

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

Carta nº 12819727



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** 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 nº: 12926456

A/C: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

Nº Sinistro: 3180223604
Vítima: 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.

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 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

794603053 34

Nome completo da vítima

marcos Antonio Silva Mota

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo marcos Antonio Silva Mota		CPF titular da conta 794603053 34	Profissão Recurso-me
Endereço A 097 A.		Número 097	Complemento CASA
Bairro Distrito Arco Verde	Cidade Teresina	Estado PI	CEP
Email		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
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0641 D/V 013 CONTA NRO. 0562 D/V 0 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (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.

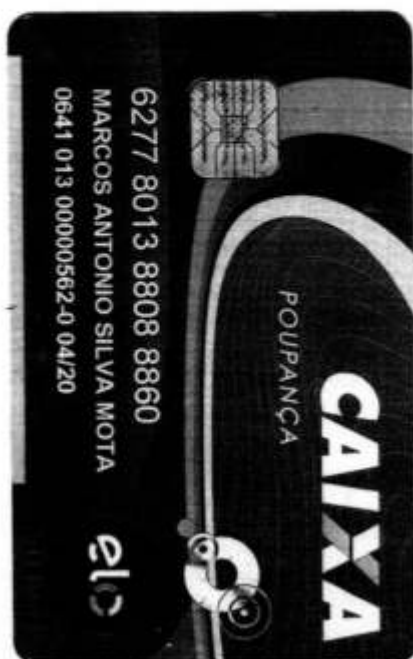
Teresina PI 15 de maio de 18
Local e Data

+ Marcos Antonio Silva Mota

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000715/2018-68

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce 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

Data/Hora

19/01/2018 - 08:45

Bairro

ALTO DA RESSURREIÇÃO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MAGDA MARCIA DE CARVALHO SOUSA

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

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

RG: 1600658

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS SOUSA DE SILVA MOTA

Endereço: QUADRA 97, CASA 20, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE I

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA

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 FRENTE 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.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA
Almiralce R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

MAGDA MARCIA DE CARVALHO SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
5 MAIO 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 405 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

marcos Antonio silva mota

CPF da Vítima

794603053-34

Data do Acidente

19/01/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(18) 95346565

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 PE, 15 de maio de 18

Local e Data

marcos Antonio silva mota

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



**SAMU
192**

Dados do Chamado	01 N° do chamado 2431	02 Data do chamado 19/05/2018	03 PRO (código) 2901	04 Saída do PA 08:44	05 Chegada ao local 09:59
	06 Saída do local 09:09	07 Chegada ao 1° hospital 09:21	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Alfa na Santa Rosa	11 Bairro Alfa na Santa Rosa	12 Município UF TERESINA PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Rua Alfa na Santa Rosa				
Dados do Paciente	14 Nome Marcelo Antonio Silva Melo	15 Sexo 1 - Masculino			
	16 Idade 44 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		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 3 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 2 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 2 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. SatO2	25 Local da lesão 	
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 2 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 2 Exposta 2 Fechada 2 Não 2 Suspeito 2				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) b) c)				
	32 Hospital de Destino HUT <input type="checkbox"/> Não Removido				
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado				
	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar: Paciente sofreu queda de moto, apresentando ferimentos no membro superior direito, com fratura suspeita. Orientado. DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 15 MAIO 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470					
Responsável pela recepção		Socorristas Médica AE/TE		Enfermeiro Condutor	

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: 000000000562-0

Nr. da Autenticação E9145A049063FAB9

**Agua de
Teresina**

Nossa água muito bem tratada

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574

Av. Odilon Araújo, 1035, Píçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI

Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA

12964956-2

TATUANTE

15/09/1985

MES/ANO

3/2018

NOME/ENDREÇO
MORADOR RAIMUNDO N F MOTA

CON DIRCEU ARCOVERDE I Q-097 A
Q-0101, Q-097-C-020-ITARARE-TERESINA-PI-cep:64077310

LOCALIZAÇÃO
017-00019-007910

GRUPO
017

NUMERO DO TUBO/MEDIDOR
Y10N591029

HISTÓRICO DE CONSUMO	MES/ANO	TPO	LEDO	ENTURADO
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9
10	10	10	10	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TABELA
1 Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR 6/02/2018
ATUAL 27/03/2018

LEITURA

1055

1070

CONSUMO MÊS M3

15

LEITURA MÊS

1070

1055

1070

TABELA DE TARIAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA TABELA

RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO M3 E (%)

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE ÁGUA - 51,21
> Residencial-Normal

RES.

15,0 m3

51,21

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO M3 E (%)

VENCIMENTO

09/04/2018

TOTAL A PAGAR

51,21

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM

Facilite a medição do consumo mensal de água garantindo o acesso
ao hidrômetro e ajudando a evitar o acúmulo de vegetação, areia
e outros materiais que dificultam a leitura do medidor.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.623	3.459	164	1,12	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	2.923	2.534	389	7,03	Inferior a 15,00
PH	3.639	3.233	406	6,45	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.614	3.051	563	2,88	Inferior a 5,00

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	574	554	20	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	574	574	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO 27/03/2018

HORA DA EMISSÃO 12:37

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

Águas de Teresina

Água muito bem tratada

CNPJ 27157474000106 - I.E 195965574

Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI

Telefone: 0800 229 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA 13302825-9

INSCRIÇÃO Nº 151280968
MÊS/ANO 5/2018

NOME/ENDEREÇO
ACRIADOR
HELLE ROZE SOARES MARQUES

RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 544 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018650

LOCALIZAÇÃO
001-00008-000050

GRUPO
001

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
A10X133657

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO - TIPO	LIDO	ENTRADO
01/2018 - Normal	00	11
02/2018 - Lido	01	10
03/2018 - Normal	00	10
04/2018 - Lido	00	10
05/2018 - Normal	00	10

ICONE/VALOR - CATEGORIA TIPO TARIFA

1 Comercial - Normal

04/05/2018 168
ANTERIOR 04/05/2018 168
ATUAL

CONSUMO MÊS-MÊS

USO DE PARÂMETRO
VALOR 70+1,15% = 71,15
CONTE 71,15+7,15% = 76,44

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO R\$/M³ (R\$)

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

VALOR	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 54,40		
> Comercial - Normal	10,0 m³	54,40
VALOR DE ESGOTO - 43,52		
> Comercial - Normal	10,0 m³	43,52

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO R\$/M³ (R\$)



VENCIMENTO 10/05/2018

TOTAL A PAGAR 97,92

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOTAS: ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - 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 Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 46, Inciso V e nº. 8.987/96, Art. 6º, §3º, Inciso II.

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REAIS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA LÍMITE	VALOR DE REFERÊNCIA
CLORO LIVRE	2837	2169	668	11,57	Inferior a 15,00
CO2 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 MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REAIS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA LÍMITE	VALOR DE REFERÊNCIA
COLIFORMES TOTAIS	919	919	0	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI					

DATA DA EMISSÃO

HORA DA EMISSÃO

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

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 0221206 exclusivo 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/relatorio/declaracao-prevencao-lavagem-dinheiro>

A Circular SUSEP 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.

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 COAF.

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

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

Declaro, eu Nelle Roze Soares Monique inscrito (a) no CPF/CNPJ 840173173, 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário marcos Antonio Silva Mota inscrito
(a) no CPF sob o nº 794603053, 34 do sinistro de DPVAT cobertura TP da vítima
marcos Antonio 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

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

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

Endereço		Número	Complemento
Cidade	Estado	CEP	
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	

Teresina, Piauí 15 de maio de 18
Local e Data

Nelle Roze Soares Monique
Assinatura do Declarante



Alton



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Marcos Antonio Silva mouta
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 154043

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPELIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS 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

ORTOPÉDIA
CIR. GERAL

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

(User: NILDA CARVALHO)
(Estação: ACC01)**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: 19/09/1976	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 Secundario: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Evento recente	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Verde
Breve História: PCT. TRAILADO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES DE MÍD + IMOBILIZAÇÃO EM MÍD + LESÃO DO PE. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO.			Profissional Clas. Risco: NILDA CARVALHO DA SILVA COREN - 1397108 Em: 19/01/2018 10:04:51

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Paciente vítima de acidente motociclístico há 1h estava de capacete e não
apresenta sinais alcoólicos. Não apresenta qualquer queixa. Consciente e orientado,
eupneico, acianótico, Glasgow 15, normotensivo, estável hemodinamicamente.
Exame físico pelo corpo e membros distais imobilizados.

PA ____ X ____ mmHg

Pulso: ____

FC: ____

Diagnóstico Inicial: ____

RAIO-X REALIZADO

DATA 19/01/2018

bpa

Técnico: [assinatura]

10:52

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:avaliação ortopédica e cir. geral**RAIO-X REALIZADO**

DATA 19/01/2018

Técnico: [assinatura]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Se Interrupção, indique o Procedimento e CID

DATA: ____ / ____ / ____

HORA: ____ : ____

15 MAIO 2018

0408020342

5626

Procedimento: [assinatura]

CID

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470Dr. Edmarcio
Cirurgião Geral
CRM 14314Assinatura Paciente ou Responsável
[assinatura]

Assinatura - Profissional Médico

**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

(NILDA 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	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	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 rádio esquerdo em tratamento há 1 mês com luva gessada. Repre novo trauma, com dor no polegar Esq. Rx com fratura da

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

falange distal do polegar, com indicação de cirurgia.

Ed: Tde gessada

Internos para cirurgia

Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 3096 - TEOT- 11020

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**Data/Hora Solicitação:** __/__/__:__ **ESPECIALISTA:** _____**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:** _____**DADOS DO PARECER:** Data/Hora: __/__/__:__

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVATimbo/Assinatura Solicitante

CONTEUDO 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 MÉDICA

NOME DO PACIENTE

Marcos Antonio Silva Neto

PRONTUÁRIO

D. NASCIMENTO

CLÍNICA

ENE ou APL

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

ALERGIAS

MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE

Fz. polígrafo (E)

NEGA HORÁRIO

ORTO OBSERVAÇÕES

DATA: 19/01/18 HORA: :

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- 1 - Dieta geral
- 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h
- 3 - Diferença 01 amp + ADEV 6/6h
- 4 - Ienoxicam 20mg + ADEV 12/12h
- 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h
- 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h SN
- 7 - CCGG + SSVV

Dr. Ferdinand Freitas
Otorrinolaringologista
Cof. 24.2096 / CRM 11020

H	PA	T	P	R	DIURSE	GLUCOSA
12						
18						
24	140	80	36	70	62	
06						

Dr. Eduardo de Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4398

DEPARTAMENTO DE SIMULADO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 MAIO 2018

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23.04.18

NOME DO PACIENTE:	marcos Antonio silveira	PROFISSIONÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	frat. esofágica / fr. 2º grau	CLÍNICA:	fr. 4º grau
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	Osvaldo Mendes Filho	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Isabelly R.	CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Cristiane	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 15	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 715	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 615	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓXICO Rio het	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	40		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Prepam	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
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: Benedita			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente			Unicez A. Silva Neto		
Diagnóstico pré-operatório			Fract. do fêmur + fratura da tíbia e peroneo		
Operação - Tipo			Trat. Cirúrgico		
Cirurgião		1º Assistente		2º Assistente	
Dr. Roberto Mendes Filho		Dr. Carlos Alberto		Dr. Carlos Alberto	
2º Assistente		3º Assistente		Anestesiologista	
Instrumentador(a)		Anestesiologista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					

Relatório lineado do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

7 5 MAIO 2018

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

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

- identificação adequada color. campo
- (verificar com o glauco)
- Identificação física (transição?) era
- Pequena, Oportunistas e flocos Kivulwa
- (A) presença e presença de água
- ~~habitat~~
- Monitore a situação e fixação
- permanência e OR flos k.
- campo, silvicultura, Cuveto, etc.

- 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.


Impressão diagnóstica: Exame radiológico de controle pós-operatório.

06.03.2018


Dr. Manoel Gomes de Castro
CRM-805 / CPF: 066.368.563-91

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: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR - DPO

ASSINATURA DO TITULAR

Marcos Antonio Silva Mota

1512169

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.600.658 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/10/17

NOME MARCOS ANTONIO SILVA MOTA

FILIAÇÃO MARIA DAS GRAÇAS SOUSA DA SILVA MOTA
RAIMUNDO NONATO FERREIRA MOTA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 19/09/1976

DOC. ORDEM CERT. NASC. 28011 L A32 E 89V

CPF EXP TERESINA-PI 19/09/83

794.603.053-3 Francisco das Chagas Pinheiro Martins

1512169 ASSINATURA DO DIRETORIA Policial Classe 6

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476283

NELLE ROZE SOARES MARQUES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EMISSÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE

NATURALIDADE ANTONIO SOARES JUCUNDE

CRATEUS-CE

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 80/F 141

EXP. CRATEUS-CE 25/09/18

TERESINA-PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

Partido Cidadão

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

CNPJ 09.248.608/0001-04

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

POLEGAR ESQUERDO

% 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

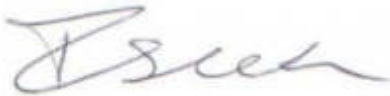
Região Corporal (Sequela):

% 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

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

Valoração 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:

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 médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO POLEGAR ESQUERDO (ADM EM 30°), 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: