

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 RÁDIO 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 MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONADAÇÃO 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

CPF de: Representante

Data do acidente: 20/10/2018

Titular do CPF: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

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 - OSTEOSÍNTESSES - 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

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 - OSTEOSÍNTESSES - 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

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, 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



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, 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.**

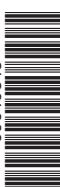
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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, 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

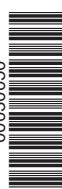
Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorno 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



00080223

Carta nº 14324008

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, 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, retorno 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 Teresina Vilanova Oliveira de oliveira

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

Nome completo: matheus Teresina Vilanova Oliveira	CPF:		
Profissão: Estudante	Endereço: Rua Agente manel Probo Pagado	Número: 5231	Complemento: casa
Bairro: novo Monzote	Cidade: Teresina	Estado: PI	CEP: 64079 - 185
E-mail:	Tel.(DDD): (86) 99534-6568		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) 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, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de pagamento de indenização, nem 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: Vivos: Falecidos: 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 armes De oliveira

CPF: 450.769.523-68

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

----- 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 ATÉ 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:

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

Nome completo:

marcelo Gomes De oliveira

CPF: 450.769.523-68

Profissão:

Agente Comunitário

Endereço:

Rua Agente marcelo Probel Logado, 52 31 casa

Bairro:

pires Montzonte

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).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **3389** CONTA: **23058**

(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):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> 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, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura 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:
Vivos: Falecidos: 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 30/01/19**

Nome: _____

CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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.

**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: 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 RÁDIO ESQUERDO
FRATURA DA DIAFISE DISTAL DO FEMUR DIREITO**

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

**Tratamento: OSTEOSINTSE DA DIADISE DISTAL DO FEMUR DIREITO COM PLACA E PARAFUSO METALICO
OSTEOSSINTESE COM FIOS METALICOS DO PUNHO ESQUERDO**

Complicações: LIMITAÇÃO 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 PÁRA 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 causalidade: 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:

LIMITAÇÃO 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.

LIMITAÇÃO 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

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





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



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

498971

Data/Hora

20/10/2018 - 12:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AVENIDA ZEQUINHA FREIRE, Nº:

Complemento

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

17 JAN 2019

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

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:

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

Nome completo: *Matheus Terçoara Vilanova Oliveira* CPF: _____
 Profissão: *Estudante* Endereço: *Rua Agente manel Probo Pagau* Número: *5231* Complemento: *Casa*
 Bairro: *novo Mengon* Cidade: *Teresina* Estado: *PI* CEP: *64079-185*
 E-mail: *(86) 99534-6565*

DADOS CADASTRAIS

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <i>3389</i> CONTA: <i>23058</i> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 pagamento da indenização permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prestar declaração de que não tenho mais condições de trabalhar, nem renunciar ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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.

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA
ROGO DE PAGAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
TERESA
TERESA-PI
CPF: 450.769.523-68
RG: 002-470

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____

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 36/01/19*
 Nome: *marinelo ademes 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

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



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

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.

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

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

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 Uruguaí, 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 ARIMATÉIA REGO DE ARAÚJO – Cel. BM
Comandante Operacional de Bombeiros*

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



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: SUS
Acid. Trab.: Não	Trajeto?: Não	Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico (cava + moto).
 Dm ero de esporte, compõe a spa em prancha rígida e color cervical. Não relata dor à retirada do color cervical e refere dor intensa em cava direita. Torax estável, abdome flácido e indolor à palpação; pele estável; dor a inutilização em cava d. Nega confusão mental e náuseas.

PA _____ mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: _____			
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:		RAIO-X REALIZADO:	
Rx cava d, Rx torax e Rx lúcia.		DATA: 20/10/18	
		Técnico: _____	

<u>ALTA:</u>	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA:</u> / / - <u>HORA:</u> : _____
<u>ÓBITO:</u>		<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família
		<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML
		<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.
<u>DESTINO:</u>			
<u>Proced. Solicitado:</u>			
<u>CID Compatível:</u>			

Dr. Mauro Andre Gonçalves
 Cirurgia Geral / Videolaparoscopia:
 CRM-PI 6199 / CRM-MA 8596

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Ricardo Valença
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM: 3768 - TEOT: 11305

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

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: 00000023058-4

Nr. da Autenticação F960AE3B35AC6418

Aguas de
Teresina

Nossa água muito bem tratada

CNPJ 27157474000106 - IE 192885574
Av. Odilon Araújo, 1035, Piçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.37
20181017093533

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 UDO FATURADO 05/2018 1.ido 15 15 06/2018 1.ido 13 13 07/2018 1.ido 13 13 08/2018 1.ido 13 13 09/2018 1.ido 13 13 04/2018 1.ido 12 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 47,72 * 1,65% = 0,78 COFINS 47,72 * 7,50% = 3,62																																	
TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA																																	
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%) 0 18 2.6518 50 18 25 4.9400 50 25 999999 0.5300 50		DESCRIÇÃO VALOR REFERENTE ÁGUA - 46,27 > Residencial-Normal 14,0 m3 46,27 JUROS POR ATRASO 08/2018 0,60 MULTA POR ATRASO 08/2018 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 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.																																			
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)																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MÊS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLORO LIVRE</td> <td>3.120</td> <td>3.114</td> <td>6</td> <td>1,37</td> <td>0,20-5,00 mg/L</td> </tr> <tr> <td>COR APARENTE</td> <td>3.072</td> <td>3.032</td> <td>40</td> <td>5,94</td> <td>Inferior a 15,00</td> </tr> <tr> <td>PH</td> <td>3.096</td> <td>3.039</td> <td>57</td> <td>6,87</td> <td>6,00-9,50</td> </tr> <tr> <td>TURBIDEZ</td> <td>3.122</td> <td>3.096</td> <td>26</td> <td>1,04</td> <td>Inferior a 5,00</td> </tr> </tbody> </table>						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
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)																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MÊS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COLIFORMES TOTAIS</td> <td>914</td> <td>910</td> <td>4</td> <td>Ausencia</td> <td>Ausente</td> </tr> <tr> <td>ESCHERICHIA COLI</td> <td>914</td> <td>914</td> <td>0</td> <td>Ausencia</td> <td>Ausente</td> </tr> </tbody> </table>						PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO	COLIFORMES TOTAIS	914	910	4	Ausencia	Ausente	ESCHERICHIA COLI	914	914	0	Ausencia	Ausente												
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																														
COLIFORMES TOTAIS	914	910	4	Ausencia	Ausente																														
ESCHERICHIA COLI	914	914	0	Ausencia	Ausente																														
DATA DA EMISSÃO: 17/10/2018 HORA DA EMISSÃO: 09:35																																			

TC 1.37 20181017093533

Aguas de
Teresina

MATRÍCULA

23417595-8

FATURA Nº
MÊS/ANC

153034925
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.



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0051869-7

011488364

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

Nº da Nota Fiscal

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:	18910	24/09/2018
Anterior:	18611	22/08/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	25/10/2018
Consumo Medido:	299	Próxima Leitura: 21/09/2018
Consumo Faturado:	299	Emissão: 24/09/2018
		Apresentação: 33

TIPO DE LEITURA: NORMAL | LÓGICO DE FREQUENTADORES | DIA DE CONSUMO: 33

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	278
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo					
AGO/18 232					CONSUMO 299 A R\$ 0,834947 = 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					

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	267,58
Energia: 98,04	27,00%
Transmissão: 15,42	Alíquota ICMS: 72,24
Encargos: 15,62	Valor do ICMS: 2,62
Tributos: 86,95	Valor do PIS: 12,09

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
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 COAF**².

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

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

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

<input type="checkbox"/> Declaro Profissão: <u>Recuso</u>	Renda: <u>Recuso</u>	e apresento os documentos comprobatórios de SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
<input checked="" type="checkbox"/> Recuso informar		17 JAN 2019
<p>Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.</p> <p>Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.</p>		

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)	Telefone celular (DDD)			
				<u>(86) 3303-4104</u>	<u>(86) 99534-6565</u>			

Teresina 16 de Janeiro de 2019
Local e Data

Nelle Rose 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
PIAUI - PI - R-297 CASA-03 DIRCEU 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



Assinatura do Declarante

Gustavo Pinheiro da Silva Vieira

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





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 Uruguaí, 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 ARIMATÉIA REGO DE ARAÚJO – Cel. BM
Comandante Operacional de Bombeiros*



Altan



HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

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

NOME DO PACIENTE: Matheus Ferreira Vilanova
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 491924 V. olvane

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

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	Trajeto?: Não	Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico (corre x moto).
 Sem uso de capacete, comovece e spa em postura rígida e colo cervical. Não relata dor à retirada do colar cervical e refere dor intensa em coxa direita. Torax estável, abdome flácido e inalterado à palpação; pelve estável; dor à mobilização em coxa D. Nega confusão mental e náuseas.

PA _____ mmHg | Pulso: _____ | PC: _____ bpm | Temp.: _____
 Diagnóstico Inicial: 17 JAN 2019

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: Rx coxa D, Rx torax e Rx lúcia.	RAIO-X REALIZADO: _____ DATA: 20/10/18 Técnico: _____
--	---

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	DATA SAÍDA: / / . HORA: : -
	<input type="checkbox"/> A Pedido		() Internação na Unidade
DESTINO:		Prof. Dr. Mauro Andre Gonçalves Cirurgia Geral / Videolaparoscopia CRM-PI 6199 / CRM-MA 8596	
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado:
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	CID Compatível: 0109050519
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3768 - 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 SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Aassinatura solicitante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
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
Carimbo/Aassinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Aassinatura solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

Carimbo/Aassinatura Prof. Parecer



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Fundação Municipal de Saúde

HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	DIÁNICA	ENF. ou APT.	LEITO
<i>José Alves Ferreira Oliveira</i>	<i>191224</i>		<i>P00</i>		
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE		
<i>Obesidade</i>					
PREScrição MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
<i>João Pedro</i>		<i>06hs Planejamento Norte</i>			
DATA: <i>10/01/2019</i>	HORA:	<i>Av P Tele 22</i>			
<p><i>Visto Nutricionista Andressa Brumatti</i></p> <p><i>1 - Dieta geral</i></p> <p><i>2 - SF 0,9% 500ml EV de 12h/12h</i></p> <p><i>3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h</i></p> <p><i>4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h</i></p> <p><i>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h</i></p> <p><i>6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h</i></p> <p><i>7 - CCGG + SSVV</i></p>					
<p><i>06/01/2019</i></p> <p><i>06/01/2019</i></p> <p><i>06/01/2019</i></p> <p><i>06/01/2019</i></p> <p><i>06/01/2019</i></p> <p><i>06/01/2019</i></p>					
<p><i>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</i></p> <p><i>17 JAN 2019</i></p> <p><i>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Lote C Centro-Norte CEP: 64002-470 Teresina-PI</i></p>					
<p><i>Dr. Ricardo Valença</i></p> <p><i>Ortopedia - Traumatologia</i></p> <p><i>CRM: 3766 - TEOT: 11306</i></p>					
<p><i>cer</i></p>					



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 24/10/18

NOME DO PACIENTE: Matheus Teresiano Vilanova V. BRONTE N.º 491924

DIAGNÓSTICO: Fractura Tíbia / Fractura Fíbula (E) CIRURGIA: Tart. Externa + Interna + Enxerto

ANESTESIA: Ketamina + Sevofl

N.º DA SALA: 05

CIRURGIÃO: R: Joel

CPF N.º:

AUXILIAR: M: Chaves

CPF N.º:

ANESTESIA: R: Henrique

CPF N.º:

INSTRUMENTADORA: J. Jenílvia DR. JOEL CAMPOS NETO

CRFN.º:

*ORTOPEDISTA / CRM-PI 1930
SUS: AMBULATÓRIO AGU/UNEU/SAÚDE
OUTROS: MED CENTER 2107.4747*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N.º	8,0	75	PAR
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N.º			PAR
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO			PAR
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 N.º	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N.º	20	UNID.	01	<i>Itadene Crayon</i>	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Até clive genitale 20cm</i>	UNID.	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Algumas entropias</i>	UNID.	02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2,0	UNID.	04				
FITA UMBILICAL							
VICRYL	0	UNID.	04				
PROLENE							

*DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA / CRM-PI 1930
SUS: AMBULATÓRIO AGU/UNEU/SAÚDE
OUTROS: MED CENTER 2107.4747
CUSTO: PRECO: CUSTANTE: J. Ribeiro*



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório *Ranha branca, Reta / Ranha branca esquerda*

Operação - Tipo *NAM A RETA / OBTURADORA ILEO / AACR BURNO ESCAMAS*

Cirurgião *DIL CNEP*

1º Assistente

DR CNEP

2º Assistente *DR MÁRCIA VNM*

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

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

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. DDH regr. ant + Sutur.

2. lig. art. dia. via art. II () - Drenagem
dren. art. IIc. humor. sít. na

3. inc. LIA + lba () - dren. pr. dren. dren.

Tecido gr. br. 0,04 g, 12f - Enxerto ósseo, Dren.
sít. (na)

4. dren. art. IIx de capl

Td.

DR JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA / CRM-PI 1030
SUS AMBULATÓRIO HOSPITAL ARANHUA
OUTROS MDCENTER 2107-4747



FICHA DE ANESTESIA

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

Name: <u>Henrique T. V. V. de Oliveira</u>	Sala: <u>5</u>	Alergia: <u>Não informou</u>	Data: <u>29/10/18</u>
Procedimento: <u>Descompressão Féroux D G n.º 6</u>	Cirurgião: <u>José</u>	Observações:	

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Fentanil	01	100 mcg											
2 Midazolam	01	2 mg											
3 Bupivacaína liposo.	01	15 mg											
4 Morfina	01	100 mcg											
5 Cefazolina	02	2 g											
6 Rantidina	01	50 mg											
7 Dexamezetomidina	01	10 mcg											
8 Nitrogênio	02	2 g											
9 Pétromofofo	01	100 ml											
10 Propofol	01												
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volutil	%												

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

Acesso Vascular

- Periférico 400
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 JG 24/24

Decúbito: 004

SPO2 (%)	98%	99%	99%	98%	99%	99%
ETCO2 (mmHg)						
Acas. Venoso	50 mmHg	+ 100				
Acas. Venoso						
Diurese						
Perdas Sanguíneas						

Descrição da Anestesia: 1) Período paut. + curto oncol. 2) Monitorização 3) Raquianestesia lumbar c/ agulha via mediana L4/L5. 4) ETO + Sintomatismo 5) Sedação 6) O2 nas cateter nasal 2L/min

Dr. Henrique Rocha
Médico Anestesiologista
CRM-PI: 460 REG: 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
Requisição:	884877	Solicitação: 20/10/2018	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 690017
Controle:	1096593	Convênio: S U S	Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA

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 integros.
- 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



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 integros.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

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

TERESINA - PI 08/11/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
 CPF: 335.029.803-30 CRM 2353
 Profissional Responsável



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
Requisição:	886054	Solicitação: 24/10/2018	Solicitante: JOEL CAMPOS NETO	Atendimento: 225468
Controle:	1098239	Convênio: SUS	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 integros.
- 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

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
Requisição:	886054	Solicitação: 24/10/2018	Solicitante: JOEL CAMPOS NETO
Controle:	1098240	Convênio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 002

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 24/10/2018

RELATÓRIO:

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: 335.029.603-59 CRM 2353
Professional Responsável



CLÍNICA MACHADO

RECEITUÁRIO

(Declaração que restabelece)

Tenho nome ^{Vieira} Vilanova Oliveira, fui vítima de acidente de sombra, fato ocorrido em 20.10.18 às 12.00HS, Teve o sofrido

Forte trauma eel M10 e M5E, Cervi-

Santo eel Fratura eel porção

distal do fêmur direito e fras-
tura eel porção distal do rádio

e esquerdo, onde foi introdu-
cida cirurgicamente a fratura de osteosí-

tes profundos e fios de titâni-
cos com complementação eel fíbro-

feros. eel alfa definitiva

relativa eel seguindo portes

dovendo eel fixação dos movimen-
tos, eel curvalhamento fun-

cional de 90%

10.05.18

Ecancelo

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



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



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

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.

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

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

Teresina-PI, 4 de julho de 2003.

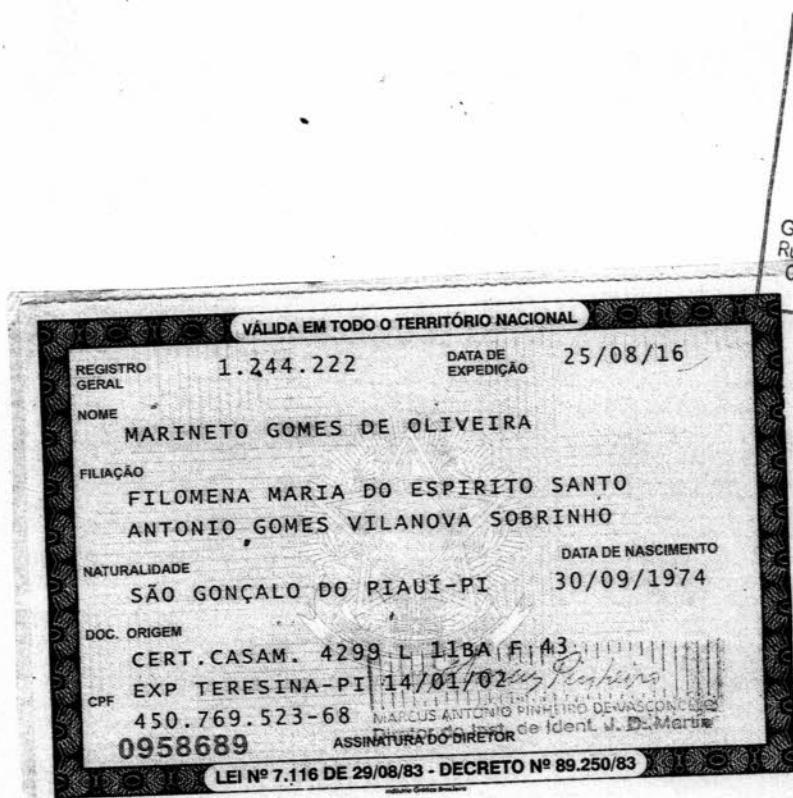
Oficial



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 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO

CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE
DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 141 F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78
TERESINA - PI

Pedro Gomes de Moraes
Perito Criminal

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 ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONADAÇÃO 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 - OSTEOSÍNTESSES - 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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Marineto Gomes de Oliveira

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Identidade: 3.244.222

CPF: 450.769.523-68

Profissão: Agente comunitário de Saúde

Endereço: Rua Agente manuel Pedro Paganini nº 5231

CEP: 64079-385

Telefone: (86) 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

OUTORGADO:

Nome: Well Rose Soares Borges

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4.119.262

CPF: 840.173.173-91

Profissão: Receuse

Endereço: Rua 24 de Janeiro nº 544

CEP: 64000-235

Telefone: (86) 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

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Wellrose Teresina Vilanova Oliveira

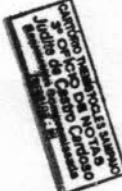


TERESINA - PI, 06 NOVEMBRO / 2018

Local e data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Cartório Themistocles Sampaio 3º OFÍCIO DE NOTAS	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI Fone: (086) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriothesm.com.br	RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 06/11/2018. Emol.: 3,71 Tt: 0,74 Saldo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABK.44671 (F510P636)
---	--	---

[Handwritten signature over the stamp]

JUDÍCIA DE CARTÓRIO CARDOZO Estrevente Autorizada



Selado e Fiscalizado
 e Autenticidade
 Poder Judiciário
 Estado do Piauí
 Atos de Notas,
 Registro e
 Judiciais
 RECONHECIMENTO
 DE FIRMA
 ABK 44671

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

CPF de: Representante

Data do acidente: 20/10/2018

Titular do CPF: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa