

---

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA  
Nº Sinistro: 3180223604  
Vitima: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA  
Data do Acidente: 19/01/2018  
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 3180223604**.

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**



---

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

Sinistro: 3180223604

Vítima: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

Data do Acidente: 19/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180223604** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Carta n°: 12926456

A/C: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

Nº Sinistro: 3180223604  
Vitima: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA  
Data do Acidente: 19/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

**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: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000641

Conta: 000000562-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 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

794 603 053 34

Nome completo da vítima

marcos antônio silva motta

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	marcos antônio silva motta	CPF titular da conta	794 603 053 34	Profissão	Revisor - me
Endereço	a 097 A .	Número	0 97	Complemento	casa
Bairro	Direceu Arco Verde	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email				CEP	
				Telefone (DDD)	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<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
0641	013	0562	0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

 **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

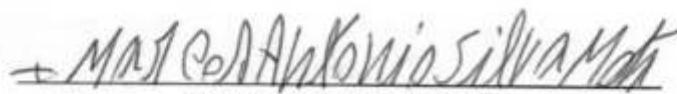
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

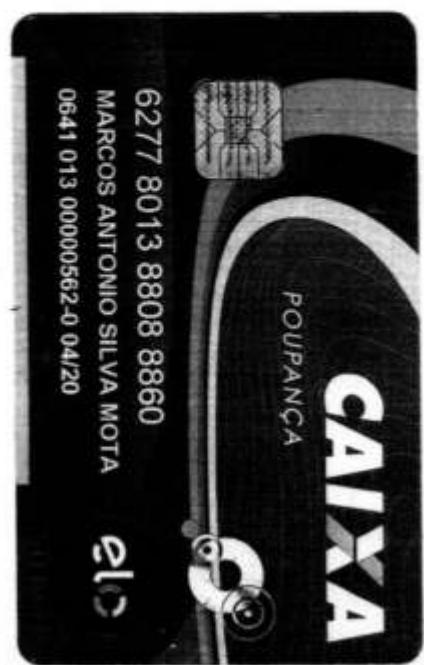
Teresina/PI 15 de maio de 18

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário







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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.000715/2018-68**

**Unidade de Registro:** DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Pelo Registro:** Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

**Data/Hora:** 22/02/2018 - 09:17

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Endereço**

SANTA ROSA, Nº:

Complemento

443203  
Bairro  
ALTO DA RESSURREIÇÃO

Ponto de Referência

**Data/Hora**  
19/01/2018 - 08:45

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

**Nome:** MAGDA MARCIA DE CARVALHO SOUSA

**Tipo Envolv.:** NOTICIANTE/Noticiante

RG: 2303168

Mãe: ALDENI SANTANA DE CARVALHO SOUSA

Endereço: QUADRA 97, CASA 20, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE I

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9466-3677

**Nome:** MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

**Tipo Envolv.:** VÍTIMA

RG: 1600658

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS SOUSA DE SILVA MOTA

Endereço: QUADRA 97, CASA 20, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE I

Cidade: TERESINA

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA A NOTICIANTE QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR 125, ANO 2014, PLACA PIC-4477, PASSAGEIRO ACIMA QUALIFICADO, PROPRIETÁRIO/ VITIMA, RELATA A NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO UM CACHORRO PASSOU NA FRENTES DE SUA MOTO, ONDE O PASSAGEIRO CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 154043. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616  
**AGENTE DE POLÍCIA**  
 Almiralice R. Lebre Carlos  
 Escrivão Especial  
 Mat.: 009761-6

Magda Marcia de Carvalho Sousa  
 MAGDA MARCIA DE CARVALHO SOUSA - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 MAIO 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
marcos Antonio silva mota	794603053-34	19/01/18

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) (86)95346865

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Teresina-PI, 15 de maio de 18

Local e Data

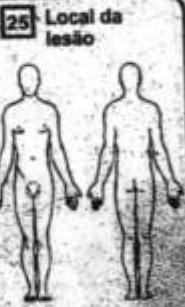
+MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 MAIO 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Dados do Chamado	01 N° do chamado <b>2431</b>	02 Data do chamado <b>14/05/2012</b>	03 PRO (código) <b>7901</b>	04 Saída do PA <b>09:44</b>	05 Chegada ao local <b>09:50</b>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>09:09</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>09:27</b>	08 Saída do 1º hospital <b>09:41</b>	09 Chegada ao 2º hospital <b>09:50</b>	
Dados do Paciente	10 Endereço <b>Rua 15 de Novembro, 1000 - Centro</b>	11 Bairro <b>Centro</b>	12 Município <b>Floriano</b>	Código IBGE <b>01010000000000000000</b>	
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência <b>Rua 15 de Novembro, 1000 - Centro</b>	14 Nome <b>Marco Antonio Lobo Mota</b>	15 Sexo <b>1- Masculino</b>		
Acidente de Transporte	16 Idade <b>44</b>	17 Se idade ignorada, preencha com 999	18 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim    2-Não    9-Ignorado		
Exame Físico	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	
Hospital de Destino	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 - Ciclista	22 Equipamentos de segurança Capacete    Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = <b>15</b> ABERTURA OCULAR 1- Espontânea 2- À voz 3- À dor 4- Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 1- Orientada 2- Confusa 3- Palavras inapropriadas 4- Palavras incompreensíveis 5- Ignorada	RESPOSTA MOTORA 0- Obedece a comandos 1- Localiza dor 2- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 4- Extensão anormal 5- Ignorado	24 Sinais Vitais P脉搏 _____ Respiração _____ PA _____ TAX. _____ Sat02 _____	25 Local da lesão 
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor    3 - Leve    6 - Moderada    9 - Intensa 30 Fratura 1 - Sim    2 - Não	
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração    Prancha longa/curta Oxigênio    Colar cervical Curativos    Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemias _____ Acesso Venoso _____ Medicamentos a) b) _____ c) _____		
	32 Hospital de Destino <b>445</b>				<input type="checkbox"/> Não Removido
	33 Condições de entrada 1-Melhorado    2-Piorando    3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte			
	<b>Protegeu o paciente de forma segura. M19. Consciente, orientado.</b>			DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
	Socorristas Médica AEPE	Enfermeiro	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-120		

# 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: 30/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00641

CONTA: 00000000562-0

---

Nr. da Autenticação E9145A049063FAB9

**Águas de Teresina**  
Nossa água muito bem tratada

CNPJ 27157474000206 - IE 195965574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Piçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (66) 98124-3199

MATRÍCULA	DESCRIÇÃO MÊS/ANO		
12961956-2	15/09/1985		
3/2018			
<b>HOME/ENDEREÇO</b>			
MORADOR RAINUNDO N F MOTA			
CON DIRCEU ARCOVERDE 3 0-097 A 0-0101, Q-097-C-020-ITARARE-TERESINA-PI-cep:64077310			
<b>LOCALIZAÇÃO</b>			
017-00019-007910	GRUPO		
	NÚMERO DO FONE/CELULAR		
	017		
	Y10N591629		
<b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b>			
MÊS/ANO	TIPO	UDO	RETURADO
01/01/2018	Residencial	21	21
01/02/2018	Residencial	24	24
01/03/2018	Residencial	21	24
01/04/2018	Residencial	21	25
01/05/2018	Residencial	21	26
01/06/2018	Residencial	21	27
01/07/2018	Residencial	21	28
01/08/2018	Residencial	21	29
01/09/2018	Residencial	21	30
01/10/2018	Residencial	21	31
01/11/2018	Residencial	21	32
01/12/2018	Residencial	21	33
01/01/2019	Residencial	21	34
01/02/2019	Residencial	21	35
01/03/2019	Residencial	21	36
01/04/2019	Residencial	21	37
01/05/2019	Residencial	21	38
01/06/2019	Residencial	21	39
01/07/2019	Residencial	21	40
01/08/2019	Residencial	21	41
01/09/2019	Residencial	21	42
01/10/2019	Residencial	21	43
01/11/2019	Residencial	21	44
01/12/2019	Residencial	21	45
01/01/2020	Residencial	21	46
01/02/2020	Residencial	21	47
01/03/2020	Residencial	21	48
01/04/2020	Residencial	21	49
01/05/2020	Residencial	21	50
01/06/2020	Residencial	21	51
01/07/2020	Residencial	21	52
01/08/2020	Residencial	21	53
01/09/2020	Residencial	21	54
01/10/2020	Residencial	21	55
01/11/2020	Residencial	21	56
01/12/2020	Residencial	21	57
01/01/2021	Residencial	21	58
01/02/2021	Residencial	21	59
01/03/2021	Residencial	21	60
01/04/2021	Residencial	21	61
01/05/2021	Residencial	21	62
01/06/2021	Residencial	21	63
01/07/2021	Residencial	21	64
01/08/2021	Residencial	21	65
01/09/2021	Residencial	21	66
01/10/2021	Residencial	21	67
01/11/2021	Residencial	21	68
01/12/2021	Residencial	21	69
01/01/2022	Residencial	21	70
01/02/2022	Residencial	21	71
01/03/2022	Residencial	21	72
01/04/2022	Residencial	21	73
01/05/2022	Residencial	21	74
01/06/2022	Residencial	21	75
01/07/2022	Residencial	21	76
01/08/2022	Residencial	21	77
01/09/2022	Residencial	21	78
01/10/2022	Residencial	21	79
01/11/2022	Residencial	21	80
01/12/2022	Residencial	21	81
01/01/2023	Residencial	21	82
01/02/2023	Residencial	21	83
01/03/2023	Residencial	21	84
01/04/2023	Residencial	21	85
01/05/2023	Residencial	21	86
01/06/2023	Residencial	21	87
01/07/2023	Residencial	21	88
01/08/2023	Residencial	21	89
01/09/2023	Residencial	21	90
01/10/2023	Residencial	21	91
01/11/2023	Residencial	21	92
01/12/2023	Residencial	21	93
01/01/2024	Residencial	21	94
01/02/2024	Residencial	21	95
01/03/2024	Residencial	21	96
01/04/2024	Residencial	21	97
01/05/2024	Residencial	21	98
01/06/2024	Residencial	21	99
01/07/2024	Residencial	21	100
01/08/2024	Residencial	21	101
01/09/2024	Residencial	21	102
01/10/2024	Residencial	21	103
01/11/2024	Residencial	21	104
01/12/2024	Residencial	21	105
01/01/2025	Residencial	21	106
01/02/2025	Residencial	21	107
01/03/2025	Residencial	21	108
01/04/2025	Residencial	21	109
01/05/2025	Residencial	21	110
01/06/2025	Residencial	21	111
01/07/2025	Residencial	21	112
01/08/2025	Residencial	21	113
01/09/2025	Residencial	21	114
01/10/2025	Residencial	21	115
01/11/2025	Residencial	21	116
01/12/2025	Residencial	21	117
01/01/2026	Residencial	21	118
01/02/2026	Residencial	21	119
01/03/2026	Residencial	21	120
01/04/2026	Residencial	21	121
01/05/2026	Residencial	21	122
01/06/2026	Residencial	21	123
01/07/2026	Residencial	21	124
01/08/2026	Residencial	21	125
01/09/2026	Residencial	21	126
01/10/2026	Residencial	21	127
01/11/2026	Residencial	21	128
01/12/2026	Residencial	21	129
01/01/2027	Residencial	21	130
01/02/2027	Residencial	21	131
01/03/2027	Residencial	21	132
01/04/2027	Residencial	21	133
01/05/2027	Residencial	21	134
01/06/2027	Residencial	21	135
01/07/2027	Residencial	21	136
01/08/2027	Residencial	21	137
01/09/2027	Residencial	21	138
01/10/2027	Residencial	21	139
01/11/2027	Residencial	21	140
01/12/2027	Residencial	21	141
01/01/2028	Residencial	21	142
01/02/2028	Residencial	21	143
01/03/2028	Residencial	21	144
01/04/2028	Residencial	21	145
01/05/2028	Residencial	21	146
01/06/2028	Residencial	21	147
01/07/2028	Residencial	21	148
01/08/2028	Residencial	21	149
01/09/2028	Residencial	21	150
01/10/2028	Residencial	21	151
01/11/2028	Residencial	21	152
01/12/2028	Residencial	21	153
01/01/2029	Residencial	21	154
01/02/2029	Residencial	21	155
01/03/2029	Residencial	21	156
01/04/2029	Residencial	21	157
01/05/2029	Residencial	21	158
01/06/2029	Residencial	21	159
01/07/2029	Residencial	21	160
01/08/2029	Residencial	21	161
01/09/2029	Residencial	21	162
01/10/2029	Residencial	21	163
01/11/2029	Residencial	21	164
01/12/2029	Residencial	21	165
01/01/2030	Residencial	21	166
01/02/2030	Residencial	21	167
01/03/2030	Residencial	21	168
01/04/2030	Residencial	21	169
01/05/2030	Residencial	21	170
01/06/2030	Residencial	21	171
01/07/2030	Residencial	21	172
01/08/2030	Residencial	21	173
01/09/2030	Residencial	21	174
01/10/2030	Residencial	21	175
01/11/2030	Residencial	21	176
01/12/2030	Residencial	21	177
01/01/2031	Residencial	21	178
01/02/2031	Residencial	21	179
01/03/2031	Residencial	21	180
01/04/2031	Residencial	21	181
01/05/2031	Residencial	21	182
01/06/2031	Residencial	21	183
01/07/2031	Residencial	21	184
01/08/2031	Residencial	21	185
01/09/2031	Residencial	21	186
01/10/2031	Residencial	21	187
01/11/2031	Residencial	21	188
01/12/2031	Residencial	21	189
01/01/2032	Residencial	21	190
01/02/2032	Residencial	21	191
01/03/2032	Residencial	21	192
01/04/2032	Residencial	21	193
01/05/2032	Residencial	21	194
01/06/2032	Residencial	21	195
01/07/2032	Residencial	21	196
01/08/2032	Residencial	21	197
01/09/2032	Residencial	21	198
01/10/2032	Residencial	21	199
01/11/2032	Residencial	21	200
01/12/2032	Residencial	21	201
01/01/2033	Residencial	21	202
01/02/2033	Residencial	21	203
01/03/2033	Residencial	21	204
01/04/2033	Residencial	21	205
01/05/2033	Residencial	21	206
01/06/2033	Residencial	21	207
01/07/2033	Residencial	21	208
01/08/2033	Residencial	21	209
01/09/2033	Residencial	21	210
01/10/2033	Residencial	21	211
01/11/2033	Residencial	21	212
01/12/2033	Residencial	21	213
01/01/2034	Residencial	21	214
01/02/2034	Residencial	21	215
01/03/2034	Residencial	21	216
01/04/2034	Residencial	21	217
01/05/2034	Residencial	21	218
01/06/2034	Residencial	21	219
01/07/2034	Residencial	21	220
01/08/2034	Residencial	21	221
01/09/2034	Residencial	21	222
01/10/2034	Residencial	21	223
01/11/2034	Residencial	21	224
01/12/2034	Residencial	21	225
01/01/2035	Residencial	21	226
01/02/2035	Residencial	21	227
01/03/2035	Residencial	21	228
01/04/2035	Residencial	21	229
01/05/2035	Residencial	21	230
01/06/2035	Residencial	21	231
01/07/2035	Residencial	21	232
01/08/2035	Residencial	21	233
01/09/2035	Residencial	21	234
01/10/2035	Residencial	21	235
01/11/2035	Residencial	21	236
01/12/2035	Residencial	21	237
01/01/2036	Residencial	21	238
01/02/2036	Residencial	21	239
01/03/2036	Residencial	21	240
01/04/2036	Residencial	21	241
01/05/2036	Residencial	21	242
01/06/2036	Residencial	21	243
01/07/2036	Residencial	21	244
01/08/2036	Residencial	21	245
01/09/2036	Residencial	21	246
01/10/2036	Residencial	21	247
01/11/2036	Residencial	21	248
01/12/2036	Residencial	21	249
01/01/2037	Residencial	21	250
01/02/2037	Residencial	21	251
01/03/2037	Residencial	21	252
01/04/2037	Residencial	21	253
01/05/2037	Residencial	21	254
01/06/2037	Residencial	21	255
01/07/2037	Residencial	21	256
01/08/2037	Residencial	21	257
01/09/2037	Residencial	21	258
01/10/2037	Residencial	21	259
01/11/2037	Residencial	21	260
01/12/2037	Residencial	21	261
01/01/2038	Residencial	21	262
01/02/2038	Residencial	21	263
01/03/2038	Residencial	21	264
01/04/2038	Residencial	21	265
01/05/2038	Residencial	21	266
01/06/2038	Residencial	21	267
01/07/2038	Residencial	21	268
01/08/2038	Residencial	21	269
01/09/2038	Residencial	21	270
01/10/2038	Residencial	21	271
01/11/2038	Residencial	21	272
01/12/2038	Residencial	21	273
01/01/2039	Residencial	21	274
01/02/2039	Residencial	21	275
01/03/2039	Residencial	21	276
01/04/2039	Resid		

*Águas de*  
**Teresina**

Nova Água multi-bem tratada

CNPJ 27157474000106 - IE 185968574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Picanco - CEP 64017-280, Teresina - PI

Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 91124-3199

MATRIZ 13302825-9 INSCRIÇÃO MÊS/ANO 151280966 5/2018

NOVA/ENHORTE RGZ/E SOARES MARQUES  
AVORADOR  
RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 544-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO 001-000008-000050

GRUPO 001 NÚMERO DO HEDÔMETRO A10X133657

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	MÉDIA	LEDO	FATURADO
01/2018	Plano	00	13
02/2018	Livreto	01	10
03/2018	Plano	00	10
04/2018	Livreto	00	10
05/2018	Plano	00	10

ECONOMIA CATÓPOLIS ATIVO TABUA I Comercial - Normal

04/04/2018 200<sup>a</sup>  
ANTERIOR 04/05/2018 168  
ATUAL

CONSUMO MÊS/Mês 10

LE 10.000000  
PESQUISA 92+1,45% = 1,44  
CORR 1,92+1,45% = 7,44

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$/M<sup>3</sup> E (%)

VALOR REFERENTE ÁGUA - 54,40 R\$ VALOR  
> Comercial-Normal 10,0 m<sup>3</sup> 54,40  
VALOR DE ESGOTO - 43,52 R\$  
> Comercial-Normal 10,0 m<sup>3</sup> 43,52

NÃO RESIDENCIAL - 54,40 R\$  
FAIXA DE CONSUMO R\$/M<sup>3</sup> E (%)

VALOR REFERENTE ÁGUA - 54,40 R\$ VALOR  
> Comercial-Normal 10,0 m<sup>3</sup> 54,40  
VALOR DE ESGOTO - 43,52 R\$  
> Comercial-Normal 10,0 m<sup>3</sup> 43,52



VENCIMENTO

10/05/2018

TOTAL APAGAR

97,92

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NENHUM ARQUIVO ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,  
conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.987/96, Art. 6º, §3º, Inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2837	2169	668	11,57	Inferior a 15,00
COR APARENTE	3336	2634	762	6,29	6,00-9,50
pH	3373	2952	421	2,97	Inferior a 5,00
TURBIDEZ					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	919	919	0	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI					

04/05/2018 09:40

DATA DA EMISSÃO

HORA DA EMISSÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
15 MAIO 2018

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

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (único para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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/REGISTRAZAO/DOCUMENTAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=2005>

A Circular SUSEP<sup>®</sup> 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 **fonte de renda mensal**, além de respectiva documentação comprobatória.

• 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 COAF<sup>®</sup>.

• Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

• 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 praticadas na Lei nº 9.613/98.

Declaro, eu Nelle Roze Soares Monique inscrito (a) no CPF/CNPJ 840173173, g/1  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário Marcos Antônio Silva Mota inscrito  
 (a) no CPF sob o Nº 794.603.053, 34, do sinistro de DPVAT cobertura TPI da Vítima  
Marcos Antônio Silva Mota inscrito (a) no CPF sob o Nº 794.603.053, 34, conforme  
 determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

		Mínimo	Completo
	Cidade	Estado	CEP
		Telefone comercial (DDD)	
		Telefone celular (DDD)	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

15 MAIO 2018

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

Assinatura do Declarante

*Milton*



NOME DO PACIENTE:

Marcos Antônio Silva Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

154043

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 MAIO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



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

ORTOPEDIC

CIR. GERAL

Imp: 19/01/2018 10:04:52

(User: NILDA CARVALHO)  
(Extensão: ACC001)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA		Prontuário: 154043
Mãe: MARIA DAS GRACAS SOUSA DA SILVA MOTA	Pai: RAIMUNDO NONATO FERREIRA MOTA	
End. Resid.: QD 97 CS 20 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 19/05/1976	Idade: 41a:4m:0d	Sexo: Masculino Fone: 86-99466-3677
Responsável: MAGDA	CNS: 898002945264643	
Profissão: SERVENTE	Documento: RG: 1600658 - SSP PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 646835	Data: 19/01/2018 09:27:02	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Não
		CID Secundário: V299

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Evento recente	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Verde
Breve História: Paciente vítima de acidente de moto. APRESENTANDO ESCORIAÇÕES DE MIO + PCT TRAUMÁTICO PELO SAMU. VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. APRESENTANDO ESCORIAÇÕES DE MIO + MOBILIZAÇÃO EM MIO + LESÃO NO PE. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO.		Profissional Clas. Risco: NILDA CARVALHO DA SILVA COREN - V397108	
		Em: 19/01/2018 10:04:51	

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Paciente vítima de acidente motociclistico no trabalho de capacete e não usava luva de proteção. Negou qualquer queimadura. Consciente e orientado, eupneico, acianótico, glástras L5, normocarácico, estômagos hemodinâmica mente. Escoriações pelo corpo e prima duração immobilizada.

### RAIO-X REALIZADO

DATA 19/01/2018

bpm Temp.

Técnico: J. C. 10:02

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

avaliarão ortopédica e cir. geral

### RAIO-X REALIZADO

DATA 19/01/2018

Técnico: J. C. 10:02

### DEPARTAMENTO DE SINISTRO

DPVAT

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Se Intervisão, indique o Procedimento e CID

0408030342

5626

Procedimento

CID

DATA: / /

HORA: :

15 MAIO 2018

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

Assinatura - Profissional Médico

*Magda Maria de Sá*  
Assinatura Reciente ou Responsável

Ortopedista  
Cirurgião Geral  
ORL - Faringologia



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

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 19/01/2018 10:05:23  
 (NIILDA CARVALHO)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA		Prontuário: 154043
Mãe:	MARIA DAS GRACAS SOUSA DA SILVA MOTA	Pai: RAIMUNDO NONATO FERREIRA MOTA
End. Resid.:	QD 97 CS 20 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento:	19/09/1976	Idade: 41a:4m:0d
Responsável:	MAGDA	
Profissão:	SERVENTE	
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	
End. Local.:	- - -	

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 646835	Data: 19/01/2018 09:27:02	Clas. Cor: Verde
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: ORTOPEDIA: 11:30

Paciente com fratura do escafoide Esquerda em tratamento há 1 mês com leve gesso. Pode novo trauma, com dor no polegar Esq. Rx com fratura da

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

polegar distal do polegar, com indicação de cirurgia.

Id: Todo grande

Interno para cirurgia

Dr. Ferdinand Freitas  
 Ortopedia e Reumatologia  
 Cirurgia da Ombro e Cotovelo  
 CRM-PI 3096 - TEOT- 11020

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

VO

### DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT Carimbo/Assinatura Solicitante

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 MAIO 2018

### GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

## **PRESCRIÇÃO**

NOME DO PACIENTE <b>Marcos Antônio Silveira Maté</b>		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	<b>100</b>
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <b>Fx. poligas</b> (E)		ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIZADO		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		NEGA	ORTO		
DATA: <b>19/01/12</b>		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
<p>1 - Dieta geral</p> <p>2 - 5% 0,9% 500ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h</p> <p>4 - ienoxicam 20mg + ADEV 12/12h</p> <p>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h</p> <p>6 - Plastil 01 amp + ADEV 8/8h SN</p> <p>7 - CCGG + SSV</p>			<p>12:40 - Pt. admitido re- sultado. Consciente, orientado, orientado e eupneico. Apres- tações pelo corpo. Nega comorbidades e alergia. medicamentos. Segue ag. Cirurgia. Eliane Águila Tavares</p> <p>Enfermeira CORONEL 458.055</p> <p>17:30TAX - 36°C; P.A - 130x90</p> <p>TCG ENFERMEIRAS: P - 63 BPM</p> <p>DOEN. PLACER</p> <p>18</p> <p>24 140 367 62</p> <p>100</p> <p>18 - 30 - Polimictido pt. constante, autotax, fôrnie, impureza. Hugo alguns, mas c. diabete. Apur- da cirurgia. Empatada.</p> <p>Lourenço 166.225</p>		
<p>Dr. Ferdinand Freitas Ortopedista e Coloproctologista</p> <p>Dr. Edmundo Tavares</p> <p>Dr. Edmundo Tavares</p> <p>Dr. Edmundo Tavares</p>			<p>DEPARTAMENTO DE OPVAT</p> <p>CONTEÚDO NÃO V</p> <p>15 MAIO 2012</p> <p>GENTE SEGURADA Rua Coelho da Rocha, 100</p>		

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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**



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

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 23/01/18

NOME DO PACIENTE:	<u>Marcos Antônio Silveira</u>	PROTÓTIPO N°:
DIAGNÓSTICO:	<u>Traumatismo / Fratura de fêmur</u>	ESPECIALIZAÇÃO:
ANESTESIA:	Drs. Osvaldo Mendes Filho Ortopedia / Cirurgia	
CIRURGIÃO:	<u>Bruno Puccetti</u>	Nº DA SALA: CPF N°:
AUXILIAR:	<u>Sofya P.</u>	CPF N°:
ANESTESIA:	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Christiane</u>	CPF N°:

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	15	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N°	715	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N°	615	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO		03	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TINTURA	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	36		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	10		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	20	01		Prepcm	UNID.	03	

**FIOS**

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				
CAT. GUT. CROMADO C/AG				
CAT. GUT. CROMADO S/AG				
ALCOFIL				
MONONYLON	30	02		
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Benedicto</u>
PROLENE				





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Marcos A. Figueiredo

Diagnóstico pré-operatório

Fract. Bilobada + Fract. clavicular direita

Operação - Tipo

Traut-Gimbel

Cirurgião

Genaldo Mendes Filho

1º Assistente

Flávio Lopes

2º Assistente

Dr. Geraldo Mendes Filho  
Ortopedia e Traumatologia

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório ligeito da Patologia

Acidente Durante a Operação

Acidente

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

15 MAIO 2018

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

**DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- perfurante obstruindo coluna cervical
- inseriu roca no globo
- identificou fratura (fractura?) era
- desvaza, operou entre 4 e 5 cm de distância  
(A) posicionado e posicionado de forma
- fixar
- nova ferida refazendo e fixando
- recortar e fechar com fio K.
- coxim, fibra, curativo, poleira

**- Clínica de Fraturas Ortopedia e Reabilitação**

C.N.P.J. 41.613.878/0002-60  
Conj. Dirceu II • Qda. 203 • Casa 11  
Fone: (86) 3235-4800 • CEP 64078-140  
Teresina - Piauí

**"Plantão Permanente"**

PACIENTE: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

DATA DE NASCIMENTO: 19.09.1976

CONVENIO: PARTICULAR

MÉDICO SOLICITANTE:

RAIO X DA MÃO ESQUERDA.

O relatório radiológico demonstra:

- Controle radiológico pós-operatório de artrodese da interfalangeana do primeiro dedo da mão esquerda e do osso escafoide esquerdo.

*Wm*

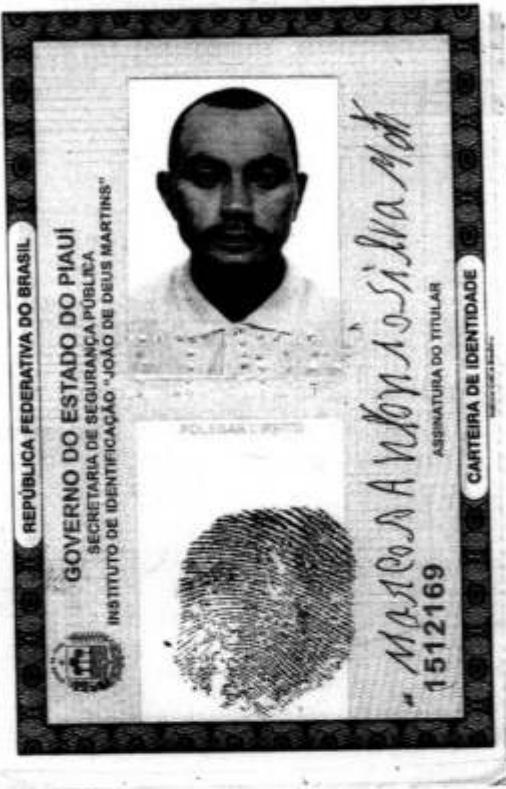
Impressão diagnóstica: Exame radiológico de controle pós-operatório.

06.03.2018

Dr. Manoel Gomes de Gusmão  
CRM-8051 CPF 066.388.553-91

MOD. 04

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
15 MAIO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEBAL.	1.600.658	DATA DE EXPIRAÇÃO .	31/10/17
NAME	MARCOS ANTONIO SILVA MOTA		
FILIAÇÃO	MARIA DAS GRAÇAS SOUSA DA SILVA MOTA RAIMUNDO NONATO FERREIRA MOTA		
NATURALIDADE	TERESINA - PI		
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 28011 L A32 E 89V		
EXP TERESINA - PI	19/06/2018		
CPF	1512169 053-053-3 Francisco das Chagas Pinheiro Martins Residência do prestativo Policial Classe Nenhum		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 MAIO 2018

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.119.262
DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME	<b>NELLE ROZE SOARES MARQUES</b>
FILIAÇÃO	
CICERA MARQUES JUCUNDE ANTONIO SOARES JUCUNDE	
CRATEUS-CE	
DOC. ORIGEM	
CERT. NASC. 529 L 141 EXP. CRATEUS-CE 25/09/78 TERESINA - PI	
Pedro Gómez de Melo Péricles Gómez de Melo	
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR	
DATA DE NASCIMENTO	
22/05/1971	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 88.250/83	



**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.**

Número do Sinistro: **3180223604**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS ANTONIO SILVA MOTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**CON DIRCEU ARCOVERDE Quadra 997 A, 097 - Itararé - Teresina - PI - CEP 64077-310**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **1600658**

Data e local do acidente: [ **19/01/2018** ] **SANTA ROSA, TERESINA-PI**

Data e local do exame: [ **28/05/2018** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DE POLEGAR ESQUERDO.**

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA.**

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO POLEGAR ESQUERDO (ADM EM 30º), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.**

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**SEQUELA FUNCIONAL DO POLEGAR ESQUERDO.**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**POLEGAR ESQUERDO**

% 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

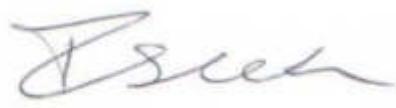
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180223604      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS ANTONIO SILVA MOTA      **Data do acidente:** 19/01/2018      **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/05/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NA MAO ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** L DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180223604      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS ANTONIO SILVA MOTA      **Data do acidente:** 19/01/2018      **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE POLEGAR ESQUERDO.

**Descrição do exame** VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO POLEGAR ESQUERDO (ADM EM 30º) **médico pericial:** , COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do 1º quirodáctilo esquerdo em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do polegar devido a redução da força muscular e limitação da flexo-extensão articular (ADM em graus).

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Ismar Aguiar Marques Filho

**CRM do médico:** 3165

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

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

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**