderada, medicação adequada, mobilidade adequada, consiente, responde a perguntas, sem alterações de consciência.	
2	SF 0,9% 1000 ML EV 14 GTS/ MIN			Obs: 30 dias de repouso, após a cirurgia, seguir o plano de cuidados cirúrgicos e administrar medicamentos - mas, sem dor pós-operatória.	
3	RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H	VIT	HNBVBHNV	- 24 06	
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H	VIT	VIT	- 24 06	
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H	VIT	VIT	- 24 06	
6	TILATIL 20 - 1 AMP + AD EV 12/12H	VIT	VIT	- 24 06	
7	CURATIVO				
8	CCGG + SSV				
		CONHECIMENTO NAC VERIFICADO			
		SENTINELA DE SEGURANÇA			
		23 ABR 2017			
		RUA COELHO DE RESENDE, 455 L. 1.º C. Centro - N.º 64.002.470			



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3225 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE EDILSON NUNES** (Prontuário: 44896)

Endereço: RUA PAULO XII, 5215 - SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64000-030

Nascimento: 30/11/1981 Idade: 35a:7m:25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 613130

Requisição: 752916 Solicitação: 24/06/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 936579 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010036

Data Exame: 24/06/2017

T.C. DE COLUNA DORSAL

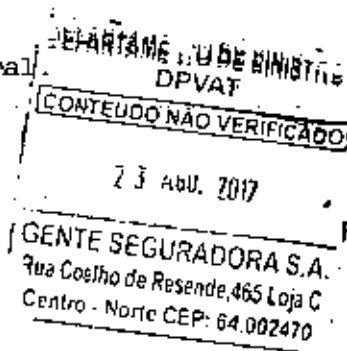
TÉCNICA : Foram realizados cortes axiais com espessura de 10 mm e intervalo de 10 mm, paralelos aos espaços discais de D1 a D12.

RELATÓRIO:

- Corpos vertebrais, pedículos, lâminas posterior, apófises transversas, espinhosas e facetas articulares com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
- Discos intervertebrais visualizados com morfologia, contornos e coeficientes de atenuação normais.
- Canal vertebral ósseo nos seguimentos estudados com dimensões dentro dos limites da normalidade.
- Medula espinhal com coeficientes de atenuação normais.
- Estruturas das partes moles paravertebrais com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

CONCLUSÃO: Exame de aspecto normal.

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 24/06/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO



Eu , **LUCIANA RODRIGUES DOS SANTOS VALE**, portadora do RG: 2.502.771 SSP-PI, data de expedição 17/06/16 e portador do CPF: 007.150.993-37, domiciliado NA CIDADE de Teresina NO ESTADO DO Piauí onde reside no na Rua Nicinha,3241, Satellite, Teresina, Piaui declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima JOSE EDILSON NUNES, cujo condutor era JOSE EDILSON NUNES.

Veículo : PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA
MODELO : HONDA POP100
ANO : 2015
PLACA PIH-8245
CHASSI : 9C2HB0210FR477921
DATA DO ACIDENTE:24/06/2017

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

Teresina (PI), 21 de julho de 2017

5º Ofício

Luciana Rodrigues dos Santos Vale

Assinatura do declarante

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

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Mesa do Amparo Público Local de Análise - Tabetia
Rua Barroso, 91, Sul - CEP 64061-130 - Teresina - PI - Fone: (85) 3221-6665

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE A TÍTULO DE ATTESTADO DE ASSINATURA
EMISSA EM 21/07/2017
Pelo Tabelião Público
Tabela - Piauí

ESTÁ ADEQUADA DE JUIZA AVELINO PESSOA DEBENDITE

CARTÓRIO "DUALMA VELOSO"
Assinatura de JUIZA AVELINO PESSOA
Compromissada
Tabela - Piauí
AR 20510

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.743/0001-89 | Insc. Est. ICMS: 19.301.383-5
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda do SIAFEX 08/98

Nº da Nota Fiscal: 000931997

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2017	31/07/2017	243	136,98

LUCIANA RODRIGUES DOS SANTOS VALE
R. NICINHA 3241 3241 SATELITE
CPF: 00000715099337
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 15.001.59.62.352010

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	16692	Atual:	24/07/2017
Anterior:	16449	Anterior:	23/06/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	22/08/2017
Consumo Medido:	243	Emissor:	24/07/2017
Consumo Faturado:	243	Apresentação:	24/07/2017

MEDIA 12M

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classificação	Ligação	Metro Medidor	Posto	Código Fato. Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A850663		1.4.1.1. 243

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/17 246	CONSUMO 30 A R\$ 0,219968 = 6,59
MAI/17 0	70 A R\$ 0,377081 = 26,39
ABR/17 262	120 A R\$ 0,565635 = 67,87
MAR/17 263	23 A R\$ 0,628477 = 14,45
FEV/17 261	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 9,75
JAN/17 85	DIFERENÇA DE TARIFA 40,43
DEZ/16 505	SUBVENCAO BAIXA RENDA 28,56
NOV/16 334	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,69
OUT/16 258	
SET/16 218	
TARIFA DE TRIBUTOS:	
U A 30 - 0,150600	
SI A 180 - 0,963600	
LI A 220 - 0,352550	
221 A 243 - 0,443140	

MESSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS	VALOR DE DENTRO VENCIDOS
Mes/Ano Valor R\$	Informamos existirem débitos vencidos no valor de R\$
05/2017 5,17	0005.017.00 1500 adreosrios leais, ate aia dela, para ois
04/2017 146,26	cabíveis, se não, ois, se não, ois, se não, ois, se não, ois
03/2017 146,44	atendimento da Eletrobras Distribuição Piauí com ois, com ois
Na mais 56 conta(s)	varfesi de assento.

FATURADO PELA MEDIA. IMPEDIMENTO DE ACESSO. SUJEITO A SUSPENSÃO
DO FORNECIMENTO (ART. 87 DA RESOLUCAO ANEEL No. 414/2010).
LIGUE 0800 085 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO BFDD.7EF2.50A5.73EE.0145.5579.064E.1804

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	39,85	Base de Cálculo:	155,79
Energia:	43,91	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	5,90	Valor do ICMS:	38,94
Encargos:	13,21	Valor do PIS:	1,24
Tributos:	45,92	Valor do COFINS:	5,74

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,19	10,38	20,77	3,30	6,60	13,20	2,94
0,00			0,00			0,00

TERESINA-SATELITE 05/2017 2,46

ROT: 15.001.59.62.352010

8360000001 5 36980017000 2 00000000900 1 92050717008 1





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

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



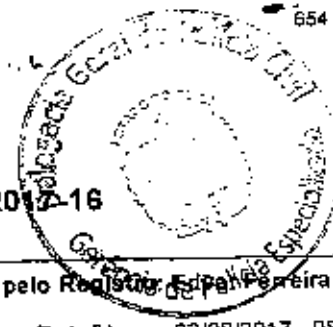
SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	13 Ponto de referência	
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vilima				
	20 Meio de locomoção				
Exame Físico	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Assistência	23 Glasgow				
	24 Sinais Vitais				
Hospital de Destino	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Observações Interdisciplinares	27 Pulso				
	28 Sangramento				
29 Dor					
30 Fratura					
31 Procedimentos realizados					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinares					
Responsável pela recepção					
Socorristas Médico					
Enfermeiro Condutor					



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

654 v.1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003331/2017-16

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 02/08/2017 - 08:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

24/06/2017 - 16:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO RESIDENCIAL SATURNO, Nº:

Complemento

Bairro

PORTO DO CENTRO



Ponto de Referência

HOSPITAL DO BAIRRO SATELITE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ EDILSON NUNES

RG: 20389205SPPI

Mãe: ANA CREUSA NUNES

Endereço: RUA NICHINHA VILA BANDEIRANTE-I, Nº 3241

Bairro: SATELITE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9413-3594

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Tipos Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

12 Set. 2017

COMPANHIA SEGURO S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-270

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA POP 100, COR VERMELHA, ANO 2015/2015, PLACA PIH-3245, DE PROPRIEDADE DA SRA. LUCIANA RODRIGUES DOS REIS VALE, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE COLIDIU COM O VEÍCULO-II MOTO, NÃO IDENTIFICADA, QUE EVADIU-SE DO LOCAL. O NOTICIANTE VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº44896. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576

AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ EDILSON NUNES - Noticiante

Responsável pela Informação





AVERBAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100203.003331/2017-16

JOSÉ EDILSON NUNES/NOTICIANTE/VÍTIMA, AVERBA NESTE BOLETIM QUE O PROPRIETARIO DO VEÍCULO-I MOTO PLACA PIH-8245, É A SRA. LUCIANA RODRIGUES DOS SANTOS VALE. É A AVERBAÇÃO..

JOSÉ EDILSON NUNES (AVERBANTE)

TERESINA, 06/09/2017

Edvar Ferreira Nunes

EDVAR FERREIRA NUNES

AGENTE ESPECIAL MAT. 0092576





AVERBAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100203.003331/2017-16

JOSÉ EDILSON NUNES/NOTICIANTE/VÍTIMA, AVERBA NESTE BOLETIM QUE O PROPRIETARIO DO VEÍCULO-I MOTO PLACA PIH-8245, É A SRA. LUCIANA RODRIGUES DOS SANTOS VALE. É A AVERBAÇÃO..



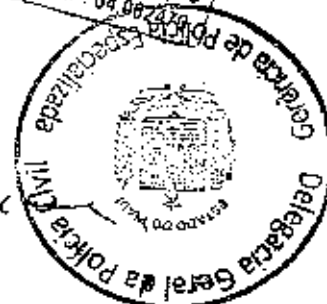
JOSÉ EDILSON NUNES (AVERBANTE)

TERESINA, 06/09/2017

Edvar Ferreira Nunes

EDVAR FERREIRA NUNES

AGENTE ESPECIAL MAT. 0092576



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



10004

Documento de identificação

Eu, José Edilson Nunes, portador da carteira de identidade nº 2.038.920 e inscrito no CPF/MF sob o nº 868.852.603-63 residente e domiciliado na R. Manha nº 3241 B- Satélite Cidade Terresina Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

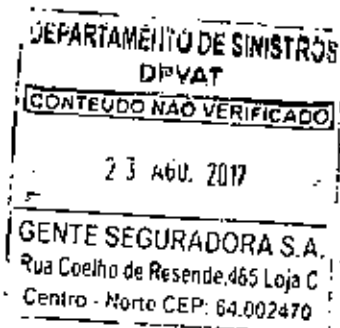
() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

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

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

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



José Edilson Nunes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Terresina - PE 21/08/2017

Local e data



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003331/2017-16



Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 02/08/2017 - 08:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO RESIDENCIAL SATURNO, Nº

Complemento

Data/Hora

24/06/2017 - 16:00

334301

Bairro

PORTO DO CENTRO

Ponto de Referência

HOSPITAL DO BAIRRO SATELITE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ EDILSON NUNES

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

RG: 2038920SSPP

Mãe: ANA CREUSA NUNES

Endereço: RUA NICINHA VILA BANDEIRANTE-I, Nº 3241

Bairro: SATÉLITE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9413-3594

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

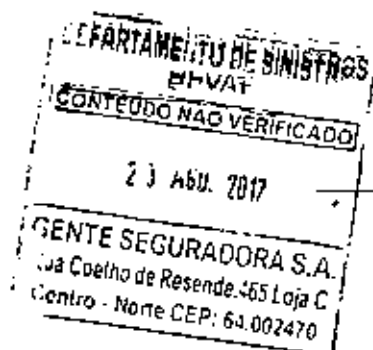
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA POP 100, COR VERMELHA, ANO 2015/2015, PLACA PIH-8245, DE PROPRIEDADE DA SRA. LUCIANA RODRIGUES DOS REIS VALE, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE COLIDIU COM O VEÍCULO-II MOTO, NÃO IDENTIFICADA, QUE EVADIU-SE DO LOCAL. O NOTICIANTE VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº44696. É O REGISTRO.

Edvar F. Nunes
Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

José Edilson Nunes
JOSÉ EDILSON NUNES - Notificante
Responsável pela Informação



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, José Edilson Nunes
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.038.920 EXPEDIDO POR SSP/PI EM 18/12/15 E
CPF 6.688.526.03-63 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recusou-se
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou-se NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Edilson Nunes, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa);
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesse momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3808 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 14697-0

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

Teresina 21 de Agosto de 2017 LOCAL E DATA
José Edilson Nunes ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-4121204.

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

227-824190680-1

15/AGO/2017

HORA DE 08:27:58

CPF: 10.19965-9
LOCALIDADE: TERESINA
AG. VINCULADA: 3389

TERM: 057098

CONTROLE: 383141786

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3588 013 00014697-0

JOSE EDI SON RIBEIS

VALOR :



ESTE RECIBO É VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

227-824190680-1

1ª VIA

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

DEPARTAMENTO DE DINHEIRO
BPMAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 ABR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2017

Carta nº: 11704389

A/C: JOSE EDILSON NUNES

Sinistro: 3170466532 ASL-0328188/17
Vítima: JOSE EDILSON NUNES
Data Acidente: 24/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2017

Carta nº: 11800696

A/C: JOSE EDILSON NUNES

Sinistro: 3170466532 ASL-0328188/17
Vítima: JOSE EDILSON NUNES
Data Acidente: 24/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSE EDILSON NUNES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003808

Conta: 0000014697-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2017

Carta nº: 11576200

A/C: JOSE EDILSON NUNES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170466532 ASL-0328188/17

Vítima: JOSE EDILSON NUNES

Data Acidente: 24/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 05/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDILSON NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03808

CONTA: 000000014697-0

Nr. da Autenticação 4D608982D41D8708

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170466532

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EDILSON NUNES

Data do acidente: 24/06/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta dos 4º e do 5º metatarsos com lesão do tendão extensor do pé direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame vítima apresenta cicatriz com 03 cm no pé direito, região dorsal com afundamento, edema residual, rigidez articular dos 3º, 4º, e 5º pododáctilos direitos, perda de força e diminuição dos movimentos articulares do pé direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com fixação de 02 fios de kirschner no 4º e no 5º dedos do pé direito. Refere que não fez fisioterapia e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 6373

UF do CRM do médico: MA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE EDILSON NUNES** Sinistro: **3170466532** Data: **24/06/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Nicinha, 3241, Casa - Satélite - Teresina - PI - CEP 64059-340**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **2.038.920**

Data local do exame: [**29/09/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta dos 4º e do 5º metatarsos com lesão do tendão extensor do pé direito. Ao exame vitima apresenta cicatriz com 03 cm no pé direito, região dorsal com afundamento, edema residual, rigidez articular dos 3º, 4º, e 5º pododáctilos direitos, perda de força e diminuição dos movimentos articulares do pé direito.

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

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

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

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

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

Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com fixação de 02 fios de kirschner no 4º e no 5º dedos do pé direito. Refere que não fez fisioterapia e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

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

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

Limitação funcional do pé direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Pé direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170466532

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EDILSON NUNES

Data do acidente: 24/06/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura em pé direito

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.038.920 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/12/15

NOME JOSÉ EDILSON NUNES

FILIAÇÃO ANA CREUSA NUNES

NATURALIDADE CAMPO MAIOR-PI DATA DO NASCIMENTO 30/11/1981

DOC. ORDEM CERT. NASC. 123887 L 162 F 474

EXP. TERESINA-PI 15/12/15

CPR 68.852.603-63

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93 - DECRETO Nº 86.280/93



Comprovante de recálculo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VAY
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 94.003-470

CARTeira de IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

0778138



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



SINISTRO INVALIDEZ

NOME DA

VÍTIMA: JOSE EDILSON NUNES

PORTADOR / RESPONSÁVEL:

TELEFONE OU EMAIL

☒ NOVO ☐ PENDÊNCIA ☐ REANÁLISE

DOCUMENTAÇÕES:

- ☒ CÓPIA AUTENTICADA OU ORIGINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA
- ☒ COMPROVAÇÃO DO ATO DECLARATÓRIO
- ☐ CÓPIA AUTENTICADA DO LAUDO DO IML
- ☒ DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (PADRÃO DA SEGURADORA LÍDER)
- ☒ DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO (CASO ACIDENTE ENVOLVA APENAS UMA MOTOCICLETA E A VITIMA NÃO SEJA PROPRIETÁRIO)
- ☒ DOCUMENTAÇÃO MÉDICO- HOSPITALAR
- ☒ CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF
- ☐ DUT- (CASO A VITIMA SEJA PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
- ☒ CÓPIA DO CARTÃO DO BANCO OU EXTRATO BANCÁRIO
- ☒ DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
- ☒ CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 Abr. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002479

Recebido por:

Andre Luiz Lima

Data do recebimento:

20/08/17

Vítima

Jose Edilson Nunes