

Browser tabs: Email - A, Controle, Message, Audiência, Consulta, 0815442, (26) What, CamScanner, Downloads, Portal do, +

Address bar: Não seguro | tpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=532398&ca=bc532ce66af5eca0995c4b...

Page Header: ProceComCiv 0815442-65.2020.8.18.0140
M. T. V. V. Q. X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Page Title: 11543062 - CONTESTAÇÃO (2745250 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 26/08/2020 11:14:13

Left Panel: 26 Aug 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
11543059 - CONTESTAÇÃO
11543062 - CONTESTAÇÃO (2745250 CONTESTACAO 01)
11543067 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
11543070 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
11543072 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
11543077 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Main Content: downloadBinario.seam 1 / 10
2745250- CS/ 2020-08114/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI
Processo: 08154426520208180140

Taskbar: 11:14 26/08/2020



Número: **0815442-65.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **14/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
M. T. V. V. O. (AUTOR)		FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)	
MARINETO GOMES DE OLIVEIRA (INTERESSADO)		FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11543067	26/08/2020 11:14	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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 - OSTEOSÍNTESES - 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 - OSTEOSÍNTESES - 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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

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 - OSTEOSÍNTESES - 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

Pag. 00239/00240 - carta_03 - INVALIDEZ

00080120



Carta nº 13838630





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

Carta nº 13839241



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: INTERRUPTÃO 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

Pag. 00445/00446 - carta_02 - INVALIDEZ

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, 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:

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

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

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

RENDA 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) ☐ 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 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 prejuízo da 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 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: maximiliano admes 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. 93020001-3684

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 Tenório Vilanova Vieira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Maurício Gomes De Oliveira		450.769.523-68	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Agente Comunitário	Rua Agente Manoel Probo Lagoa	5231	Coisa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Praça Horizonte	Teresina	PI	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).

REDA 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) ☐ 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, centrada na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de 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: _____ 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

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
O 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 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 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:
**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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ☐ () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico FONSECA DE OLIVEIRA
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058





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

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:

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 Manoel Probo Aguiar

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:

☒ 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)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3389

CONTA:

23058

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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 afibricado

Local e Data: Teresina - Piauí 30/01/19

Nome: Manoel Gomes De Oliveira

CPF: 450.769.523-68

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.

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.

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 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

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

(User: VALDENICE MENDES)
(Estação: RECEPCAO1)

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	Tipico:	Não
CID Secundário:	V299				

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico (carro x moto) com uso de cinto de segurança, comprido e spa em prancha rígida e colar cervical. Não relatou dor à retirada do colar cervical e refre dor intensa em coxa direita. Torax estável, abdome flácido e indolor à palpação; pulso estável; dor à 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 lombar.

RAIO-X REALIZADO

DATA 20/10/2018

Técnico:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENI - 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: <u> / / </u>
	☐ A Pedido		HORA: <u> : : </u>
ÓBITO:	☐ Até 24 Hs	☐ Família	☐ Internação na Unidade
	☐ De 24 a 48 Hs	☐ IML	Proced. Solicitado: <u> </u>
	☐ Após 48 Hs	☐ Anat. Patol.	CID Compatível: <u> </u>

Assinatura Paciente ou Responsável

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

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

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: 000000023058-4

Nr. da Autenticação F960AE3B35AC6418



Águas de Teresina

Nossa água muito bem tratada

CNPJ 27.157.474/0001-06 - TE 19.20.55.24
Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.37
28181817893533

MATRÍCULA

23417595-8

FATURA Nº

153034925

MÊS / ANO

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

15

13

13

13

13

12

FATURADO

15

13

13

13

13

12

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA

15/09/2018

LEITURA

1558

ATUAL

17/10/2018

1572

CONSUMO MÊS M3

14

LEI 12.741/2012

PIS. PASSE 7,72% = 0,78

COFINS 47,72% = 3,62

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL

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

0 10 2.6510 50

10 25 4.9400 50

25 999999 8.5300 50

NÃO RESIDENCIAL

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO

5.

VALOR REFERENTE AGUA - 46,27

> Residencial-Normal

JUROS POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

REF.

14,0 m3

08/2018

08/2018

VALOR

46,27

0,60

0,85

VENCIMENTO

29/10/2018

TOTAL A PAGAR

47,72

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

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

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 6.967/95, 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	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	914	914	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 17/10/2018

HORA DA EMISSÃO: 09:35

TC 1.37

28181817893533

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



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 autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0051869-7

011488364

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

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

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
AGÓ/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 - 0,684090

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							
DIC	CH	OD	DIS	DIC	CH	OD	DIS
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00			0,00			0,00	

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



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.

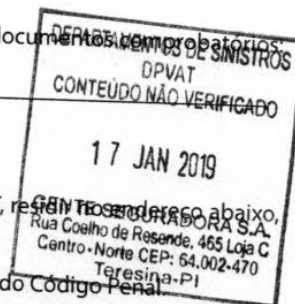
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário marcelo Gomes de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 450.769.523 / 68 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima matheus Terfoara vilanova viana 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, resseguradora, 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		Número	Complemento
Rua 24 De Janeiro		544	Sala
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Teresina	PI	64000-235
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
	(86) 3303-4104		(86) 99534-6565

Teresina 16 de Janeiro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



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)





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



Certidão de Ocorrência nº 193/2018

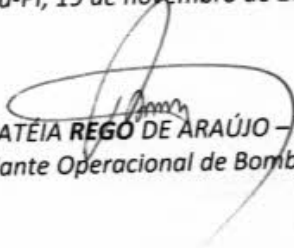
CERTIFICO, a requerimento da pessoa interessada, o Senhor Marineto Gomes de Oliveira, RG 1.244.222 SSP/PI, CPF 450.769.523-68, residente e domiciliada à Rua Agente Manoel Probo Pagador, nº 5231, bairro Novo Horizonte, no município de Teresina, Estado do Piauí, Telefone (86) 99866-4986, conforme Protocolo 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





Alto



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

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

(User: VALDENICE MENDES)

(Estação: RECEPCAO1)

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 e spa em prancha rígida e collar cervical. Não relatou dor à retirada do collar cervical e refere dor intensa em coxa direita. Torax estável, abdome flácido e indolor à palpação; pulso estável; dor a imobilização em coxa D. Nega confusão mental e vômitos.

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: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENI 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:
DESTINO:	☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs		
DESTINO:	☐ Família ☐ IML ☐ Anat. Patol.		
OBITO:	☐ Internação na Unidade		
PROCED. SOLICITADO:	V299 F23 0108050519		
CID COMPATÍVEL:	Prof. Dr. Mauro André Gonçalves Cirurgia Geral / Videolaparoscopia CRM-PI 6199 / CRM-MA 8596		

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

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





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
Responsável: O MESMO	CNS: 898003729782594	Fone: 86-99586-166
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:

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



DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

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

Carimbo/Assinatura Solicitante

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE Paulo Lopes Oliveira	PRONTUÁRIO 491224	D. NASCIMENTO	CLÍNICA POJ	ENE ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES YCHO 20/12/2017	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 20/12/2017 HORA: 12h	HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
Visto Nutricional Andressa Benvenuto 1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/Ch 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV 17/12/2017 18/12/2017 19/12/2017 20/12/2017 21/12/2017 22/12/2017 23/12/2017 24/12/2017 25/12/2017 26/12/2017 27/12/2017 28/12/2017 29/12/2017 30/12/2017 31/12/2017 01/01/2018 02/01/2018 03/01/2018 04/01/2018 05/01/2018 06/01/2018 07/01/2018 08/01/2018 09/01/2018 10/01/2018 11/01/2018 12/01/2018 13/01/2018 14/01/2018 15/01/2018 16/01/2018 17/01/2018 18/01/2018 19/01/2018 20/01/2018 21/01/2018 22/01/2018 23/01/2018 24/01/2018 25/01/2018 26/01/2018 27/01/2018 28/01/2018 29/01/2018 30/01/2018 31/01/2018 01/02/2018 02/02/2018 03/02/2018 04/02/2018 05/02/2018 06/02/2018 07/02/2018 08/02/2018 09/02/2018 10/02/2018 11/02/2018 12/02/2018 13/02/2018 14/02/2018 15/02/2018 16/02/2018 17/02/2018 18/02/2018 19/02/2018 20/02/2018 21/02/2018 22/02/2018 23/02/2018 24/02/2018 25/02/2018 26/02/2018 27/02/2018 28/02/2018 29/02/2018 30/02/2018 01/03/2018 02/03/2018 03/03/2018 04/03/2018 05/03/2018 06/03/2018 07/03/2018 08/03/2018 09/03/2018 10/03/2018 11/03/2018 12/03/2018 13/03/2018 14/03/2018 15/03/2018 16/03/2018 17/03/2018 18/03/2018 19/03/2018 20/03/2018 21/03/2018 22/03/2018 23/03/2018 24/03/2018 25/03/2018 26/03/2018 27/03/2018 28/03/2018 29/03/2018 30/03/2018 31/03/2018 01/04/2018 02/04/2018 03/04/2018 04/04/2018 05/04/2018 06/04/2018 07/04/2018 08/04/2018 09/04/2018 10/04/2018 11/04/2018 12/04/2018 13/04/2018 14/04/2018 15/04/2018 16/04/2018 17/04/2018 18/04/2018 19/04/2018 20/04/2018 21/04/2018 22/04/2018 23/04/2018 24/04/2018 25/04/2018 26/04/2018 27/04/2018 28/04/2018 29/04/2018 30/04/2018 01/05/2018 02/05/2018 03/05/2018 04/05/2018 05/05/2018 06/05/2018 07/05/2018 08/05/2018 09/05/2018 10/05/2018 11/05/2018 12/05/2018 13/05/2018 14/05/2018 15/05/2018 16/05/2018 17/05/2018 18/05/2018 19/05/2018 20/05/2018 21/05/2018 22/05/2018 23/05/2018 24/05/2018 25/05/2018 26/05/2018 27/05/2018 28/05/2018 29/05/2018 30/05/2018 31/05/2018 01/06/2018 02/06/2018 03/06/2018 04/06/2018 05/06/2018 06/06/2018 07/06/2018 08/06/2018 09/06/2018 10/06/2018 11/06/2018 12/06/2018 13/06/2018 14/06/2018 15/06/2018 16/06/2018 17/06/2018 18/06/2018 19/06/2018 20/06/2018 21/06/2018 22/06/2018 23/06/2018 24/06/2018 25/06/2018 26/06/2018 27/06/2018 28/06/2018 29/06/2018 30/06/2018 01/07/2018 02/07/2018 03/07/2018 04/07/2018 05/07/2018 06/07/2018 07/07/2018 08/07/2018 09/07/2018 10/07/2018 11/07/2018 12/07/2018 13/07/2018 14/07/2018 15/07/2018 16/07/2018 17/07/2018 18/07/2018 19/07/2018 20/07/2018 21/07/2018 22/07/2018 23/07/2018 24/07/2018 25/07/2018 26/07/2018 27/07/2018 28/07/2018 29/07/2018 30/07/2018 31/07/2018 01/08/2018 02/08/2018 03/08/2018 04/08/2018 05/08/2018 06/08/2018 07/08/2018 08/08/2018 09/08/2018 10/08/2018 11/08/2018 12/08/2018 13/08/2018 14/08/2018 15/08/2018 16/08/2018 17/08/2018 18/08/2018 19/08/2018 20/08/2018 21/08/2018 22/08/2018 23/08/2018 24/08/2018 25/08/2018 26/08/2018 27/08/2018 28/08/2018 29/08/2018 30/08/2018 31/08/2018 01/09/2018 02/09/2018 03/09/2018 04/09/2018 05/09/2018 06/09/2018 07/09/2018 08/09/2018 09/09/2018 10/09/2018 11/09/2018 12/09/2018 13/09/2018 14/09/2018 15/09/2018 16/09/2018 17/09/2018 18/09/2018 19/09/2018 20/09/2018 21/09/2018 22/09/2018 23/09/2018 24/09/2018 25/09/2018 26/09/2018 27/09/2018 28/09/2018 29/09/2018 30/09/2018 01/10/2018 02/10/2018 03/10/2018 04/10/2018 05/10/2018 06/10/2018 07/10/2018 08/10/2018 09/10/2018 10/10/2018 11/10/2018 12/10/2018 13/10/2018 14/10/2018 15/10/2018 16/10/2018 17/10/2018 18/10/2018 19/10/2018 20/10/2018 21/10/2018 22/10/2018 23/10/2018 24/10/2018 25/10/2018 26/10/2018 27/10/2018 28/10/2018 29/10/2018 30/10/2018 31/10/2018 01/11/2018 02/11/2018 03/11/2018 04/11/2018 05/11/2018 06/11/2018 07/11/2018 08/11/2018 09/11/2018 10/11/2018 11/11/2018 12/11/2018 13/11/2018 14/11/2018 15/11/2018 16/11/2018 17/11/2018 18/11/2018 19/11/2018 20/11/2018 21/11/2018 22/11/2018 23/11/2018 24/11/2018 25/11/2018 26/11/2018 27/11/2018 28/11/2018 29/11/2018 30/11/2018 01/12/2018 02/12/2018 03/12/2018 04/12/2018 05/12/2018 06/12/2018 07/12/2018 08/12/2018 09/12/2018 10/12/2018 11/12/2018 12/12/2018 13/12/2018 14/12/2018 15/12/2018 16/12/2018 17/12/2018 18/12/2018 19/12/2018 20/12/2018 21/12/2018 22/12/2018 23/12/2018 24/12/2018 25/12/2018 26/12/2018 27/12/2018 28/12/2018 29/12/2018 30/12/2018 31/12/2018 01/01/2019 02/01/2019 03/01/2019 04/01/2019 05/01/2019 06/01/2019 07/01/2019 08/01/2019 09/01/2019 10/01/2019 11/01/2019 12/01/2019 13/01/2019 14/01/2019 15/01/2019 16/01/2019 17/01/2019 18/01/2019 19/01/2019 20/01/2019 21/01/2019 22/01/2019 23/01/2019 24/01/2019 25/01/2019 26/01/2019 27/01/2019 28/01/2019 29/01/2019 30/01/2019 31/01/2019 01/02/2019 02/02/2019 03/02/2019 04/02/2019 05/02/2019 06/02/2019 07/02/2019 08/02/2019 09/02/2019 10/02/2019 11/02/2019 12/02/2019 13/02/2019 14/02/2019 15/02/2019 16/02/2019 17/02/2019 18/02/2019 19/02/2019 20/02/2019 21/02/2019 22/02/2019 23/02/2019 24/02/2019 25/02/2019 26/02/2019 27/02/2019 28/02/2019 29/02/2019 30/02/2019 01/03/2019 02/03/2019 03/03/2019 04/03/2019 05/03/2019 06/03/2019 07/03/2019 08/03/2019 09/03/2019 10/03/2019 11/03/2019 12/03/2019 13/03/2019 14/03/2019 15/03/2019 16/03/2019 17/03/2019 18/03/2019 19/03/2019 20/03/2019 21/03/2019 22/03/2019 23/03/2019 24/03/2019 25/03/2019 26/03/2019 27/03/2019 28/03/2019 29/03/2019 30/03/2019 31/03/2019 01/04/2019 02/04/2019 03/04/2019 04/04/2019 05/04/2019 06/04/2019 07/04/2019 08/04/2019 09/04/2019 10/04/2019 11/04/2019 12/04/2019 13/04/2019 14/04/2019 15/04/2019 16/04/2019 17/04/2019 18/04/2019 19/04/2019 20/04/2019 21/04/2019 22/04/2019 23/04/2019 24/04/2019 25/04/2019 26/04/2019 27/04/2019 28/04/2019 29/04/2019 30/04/2019 01/05/2019 02/05/2019 03/05/2019 04/05/2019 05/05/2019 06/05/2019 07/05/2019 08/05/2019 09/05/2019 10/05/2019 11/05/2019 12/05/2019 13/05/2019 14/05/2019 15/05/2019 16/05/2019 17/05/2019 18/05/2019 19/05/2019 20/05/2019 21/05/2019 22/05/2019 23/05/2019 24/05/2019 25/05/2019 26/05/2019 27/05/2019 28/05/2019 29/05/2019 30/05/2019 31/05/2019 01/06/2019 02/06/2019 03/06/2019 04/06/2019 05/06/2019 06/06/2019 07/06/2019 08/06/2019 09/06/2019 10/06/2019 11/06/2019 12/06/2019 13/06/2019 14/06/2019 15/06/2019 16/06/2019 17/06/2019 18/06/2019 19/06/2019 20/06/2019 21/06/2019 22/06/2019 23/06/2019 24/06/2019 25/06/2019 26/06/2019 27/06/2019 28/06/2019 29/06/2019 30/06/2019 01/07/2019 02/07/2019 03/07/2019 04/07/2019 05/07/2019 06/07/2019 07/07/2019 08/07/2019 09/07/2019 10/07/2019 11/07/2019 12/07/2019 13/07/2019 14/07/2019 15/07/2019 16/07/2019 17/07/2019 18/07/2019 19/07/2019 20/07/2019 21/07/2019 22/07/2019 23/07/2019 24/07/2019 25/07/2019 26/07/2019 27/07/2019 28/07/2019 29/07/2019 30/07/2019 31/07/2019 01/08/2019 02/08/2019 03/08/2019 04/08/2019 05/08/2019 06/08/2019 07/08/2019 08/08/2019 09/08/2019 10/08/2019 11/08/2019 12/08/2019 13/08/2019 14/08/2019 15/08/2019 16/08/2019 17/08/2019 18/08/2019 19/08/2019 20/08/2019 21/08/2019 22/08/2019 23/08/2019 24/08/2019 25/08/2019 26/08/2019 27/08/2019 28/08/2019 29/08/2019 30/08/2019 31/08/2019 01/09/2019 02/09/2019 03/09/2019 04/09/2019 05/09/2019 06/09/2019 07/09/2019 08/09/2019 09/09/2019 10/09/2019 11/09/2019 12/09/2019 13/09/2019 14/09/2019 15/09/2019 16/09/2019 17/09/2019 18/09/2019 19/09/2019 20/09/2019 21/09/2019 22/09/2019 23/09/2019 24/09/2019 25/09/2019 26/09/2019 27/09/2019 28/09/2019 29/09/2019 30/09/2019 01/10/2019 02/10/2019 03/10/2019 04/10/2019 05/10/2019 06/10/2019 07/10/2019 08/10/2019 09/10/2019 10/10/2019 11/10/2019 12/10/2019 13/10/2019 14/10/2019 15/10/2019 16/10/2019 17/10/2019 18/10/2019 19/10/2019 20/10/2019 21/10/2019 22/10/2019 23/10/2019 24/10/2019 25/10/2019 26/10/2019 27/10/2019 28/10/2019 29/10/2019 30/10/2019 31/10/2019 01/11/2019 02/11/2019 03/11/2019 04/11/2019 05/11/2019 06/11/2019 <					



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/10/18

NOME DO PACIENTE: Matheus Terpana Vilela V. PRONTO SOFIA Nº 491924
DIAGNÓSTICO: Pneumonia / Ponto Ruim (E) CIRURGIA: Dr. Exatim + Ponto + Exatim
ANESTESIA: Naipen + Sedação Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Joel CPF Nº: _____
AUXILIAR: Dr. Chagas CPF Nº: _____
ANESTESIA: Dr. Henrique CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Denilvia CRENº: _____

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA / CRM-PI 1930
SUS - AMBULATÓRIO HIGIENIZADO
OUTROS: MEDICINA 2107.4747

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-270
Teresina

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n. 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 8,0 75	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 20	UNID.	01		Atadura crepom	unz	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Atadura gaze 20x	unz	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Algodão 100% algodão	unz	02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	unz	04					
FITA UMBILICAL							
VICRYL 0	unz	04					
PROLENE							

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA / CRM-PI 1930
SUS - AMBULATÓRIO HIGIENIZADO
OUTROS: MEDICINA 2107.4747

ASSINANTE: Dr. João

MOD - 094





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório *Ranha branisa Baur / Ruptura ligamento Baur*

Operação - Tipo *TIPO A Baur / Omentum Ilico / APT. Ligamento Baur*

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. Sutura ligamento Baur + Sutura*
- 2. Sutura do ligamento Baur - ligamento Ilico - Sutura*
distância Ilico - ligamento Baur
- 3. Sutura Ilico + Sutura - Sutura*
distância Ilico - Sutura
- 4. Sutura do ligamento Baur*
DR.



DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA / CRM-PI 1930
SUS AMPLIANDO SEU HORIZONTE
OUTROS MEDICAMENTOS 2107-4747

Mod. 76 HUT





FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: MATHEUS T. V. V. DE OLIVEIRASala: 5Alergia: NÃO (URFOLIN)Data: 24/10/18

Procedimento:

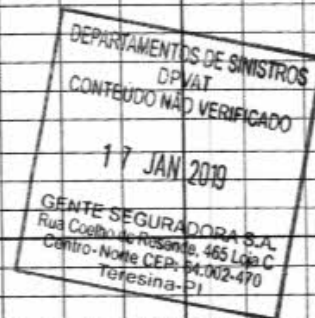
DEGRADATIVO FÊMUR D E MÃO (E)

Cirurgião:

JOSÉ

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 BUPIVACAÍNA HIPRO.	01	15 mg											
4 MORFINA	01	100 mg											
5 CEFOTRIAXONA	02	2 g											
6 CLONITIDINA	01	30 mg											
7 DOXAMETASONA	01	10 mg											
8 DIFENIDOL	02	2 g											
9 FOTODUROS	01	100 mg											
10 PROPOFOL	01	100 mg											
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 JEONAL

Decúbito:

DDH

SPO2 (%)	99.7	99.1	99.1	99.1	98.1	99.1	99.1
ETCO2 (mmHg)							
Aces. Venoso	SF. 200						
Aces. Venoso							
Diurese							
Perdas Sanguíneas							

Descrição da Anestesia: 1) Indução pont. + cat. aut. 2) Monitorização 3) Raquianestesia + bloqueio com 1 agulha
via mediana L4-L5. 4) ATO + sintomático 5) Solução 6) O2 100 cateter nasal 2L/min

Dr. Henrique Rocha
Médico Anestesiologista
CRM-PI: 4607 RQE 3811





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: 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: 335.029.603-30 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: 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



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

Pág: 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: 335.029.603-50 GRM 2353

Profissional Responsável





**CLÍNICA
MACHADO**

RECEITUÁRIO

Declaracao que a Sra. ^{Vieira} ~~Tejofora~~ Vilanova 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
sembr com fratura e porção
difícil de se fazer o diagnóstico e fra-
tura que porção distal do radio
esquerdo. Onde foi tratado
cirurgicamente com fios de osteosin-
tese e placas parafusos e fios de titânio
com acompanhamento com fisio-
terapia, com alta definitiva
relata com sequelas: fortes
dores com limitação dos movimen-
tos, com acompanhamento fun-
cional de 90%
10.05.19 *Edimar*

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

- 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

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.

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



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 118A F 43

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

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"

0476253

Nelle Roze Soares Marques

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 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE
DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 114 F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/18

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 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.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Marinete Gomes de Oliveira
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado
Identidade: 3.244.222
CPF: 450.769.523-68
Profissão: Agente Comunitário de Saúde
Endereço: Rua Agente Manoel Pedro Pazador nº 5231
CEP: 64079-385
Telefone: (66) 99866 4986 / 9 8869 7254

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recuso
Endereço: Rua 24 de Janeiro nº 544
CEP: 64000-235
Telefone: (86) 99534-6565 99401-2688

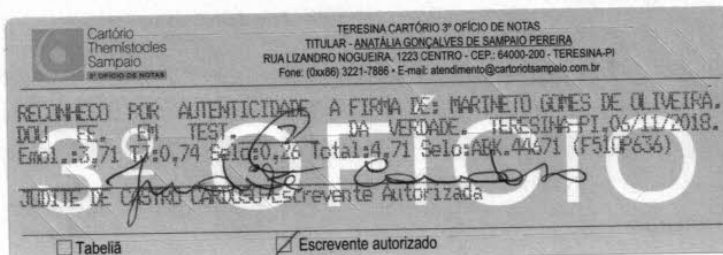
Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de 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 pericia 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: 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

