

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042240 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA **Data do acidente:** 20/10/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
VIEIRA OLIVEIRA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA IMPACTADA DISTAL DO RADIO ESQUERDO
FRATURA DA DIAFISE DISTAL DO FEMUR DIREITO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM MEMBRO INFERIOR AO DEAMBULAR, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO, CREPITAÇÃO EM JOELHO AOS MOVIMENTOS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO JUNTAMENTE COM DOR EM PUNHO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) JOELHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO (A) PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/05/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MID E DANO LEVE DO PUNHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042240 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA **Data do acidente:** 20/10/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
VIEIRA OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO E DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESSES - PUNHO: FIOS./FÊMUR: PLACA E PARAFUSOS- E ALTA MÉDICA. (P.07).

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E LEVE DO PUNHO ESQUERDO. (P.01) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020868/19

Número do Sinistro: 3190042240

Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA (

CPF: 450.769.523-68

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042240 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA **Data do acidente:** 20/10/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
VIEIRA OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO E DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTES - PUNHO: FIOS./FÊMUR: PLACA E PARAFUSOS- E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020868/19

Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA (

CPF: 450.769.523-68

CPF de: Representante

Data do acidente: 20/10/2018

Titular do CPF: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARINETO GOMES DE OLIVEIRA : 450.769.523-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042240 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA **Data do acidente:** 20/10/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
VIEIRA OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO E DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESES - PUNHO: FIOS./FÊMUR: PLACA E PARAFUSOS- E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190042240

Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190042240

Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190042240

Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.206,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 3.206,25

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000023058-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190042240 Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190042240

Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARINETO GOMES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003389**

Conta: **0000023058-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: matheus Terpoara Vilanova Vilina Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: matheus Terpoara Vilanova Vilina Oliveira CPF: _____
Profissão: estudante Endereço: Rua Agente Manoel Probo Pagada Número: 5231 Complemento: Casa
Bairro: Novo Horizonte Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64079-185
E-mail: _____ Tel. (DDD): (86) 99534-6565

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 23058 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina - Piauí 36/01/19
Nome: marcelo Gomes De Oliveira
CPF: 450.769.523-68

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0002847 SUP CARVALHO PQ PI 11/01/2019
CAIXA
11:40:10 (Horário de Brasília)
*****7628

Saldo N. 93020001-3884

AGENCIA : 3389 - DIRCEU ARCOVERDE, PI
CONTA : 013 00023058-4
CLIENTE : MARINETO GOMES DE OLIVEIR

SALDO ATE A DATA DE: 11/01/2019
DISPONIVEL.....
DEBITO A CONFIRMAR.....
CREDITO A CONFIRMAR.....
BLOQUEADO.....
TOTAL.....
LIMITE CHEQUE ESPECIAL.

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
		Matheus Tenfoara Vilanova Almeida
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Marcelo Gomes De Oliveira	450.769.523-68	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agente Comunitário	Rua Agente Manoel Probo Lagoa	5231
Bairro:	Cidade:	Estado:
Praça Horizonte	Teresina	PI
E-mail:	CEP:	Complemento:
	64079-185	Coisa
	Tel.(DDD):	
	(86) 99534-6565	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 23058 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia contestação ou renúncia à avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina-Piauí 30/01/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190042240
Nome do(a) Examinado(a): Matheus Terfoara Vilanova Vieira Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Agente Manoel Probo, S/N
Novo Horizonte Teresina PI CEP: 64079-185
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3700066
Data local do acidente: [20/10/2018]
Data local do exame: [21/05/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA IMPACTADA DISTAL DO RADIO ESQUERDO
FRATURA DA DIAFISE DISTAL DO FEMUR DIREITO**

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

**Tratamento: OSTEOSINTESE DA DIADISE DISTAL DO FEMUR DIREITO COM PLACA E PARAFUSO METALICO
OSTEOSINTESE COM FIOS METALICOS DO PUNHO ESQUERDO
Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO FEMUR DIREITO E PUNHO ESQUERDO
Data da Alta: 20/11/2018**

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

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM MEMBRO INFERIOR AO DEAMBULAR, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO, CREPITAÇÃO EM JOELHO AOS MOVIMENTOS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO JUNTAMENTE COM DOR EM PUNHO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

**LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO COM DOR EM MEMBRO INFERIOR AO DEAMBULAR, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO, CREPITAÇÃO EM JOELHO AOS MOVIMENTOS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO-LIMITADO A 40 GRAUS.
LIMITACAO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO COM DOR EM PUNHO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO GRAU 3, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO 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 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 acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado 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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000163/2019-79

Complementar ao BO Nº: 100203.000162/2019-24

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Kátia Maria Evangelista

Data/Hora: 11/01/2019 - 17:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AVENIDA ZEQUINHA FREIRE, Nº:

Complemento

498971

Data/Hora

20/10/2018 - 12:00

Bairro

PLANALTO URUGUAI

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA (15 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA

Mãe: REJANE BATISTA VIEIRA OLIVEIRA

Pai: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Endereço: RUA AGENTE MANOEL PROBO PAGADOR, Nº 5231

Complemento: LOTEAMENTO MANOEL EVANGELISTA

Bairro: NOVO HORIZONTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9866-4986 86-8869-7254

Nome: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Mãe: FILOMENA MARIA DO ESPIRITO SANTOS

Pai: ANTONIO GOMES VILANOVA SOBRINHO

Endereço: RUA AGENTE MANOEL PROBO PAGADOR, Nº 5231

Complemento: LOTEAMENTO MANOEL EVANGELISTA

Bairro: NOVO HORIZONTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9866-4986 86-8869-7254

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE COMUNICA QUE SEU FILHO VÍTIMA QUALIFICADA ACIMA TRAFEGAVA COMO PASSAGEIRO DO VEÍCULO MOTOCICLETA HONDA CG 125 I PLACA PIY-2945-PI DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO FABIO VIEIRA E CONDUZIDO POR GUSTAVO PINHEIRO DA SILVA VIEIRA, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO FOI FAZER UM RETORNO, COLIDIU EM UM VEÍCULO CARRO, QUE CAÍRAM E O PASSAGEIRO FICOU LESIONADO QUE O PASSAGEIRO FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO CERTIDÃO 193/2018 E LEVADO PARA O HUT PRONTUARIO 491924. AS DECLARAÇÕES PRESTADAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE

Kátia Maria Evangelista - Mat. 0088846
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

MARINETO GOMES DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: Matheus Teresara Vilanova Vilina Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Matheus Teresara Vilanova Vilina Oliveira CPF: _____
Profissão: estudante Endereço: Rua Agente Manoel Probo Fagundes Número: 5231 Complemento: Casa
Bairro: Novo Horizonte Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64079-185
E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 99534-6565

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 23058 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
AGENTE SEGURADORA
TERESINA-PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Teresina - Piauí 30/01/19
Nome: Marcelo Gomes De Oliveira
CPF: 450.769.523-68

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



CARTÓRIO

IVONE ARAÚJO LAGES

3º CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

3ª CIRCUNSCRIÇÃO DESTA CAPITAL

ESTADO DO PIAUÍ – COMARCA DE TERESINA

Rua Álvaro Mendes, 1431 – Centro – Tel.: 221- 0630

Ivone Araújo Lages
Oficial do Registro Civil

Tyciana Araújo Lages
Escrivã Substituta



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nº 7362

Certifico que às folhas **162** do livro nº **25-AE** do **REGISTRO DE NASCIMENTO** foi lavrado o assento de **MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA**, do sexo masculino, nascido no dia **22-03-2003** (vinte e dois de março de dois mil e três), às **00:45h**, em Teresina-PI no(a) **MATERNIDADE D.EVANGELINA ROSA**.

Filho de: **MARINETO GOMES DE OLIVEIRA** e **REJANE BATISTA VIEIRA OLIVEIRA**. Sendo avós paternos: **ANTONIO GOMES VILANOVA SOBRINHO** e **FILOMENA MARIA DO ESPIRITO SANTO** e maternos: **JOSÉ PEDRO VIEIRA** e **MARIA DAS CHAGAS VIEIRA**.

Foi declarante o pai.

Observações: O registro foi feito no dia 4 de julho de 2003.

O referido é verdade e dou FÉ.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

3º CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Nascimento, Casamento e Óbito
Rua Álvaro Mendes, 1431 Centro
Teresina – Piauí

Teresina-PI, 4 de julho de 2003.

Oficial



ESTADO DO PIAUÍ
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
QUARTEL DO COMANDO GERAL
COMANDO OPERACIONAL



Certidão de Ocorrência nº 193/2018

CERTIFICO, a requerimento da pessoa interessada, o Senhor Marineto Gomes de Oliveira, RG 1.244.222 SSP/PI, CPF 450.769.523-68, residente e domiciliada à Rua Agente Manoel Probo Pagador, nº 5231, bairro Novo Horizonte, no município de Teresina, Estado do Piauí, Telefone (86) 99866-4986, conforme Protocolo nº AA.321.004490/18-29, datado de 08/11/2018, que revendo o Livro de Relatório do Comandante de Socorro nº 293/2018 do 1º Ten. QCOBM ARNALDO Pereira de Vasconcelos, referente ao serviço do dia 20 para o dia 21 de outubro de 2018, foi encontrado o seguinte registro:

I – OCORRÊNCIAS

3 – ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (Queda de Motociclista)

Às 12hs:22min por solicitação da Srª Catarina pelo número (86) 99818-1820 foi deslocado uma Unidade Resgate para Av. Zequinha Freire s/nº bairro Planalto Uruguai, a fim de atender uma ocorrência de acidente automobilístico (queda de motocicleta). Chegando ao local tratava-se do Senhor **Matheus Terfoara Vilanova Vieira Oliveira**. RG. 3.700.066 - SSP/PI, residente domiciliar na Q. 297. Cs. 3. bairro Dirceu Arcoverde, pois o mesmo veio a sofrer uma queda em sua motocicleta vindo a sofrer as seguintes lesões fratura no fêmur direito e escoriações nos membros superiores (braços e mãos direita e esquerda), sendo que foi realizado todos os procedimentos de A.P.H, em seguida conduzido até o H.U.T. para que fosse medicado e avaliado e retornaram ao CBMEPI às 13hs:15min.

Teresina-PI, 19 de novembro de 2018


JOSÉ ARIMATEIA REGO DE ARAÚJO – Cel. BM
Comandante Operacional de Bombeiros



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

ORTOPEDIA

SUS SUS

MAGF 27/10/18

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 20/10/2018 13:03:43

(User: VALDENICE MENDES)

(Estação: RECEPCAO1)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA		Prontuário: 491924
Mãe: REJANE BATISTA VIEIRA OLIVEIRA	Pai:	
End. Resid.: QD 297 CS 3 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/03/2003	Idade: 15a6m29d	Sexo: Masculino Fone: 86-99586-166
Responsável: O MESMO	CNS: 898003729782594	
Profissão: ESTUDANTE	CPF: * RG: 3700066 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 690017	Data: 20/10/2018 13:00:38	Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico (carro + moto) com uso de cinto de segurança, comprou a spa em prancha rígida e cota cervical. Não relatou dor à retirada do cota cervical e refere dor intensa em coxa direita. Torax estável, abdome flácido e indolor à palpação; pulso estável; dor à imobilização em coxa D. Nega confusão mental e vômito.

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
-----------------------	--------------	---------------	--------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx coxa D, Rx torax e Rx lúcia.

RAIO-X REALIZADO

DATA 20/10/2018

Técnico: *[assinatura]*DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

ALTA: () Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido () Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
	DATA SAÍDA: / / HORA: : : () Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:
DESTINO: () Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs () Família () IML () Anat. Patol.	Proced. Solicitante: Assinatura: Carimbo:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3765 - TEOT: 11305Dr. Mauro André Gonçalves
Cirurgia Geral / Videolaparoscopia
CRM-PI 6199 / CRM-MA 8596

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: 08/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.206,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000023058-4

Nr. da Autenticação F960AE3B35AC6418

Águas de Teresina

Nossa água muito bem tratada

CNPJ 27157474000105 - IE 19.585.574
Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.37
20181017893533

MATRÍCULA

23417595-8

FATURA Nº

MÊS/ANO

153034925

10/2018

NOME/ENDEREÇO
MORADOR **MARINETO GOMES DE OLIVEIRA**

**RUA AGENTE MANOEL PROBO PAGADOR, 5231-NOVO
HORIZONTE-TERESINA-PI-cep: 64079185**

LOCALIZAÇÃO

009-00009-001925

GRUPO

009

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A09X218416

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO TIPO

09/2018 Lido

08/2018 Lido

07/2018 Lido

06/2018 Lido

05/2018 Lido

04/2018 Lido

LIDO

13

13

13

13

13

12

FATURADO

15

13

13

13

13

12

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA

ANTERIOR 15/09/2018

LEITURA

1558

ATUAL 17/10/2018

1572

CONSUMO MÊS M3

14

LEI 12.741/2012

PIS. PASEP 7,72x1,65% = 0,78

COFINS 47,72x7,60% = 3,62

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0	10 2.6510 50
10	25 4.9400 50
25	9999999 8.5300 50

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE ÁGUA - 46,27

> Residencial-Normal

JUROS POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

REF.

VALOR

14,0 m3

08/2018

08/2018

46,27

0,60

0,85

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

VENCIMENTO

29/10/2018

TOTAL A PAGAR

47,72

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DÉBITO(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 Leis Federais 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 (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.120	3.114	6	1,37	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	3.072	3.032	40	5,94	Inferior a 15,00
PH	3.096	3.039	57	6,87	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.122	3.096	26	1,04	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	914	910	4	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	914	914	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 17/10/2018

HORA DA EMISSÃO: 09:35

TC 1.37

20181017893533

Águas de Teresina

MATRÍCULA

23417595-8

FATURA Nº

153034925

MÊS / ANO

10/2018

VENCIMENTO

29/10/2018

VALOR A PAGAR

47,72

82630000000-5 47721535000-0 00201815303-7 49250100104-3



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listados serão cobrados na próxima fatura.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

011488364

Nº da Nota Fiscal

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-Y
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	01/10/2018	299	294,97

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

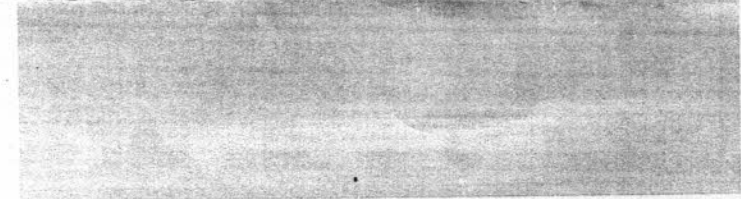
DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	18611		Atual:	24/09/2018
Anterior:	1,000		Anterior:	22/08/2018
Constante de Multiplicação:	299		Próxima Leitura:	25/10/2018
Consumo Medido:	299	FCAM	Emissão:	21/09/2018
Consumo Faturado:			Apresentação:	24/09/2018
NORMAL			33	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	278

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
AGO/18	232	CONSUMO	299 A R\$ 0,894947 = 267,58
JUL/18	184	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	21,67
JUN/18	208	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	0,51
MAI/18	211	MULTA POR ATRASO 08/18-00	4,17
ABR/18	159	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	1,04
MAR/18	307	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 14,93	
FEV/18	224		
JAN/18	271		
DEZ/17	314		
NOV/17	416		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 299 - 0,604090			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/09/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



RESERVADO AO FISCO 8AC6.F37C.C1EF.777B.A9A5.A799.C724.B216					
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$		
Distribuição:	51,55		Base de Cálculo:	267,58	
Energia:	98,04		Alíquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	15,42		Valor do ICMS:	72,24	
Encargos:	15,62		Valor do PIS:	2,62	
Tributos:	86,95		Valor do COFINS:	12,09	
INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DISC	DISC	DISC	DISC	DISC	DISC
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45
0,00			0,00		0,00

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marinete Gomes de Oliveira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 450.769.523 / 68 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Matheus Terfoan Vilanova Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 450.769.523 / 68, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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



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

Teresina de Janeiro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo


Eu, FRANCISCO FABIO VIEIRA
RG nº 2100836, data de expedição 19/09/09,
Órgão SSP PI, portador do CPF nº 959.599.043-49 com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ - PI - R-297 CASA-03 DIRCEV ARCOVERDE II, nº _____,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA, cujo o condutor era
GUSTAVO PINHEIRO DA SILVA VIEIRA

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CB 125 I LARGO
Ano: 2018
Placa: PJY - 2945
Chassi: 9C2JC6920JR000395

Data do Acidente: 20/10/18

Local e Data: TERESINA - PI, 06/11/2018



 x Francisco Fabio Vieira
Assinatura do Declarante

x Gustavo Pinheiro da Silva Vieira

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDINO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64005-200 - TERESINA-PI
Fone: (0xx85) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartorio3sampaio.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCO FABIO VIEIRA, DOU
FE. EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 05/11/2018, Empl.: 3.71
TJ: 0.74 Selo: 44670 (F510P636)

JUDITE DE CASTRO CARVALHO Escrevente Autorizada

☐ Tabelão ☒ Escrevente autorizado

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Assessoria de Notas
Registro e Judicial
RECONHECIMENTO DE SEMA
ABK 44670

OFÍCIO DE NOTAS
Anatália Sampaio
Tabelão
ABK 32217886



ESTADO DO PIAUÍ
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
QUARTEL DO COMANDO GERAL
COMANDO OPERACIONAL



Certidão de Ocorrência nº 193/2018

CERTIFICO, a requerimento da pessoa interessada, o Senhor Marineto Gomes de Oliveira, RG 1.244.222 SSP/PI, CPF 450.769.523-68, residente e domiciliada à Rua Agente Manoel Probo Pagador, nº 5231, bairro Novo Horizonte, no município de Teresina, Estado do Piauí, Telefone (86) 99866-4986, conforme Protocolo nº AA.321.004490/18-29, datado de 08/11/2018, que revendo o Livro de Relatório do Comandante de Socorro nº 293/2018 do 1º Ten. QCOBM ARNALDO Pereira de Vasconcelos, referente ao serviço do dia 20 para o dia 21 de outubro de 2018, foi encontrado o seguinte registro:

I – OCORRÊNCIAS

3 – ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (Queda de Motociclista)

Às 12hs:22min por solicitação da Srª Catarina pelo número (86) 99818-1820 foi deslocado uma Unidade Resgate para Av. Zequinha Freire s/nº bairro Planalto Uruguai, a fim de atender uma ocorrência de acidente automobilístico (queda de motocicleta). Chegando ao local tratava-se do Senhor **Matheus Terfoara Vilanova Vieira Oliveira**. RG. 3.700.066 - SSP/PI, residente domiciliar na Q. 297. Cs. 3. bairro Dirceu Arcoverde, pois o mesmo veio a sofrer uma queda em sua motocicleta vindo a sofrer as seguintes lesões fratura no fêmur direito e escoriações nos membros superiores (braços e mãos direita e esquerda), sendo que foi realizado todos os procedimentos de A.P.H, em seguida conduzido até o H.U.T. para que fosse medicado e avaliado e retornaram ao CBMEPI às 13hs:15min.

Teresina-PI, 19 de novembro de 2018


JOSÉ ARIMATEIA REGO DE ARAÚJO – Cel. BM
Comandante Operacional de Bombeiros





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Matheus Terfoara Vilanova
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 491924 v. clare

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

ORTOPEDIA

SUS SUS

Atendimento

Imp: 20/10/2018 13:03:43

(User: VALDENICE MENDES)

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA		Prontuário: 491924	
Mãe: REJANE BATISTA VIEIRA OLIVEIRA	Pai:		
End. Resid.: QD 297 CS 3 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 22/03/2003	Idade: 15a6m29d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99586-166
Responsável: O MESMO	CNS: 898003729782594		
Profissão: ESTUDANTE	CPF: * RG: 3700066 - SSP PI		
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 690017	Data: 20/10/2018 13:00:38	Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Típico: Não	CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico (carro x moto) com uso de cinto de segurança, comprou a sra em prancha rígida e cota cervical. Não relatou dor à retirada da cota cervical e refere dor intensa em coxa direita. Torax estável, abdome flácido e indolor à palpação; pulso estável; dor a imobilização em coxa D. Pequena confusão mental e vômito.

PA X mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
------------------	---------------------	----------------------	---------------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx coxa D, Rx torax e Rx lúcia.

RAIO-X REALIZADO

DATA **20/10/2018**

Técnico: **[Assinatura]**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTIL SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

ALTA:	() Melhorado	() Administrativa	() Retornar à Unid. Origem:
	() Curado	() Por Indisciplina	() Transferência:
DESTINO:	() Inalterado	() Por Evasão	DATA SAÍDA: 1 / 1 HORA: 13:00
	() A Pedido		() Internação na Unidade
ÓBITO:	() Até 24 Hs	() Família	Proced. Solicitado: V299
	() De 24 a 48 Hs	() IML	CID Compatível: 0109050519
	() Após 48 Hs	() Anat. Patol.	Prof. Mauro André Gonçalves Intendente

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3765 - TEOT: 11305

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 20/10/2018 13:03:43
(VALDENICE MENDES)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA		Prontuário: 491924
Mãe: REJANE BATISTA VIEIRA OLIVEIRA	Pai:	
End.Resid.: QD 297 CS 3 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/03/2003	Idade: 15a6m29d	Sexo: Masculino Fone: 86-99586-166
Responsável: O MESMO	CNS: 898003729782594	
Profissão: ESTUDANTE	Documento: RG: 3700066 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 690017	Data: 20/10/2018 13:00:38	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____ **ESPECIALISTA:**

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

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



DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____ **ESPECIALISTA:**

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE Roberto Lopes Oliveira	PRONTUÁRIO 491224	D. NASCIMENTO	CLÍNICA POJ	ENE. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES YCHO 28/01/17	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
DATA: 30/12/2017 HORA: 14h	HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
<p>Prescrição Médica</p> <p>1 - Dieta geral</p> <p>2 - SF 0.9% 500ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h</p> <p>4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h</p> <p>5 - Ramitidina 50mg + ADEV 8/8h</p> <p>6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h</p> <p>7 - CCGG + SSVV</p>					
<p>Observações:</p> <p>obls Prescrição de 27/12/17</p> <p>AVP Ilas 22/12/17</p>					

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11306

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64002-470
Teresina-PI

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

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24, 10, 18

NOME DO PACIENTE: Mathias Terpana Vilela V. Silva PRONTUÁRIO Nº: 491924

DIAGNÓSTICO: Pré-eclâmpsia / Pré-eclâmpsia (E) CIRURGIA: Dart Extern + Intern + Extern

ANESTESIA: Rapier + Sedação Nº DA SALA: 05

CIRURGIÃO: R: Joel CPF Nº: _____

AUXILIAR: R: Chagas CPF Nº: _____

ANESTESIA: R: Henrique CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Joenilia CRENº: _____

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA / CRM-PI 1930
SUS-AMBUATÓRIO HGVILNEU ARAÚJO
OUTROS: MEDICINA 2107.4747

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 165 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-472
Teresina - PI

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI m. 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>8,0 75</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>Medula crupum</u>	un	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Medula gema 20</u>	un	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Algodão 20</u>	un	02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>	un	04					
FITA UMBILICAL							
VICRYL <u>0</u>	un	04					
PROLENE							

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA / CRM-PI 1930
SUS-AMBUATÓRIO HGVILNEU ARAÚJO
OUTROS: MEDICINA 2107.4747

ASSINANTE: Joel



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório *Retirada de material de sutura / Retirada de material de sutura*

Operação - Tipo *TIPO A Retirada / ORTOPEDIA / LIGAMENTO / APT. LIGAMENTO*

Cirurgião

DR. CARLOS

1º Assistente

DR. CARLOS

2º Assistente

DR. MANOEL VIANA

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. *Retirada de material de sutura + Sutura*

2. *Retirada de material de sutura - Ligadura de 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100 - 101 - 102 - 103 - 104 - 105 - 106 - 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 879 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 889 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 906 - 907 - 908 - 909 - 910 - 911 - 912 - 913 - 914 - 915 - 916 - 917 - 918 - 919 - 920 - 921 - 922 - 923 - 924 - 925 - 926 - 927 - 928 - 929 - 930 - 931 - 932 - 933 - 934 - 935 - 936 - 937 - 938 - 939 - 940 - 941 - 942 - 943 - 944 - 945 - 946 - 947 - 948 - 949 - 950 - 951 - 952 - 953 - 954 - 955 - 956 - 957 - 958 - 959 - 960 - 961 - 962 - 963 - 964 - 965 - 966 - 967 - 968 - 969 - 970 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976 - 977 - 978 - 979 - 980 - 981 - 982 - 983 - 984 - 985 - 986 - 987 - 988 - 989 - 990 - 991 - 992 - 993 - 994 - 995 - 996 - 997 - 998 - 999 - 1000 - 1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 1009 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 1017 - 1018 - 1019 - 1020 - 1021 - 1022 - 1023 - 1024 - 1025 - 1026 - 1027 - 1028 - 1029 - 1030 - 1031 - 1032 - 1033 - 1034 - 1035 - 1036 - 1037 - 1038 - 1039 - 1040 - 1041 - 1042 - 1043 - 1044 - 1045 - 1046 - 1047 - 1048 - 1049 - 1050 - 1051 - 1052 - 1053 - 1054 - 1055 - 1056 - 1057 - 1058 - 1059 - 1060 - 1061 - 1062 - 1063 - 1064 - 1065 - 1066 - 1067 - 1068 - 1069 - 1070 - 1071 - 1072 - 1073 - 1074 - 1075 - 1076 - 1077 - 1078 - 1079 - 1080 - 1081 - 1082 - 1083 - 1084 - 1085 - 1086 - 1087 - 1088 - 1089 - 1090 - 1091 - 1092 - 1093 - 1094 - 1095 - 1096 - 1097 - 1098 - 1099 - 1100 - 1101 - 1102 - 1103 - 1104 - 1105 - 1106 - 1107 - 1108 - 1109 - 1110 - 1111 - 1112 - 1113 - 1114 - 1115 - 1116 - 1117 - 1118 - 1119 - 1120 - 1121 - 1122 - 1123 - 1124 - 1125 - 1126 - 1127 - 1128 - 1129 - 1130 - 1131 - 1132 - 1133 - 1134 - 1135 - 1136 - 1137 - 1138 - 1139 - 1140 - 1141 - 1142 - 1143 - 1144 - 1145 - 1146 - 1147 - 1148 - 1149 - 1150 - 1151 - 1152 - 1153 - 1154 - 1155 - 1156 - 1157 - 1158 - 1159 - 1160 - 1161 - 1162 - 1163 - 1164 - 1165 - 1166 - 1167 - 1168 - 1169 - 1170 - 1171 - 1172 - 1173 - 1174 - 1175 - 1176 - 1177 - 1178 - 1179 - 1180 - 1181 - 1182 - 1183 - 1184 - 1185 - 1186 - 1187 - 1188 - 1189 - 1190 - 1191 - 1192 - 1193 - 1194 - 1195 - 1196 - 1197 - 1198 - 1199 - 1200 - 1201 - 1202 - 1203 - 1204 - 1205 - 1206 - 1207 - 1208 - 1209 - 1210 - 1211 - 1212 - 1213 - 1214 - 1215 - 1216 - 1217 - 1218 - 1219 - 1220 - 1221 - 1222 - 1223 - 1224 - 1225 - 1226 - 1227 - 1228 - 1229 - 1230 - 1231 - 1232 - 1233 - 1234 - 1235 - 1236 - 1237 - 1238 - 1239 - 1240 - 1241 - 1242 - 1243 - 1244 - 1245 - 1246 - 1247 - 1248 - 1249 - 1250 - 1251 - 1252 - 1253 - 1254 - 1255 - 1256 - 1257 - 1258 - 1259 - 1260 - 1261 - 1262 - 1263 - 1264 - 1265 - 1266 - 1267 - 1268 - 1269 - 1270 - 1271 - 1272 - 1273 - 1274 - 1275 - 1276 - 1277 - 1278 - 1279 - 1280 - 1281 - 1282 - 1283 - 1284 - 1285 - 1286 - 1287 - 1288 - 1289 - 1290 - 1291 - 1292 - 1293 - 1294 - 1295 - 1296 - 1297 - 1298 - 1299 - 1300 - 1301 - 1302 - 1303 - 1304 - 1305 - 1306 - 1307 - 1308 - 1309 - 1310 - 1311 - 1312 - 1313 - 1314 - 1315 - 1316 - 1317 - 1318 - 1319 - 1320 - 1321 - 1322 - 1323 - 1324 - 1325 - 1326 - 1327 - 1328 - 1329 - 1330 - 1331 - 1332 - 1333 - 1334 - 1335 - 1336 - 1337 - 1338 - 1339 - 1340 - 1341 - 1342 - 1343 - 1344 - 1345 - 1346 - 1347 - 1348 - 1349 - 1350 - 1351 - 1352 - 1353 - 1354 - 1355 - 1356 - 1357 - 1358 - 1359 - 1360 - 1361 - 1362 - 1363 - 1364 - 1365 - 1366 - 1367 - 1368 - 1369 - 1370 - 1371 - 1372 - 1373 - 1374 - 1375 - 1376 - 1377 - 1378 - 1379 - 1380 - 1381 - 1382 - 1383 - 1384 - 1385 - 1386 - 1387 - 1388 - 1389 - 1390 - 1391 - 1392 - 1393 - 1394 - 1395 - 1396 - 1397 - 1398 - 1399 - 1400 - 1401 - 1402 - 1403 - 1404 - 1405 - 1406 - 1407 - 1408 - 1409 - 1410 - 1411 - 1412 - 1413 - 1414 - 1415 - 1416 - 1417 - 1418 - 1419 - 1420 - 1421 - 1422 - 1423 - 1424 - 1425 - 1426 - 1427 - 1428 - 1429 - 1430 - 1431 - 1432 - 1433 - 1434 - 1435 - 1436 - 1437 - 1438 - 1439 - 1440 - 1441 - 1442 - 1443 - 1444 - 1445 - 1446 - 1447 - 1448 - 1449 - 1450 - 1451 - 1452 - 1453 - 1454 - 1455 - 1456 - 1457 - 1458 - 1459 - 1460 - 1461 - 1462 - 1463 - 1464 - 1465 - 1466 - 1467 - 1468 - 1469 - 1470 - 1471 - 1472 - 1473 - 1474 - 1475 - 1476 - 1477 - 1478 - 1479 - 1480 - 1481 - 1482 - 1483 - 1484 - 1485 - 1486 - 1487 - 1488 - 1489 - 1490 - 1491 - 1492 - 1493 - 1494 - 1495 - 1496 - 1497 - 1498 - 1499 - 1500 - 1501 - 1502 - 1503 - 1504 - 1505 - 1506 - 1507 - 1508 - 1509 - 1510 - 1511 - 1512 - 1513 - 1514 - 1515 - 1516 - 1517 - 1518 - 1519 - 1520 - 1521 - 1522 - 1523 - 1524 - 1525 - 1526 - 1527 - 1528 - 1529 - 1530 - 1531 - 1532 - 1533 - 1534 - 1535 - 1536 - 1537 - 1538 - 1539 - 1540 - 1541 - 1542 - 1543 - 1544 - 1545 - 1546 - 1547 - 1548 - 1549 - 1550 - 1551 - 1552 - 1553 - 1554 - 1555 - 1556 - 1557 - 1558 - 1559 - 1560 - 1561 - 1562 - 1563 - 1564 - 1565 - 1566 - 1567 - 1568 - 1569 - 1570 - 1571 - 1572 - 1573 - 1574 - 1575 - 1576 - 1577 - 1578 - 1579 - 1580 - 1581 - 1582 - 1583 - 1584 - 1585 - 1586 - 1587 - 1588 - 1589 - 1590 - 1591 - 1592 - 1593 - 1594 - 1595 - 1596 - 1597 - 1598 - 1599 - 1600 - 1601 - 1602 - 1603 - 1604 - 1605 - 1606 - 1607 - 1608 - 1609 - 1610 - 1611 - 1612 - 1613 - 1614 - 1615 - 1616 - 1617 - 1618 - 1619 - 1620 - 1621 - 1622 - 1623 - 1624 - 1625 - 1626 - 1627 - 1628 - 1629 - 1630 - 1631 - 1632 - 1633 - 1634 - 1635 - 1636 - 1637 - 1638 - 1639 - 1640 - 1641 - 1642 - 1643 - 1644 - 1645 - 1646 - 1647 - 1648 - 1649 - 1650 - 1651 - 1652 - 1653 - 1654 - 1655 - 1656 - 1657 - 1658 - 1659 - 1660 - 1661 - 1662 - 1663 - 1664 - 1665 - 1666 - 1667 - 1668 - 1669 - 1670 - 1671 - 1672 - 1673 - 1674 - 1675 - 1676 - 1677 - 1678 - 1679 - 1680 - 1681 - 1682 - 1683 - 1684 - 1685 - 1686 - 1687 - 1688 - 1689 - 1690 - 1691 - 1692 - 1693 - 1694 - 1695 - 1696 - 1697 - 1698 - 1699 - 1700 - 1701 - 1702 - 1703 - 1704 - 1705 - 1706 - 1707 - 1708 - 1709 - 1710 - 1711 - 1712 - 1713 - 1714 - 1715 - 1716 - 1717 - 1718 - 1719 - 1720 - 1721 - 1722 - 1723 - 1724 - 1725 - 1726 - 1727 - 1728 - 1729 - 1730 - 1731 - 1732 - 1733 - 1734 - 1735 - 1736 - 1737 - 1738 - 1739 - 1740 - 1741 - 1742 - 1743 - 1744 - 1745 - 1746 - 1747 - 1748 - 1749 - 1750 - 1751 - 1752 - 1753 - 1754 - 1755 - 1756 - 1757 - 1758 - 1759 - 1760 - 1761 - 1762 - 1763 - 1764 - 1765 - 1766 - 1767 - 1768 - 1769 - 1770 - 1771 - 1772 - 1773 - 1774 - 1775 - 1776 - 1777 - 1778 - 1779 - 1780 - 1781 - 1782 - 1783 - 1784 - 1785 - 1786 - 1787 - 1788 - 1789 - 1790 - 1791 - 1792 - 1793 - 1794 - 1795 - 1796 - 1797 - 1798 - 1799 - 1800 - 1801 - 1802 - 1803 - 1804 - 1805 - 1806 - 1807 - 1808 - 1809 - 1810 - 1811 - 1812 - 1813 - 1814 - 1815 - 1816 - 1817 - 1818 - 1819 - 1820 - 1821 - 1822 - 1823 - 1824 - 1825 - 1826 - 1827 - 1828 - 1829 - 1830 - 1831 - 1832 - 1833 - 1834 - 1835 - 1836 - 1837 - 1838 - 1839 - 1840 - 1841 - 1842 - 1843 - 1844 - 1845 - 1846 - 1847 - 1848 - 1849 - 1850 - 1851 - 1852 - 1853 - 1854 - 1855 - 1856 - 1857 - 1858 - 1859 - 1860 - 1861 - 1862 - 1863 - 1864 - 1865 - 1866 - 1867 - 1868 - 1869 - 1870 - 1871 - 1872 - 1873 - 1874 - 1875 - 1876 - 1877 - 1878 - 1879 - 1880 - 1881 - 1882 - 1883 - 1884 - 1885 - 1886 - 1887 - 1888 - 1889 - 1890 - 1891 - 1892 - 1893 - 1894 - 1895 - 1896 - 1897 - 1898 - 1899 - 1900 - 1901 - 1902 - 1903 - 1904 - 1905 - 1906 - 1907 - 1908 - 1909 - 1910 - 1911 - 1912 - 1913 - 1914 - 1915 - 1916 - 1917 - 1918 - 1919 - 1920 - 1921 - 1922 - 1923 - 1924 - 1925 - 1926 - 1927 - 1928 - 1929 - 1930 - 1931 - 1932 - 1933 - 1934 - 1935 - 1936 - 1937 - 1938 - 1939 - 1940 - 1941 - 1942 - 1943 - 1944 - 1945 - 1946 - 1947 - 1948 - 1949 - 1950 - 1951 - 1952 - 1953 - 1954 - 1955 - 1956 - 1957 - 1958 - 1959 - 1960 - 1961 - 1962 - 1963 - 1964 - 1965 - 1966 - 1967 - 1968 - 1969 - 1970 - 1971 - 1972 - 1973 - 1974 - 1975 - 1976 - 1977 - 1978 - 1979 - 1980 - 1981 - 1982 - 1983 - 1984 - 1985 - 1986 - 1987 - 1988 - 1989 - 1990 - 1991 - 1992 - 1993 - 1994 - 1995 - 1996 - 1997 - 1998 - 1999 - 2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004 - 2005 - 2006 - 2007 - 2008 - 2009 - 2010 - 2011 - 2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 - 2019 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 - 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030 - 2031 - 2032 - 2033 - 2034 - 2035 - 2036 - 2037 - 2038 - 2039 - 2040 - 2041 - 2042 - 2043 - 2044 - 2045 - 2046 - 2047 - 2048 - 2049 - 2050 - 2051 - 2052 - 2053 - 2054 - 2055 - 2056 - 2057 - 2058 - 2059 - 2060 - 2061 - 2062 - 2063 - 2064 - 2065 - 2066 - 2067 - 2068 - 2069 - 2070 - 2071 - 2072 - 2073 -*



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: WILSON T. V. V. de OliveiraSala: 5Alergia: NÃO INFORMARData: 29/10/18Procedimento: DESGASTO FÊMUR D E NUNO (E)Cirurgião: JOSE

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 FENTANIL	01	100 mg											
2 MIDAZOLAM	01	2 mg											
3 BUTIRFENAZOL	01	15 mg											
4 MORFIA	01	100 mg											
5 CEFALOTRINA	02	2 g											
6 RANITIDINA	01	50 mg											
7 DEXAMETASONA	01	10 mg											
8 DIFENIDOL	02	2 g											
9 FOTOMORFOL	01	100 mg											
10 PROMETOL	01												
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												



Acesso Vascular

- ☒ Periférico MD
Cat. Venoso nº 20G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☐ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raquianestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☒ Outros sedação

Decúbito: DDH

SPO2 (%)	99%	99%	99%	99%	98%	99%	99%
ETCO2 (mmHg)							
Aces. Venoso	UF 800						
Aces. Venoso							
Diurese							
Perdas Sanguíneas							

Descrição da Anestesia: 1) Indução pont. + cat. oral. 2) Monitorização 3) Raquianestesia 4) Sedação com cl. agulha
vita mediana 4g 1g. 4) ATO + sintomático 5) Sedação 6) O2 100 cateter nasal 2L/min

Dr. Henrique Rocha
Médico Anestesiologista
CRM-PI: 46072/E-2811

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA** (Prontuário:
Endereço: QD 297 CS 3 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/03/2003 Idade: 15a7m17d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 690017
Requisição: 884877 Solicitação: 20/10/2018 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1096593 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 20/10/2018

PUNHO ESQUERDO

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

- Fratura impactada distal do rádio.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 08/11/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-80 CRM 2353

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA** (Prontuário:
Endereço: QD 297 CS 3 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/03/2003 Idade: 15a7m17d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 690017
Requisição: 884870 Solicitação: 20/10/2018 Solicitante: MAURO ANDRE GONÇALVES CARVALHO E SILVA
Controle: 1096583 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 20/10/2018

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura alinhada na diáfise do fêmur.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/11/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA** (Prontuário:
Endereço: QD 297 CS 3 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/03/2003 Idade: 15a7m17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 225468
Requisição: 886054 Solicitação: 24/10/2018 Solicitante: JOEL CAMPOS NETO
Controle: 1098239 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 24/10/2018

PUNHO ESQUERDO

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

- Fratura impactada distal do rádio, fixada com fios metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/11/2018

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 335.029.603-30 CRM 2353
Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA** (Prontuário:
Endereço: QD 297 CS 3 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/03/2003 Idade: 15a7m17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 225468
Requisição: 886054 Solicitação: 24/10/2018 Solicitante: JOEL CAMPOS NETO
Controle: 1098240 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 24/10/2018

FEMUR DIREITO

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

- Fratura alinhada na diáfise do fêmur, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

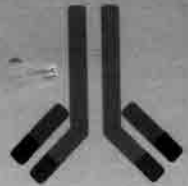


TERESINA - PI 08/11/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



Dr. Edimar

CLÍNICA MACHADO

RECEITUÁRIO

Declaro que a Srta.
Tereza Vilanova ^{Vieira} Oliveira, foi vítima
de acidente de trânsito, fato ocorrido
em 20.10.18 às 12.00HS, tendo sofrido
forte trauma com MTD e MSE, com
semelhante fratura em porção
distal da fêmur direita e fra-
tura que permeia o eixo do rádio
esquerdo, sendo foi tratado
cirurgicamente com fios de osteosin-
tese e placas parafusos e fios de trín-
cas com placas catenárias com fixa-
ção por fio, com alta definitiva
relativa com sequelas fortes
devido à limitação dos movimen-
tos, com acompanhamento fun-
cional de 90%
10.05.19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAIO 2019

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

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



CARTÓRIO

IVONE ARAÚJO LAGES

3º CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

3ª CIRCUNSCRIÇÃO DESTA CAPITAL

ESTADO DO PIAUÍ – COMARCA DE TERESINA

Rua Álvaro Mendes, 1431 – Centro – Tel.: 221- 0630

Ivone Araújo Lages
Oficial do Registro Civil

Tyciana Araújo Lages
Escrivã Substituta



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nº 7362

Certifico que às folhas **162** do livro nº **25-AE** do **REGISTRO DE NASCIMENTO** foi lavrado o assento de **MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA**, do sexo masculino, nascido no dia **22-03-2003** (vinte e dois de março de dois mil e três), às **00:45h**, em Teresina-PI no(a) **MATERNIDADE D.EVANGELINA ROSA**.

Filho de: **MARINETO GOMES DE OLIVEIRA** e **REJANE BATISTA VIEIRA OLIVEIRA**.
Sendo avós paternos: **ANTONIO GOMES VILANOVA SOBRINHO** e **FILOMENA MARIA DO ESPIRITO SANTO** e maternos: **JOSÉ PEDRO VIEIRA** e **MARIA DAS CHAGAS VIEIRA**.

Foi declarante o pai.

Observações: O registro foi feito no dia 4 de julho de 2003.

O referido é verdade e dou FÉ.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

3º CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Nascimento, Casamento e Óbito
Rua Álvaro Mendes, 1431 Centro
Teresina – Piauí

Teresina-PI, 4 de julho de 2003.

[Assinatura]
Oficial

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0958689

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.244.222 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/08/16

NOME MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO FILOMENA MARIA DO ESPIRITO SANTO
ANTONIO GOMES VILANOVA SOBRINHO

NATURALIDADE SÃO GONÇALO DO PIAUÍ-PI DATA DE NASCIMENTO 30/09/1974

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 4299 L 11BA F. 43

CPF 450.769.523-68 EXP TERESINA-PI 14/01/02

0958689

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0475253

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 141 F 141

EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042240 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA **Data do acidente:** 20/10/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
VIEIRA OLIVEIRA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA IMPACTADA DISTAL DO RADIO ESQUERDO
FRATURA DA DIAFISE DISTAL DO FEMUR DIREITO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM MEMBRO INFERIOR AO DEAMBULAR, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO, CREPITAÇÃO EM JOELHO AOS MOVIMENTOS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO JUNTAMENTE COM DOR EM PUNHO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) JOELHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO (A) PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/05/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MID E DANO LEVE DO PUNHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190042240 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA **Data do acidente:** 20/10/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
VIEIRA OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO E DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESES - PUNHO: FIOS./FÊMUR: PLACA E PARAFUSOS- E ALTA MÉDICA. (P.07).

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EM 01/02/2019 ,EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

@ (P.01) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

Telephone: 66 9 9866 4986 / 9 8869 7254

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Telephone: (8) 99534-6565 99401-2688

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

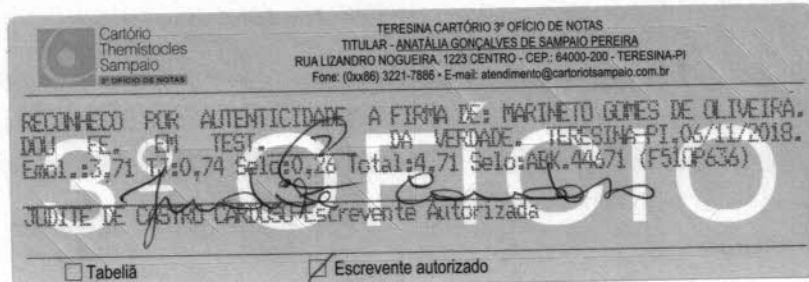
mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a vítima: matheus Terfeira Vilanova Vieira Oliveira

TERESINA-PI., 06 NOVEMBRO / 2018

Local e data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020868/19

Número do Sinistro: 3190042240

Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA (

CPF: 450.769.523-68

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

MARINETO GOMES DE OLIVEIRA : 450.769.523-68

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/01/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa