
Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190007694

Vítima: MARINALDO FERREIRA DIAS

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARINALDO FERREIRA DIAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190007694

Vítima: MARINALDO FERREIRA DIAS

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARINALDO FERREIRA DIAS

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

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190007694

Vítima: MARINALDO FERREIRA DIAS

Data do Acidente: 07/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARINALDO FERREIRA DIAS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARINALDO FERREIRA DIAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000060210-8

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:

006.537.083-00

Nome completo da vítima:

Marivaldo Ferreira Reis

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAMILIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA) - TITULAR (SEU) Nº 445/2012

Nome completo:

Marivaldo Ferreira Reis

Profissão:

Trinta

Endereço:

Rua 24

CPF:

006.537.083-00

Número:

2376

Complemento:

Bairro:

Parque Alameda

Cidade:

Timon

Estado:

Mato Grosso

CEP:

(86) 99472-9591

E-mail:

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0029 013

CONTA:

60230

8

(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 DE 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 da invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

02 JAN 2019
RUA COLOMBIA, 465 LOJA C
CEP: 64.002-470
TERRA-P1

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 com(s) pai(s) e/ou mãe(s): ☐ Sim ☐ Não e a vítima deixou com(s) filho(s), 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 20.12.18

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (se 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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004365/2018-09

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 19/12/2018 - 13:19

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora
07/06/2018 - 12:40

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Endereço
PONTE METALICA, Nº:
Complemento

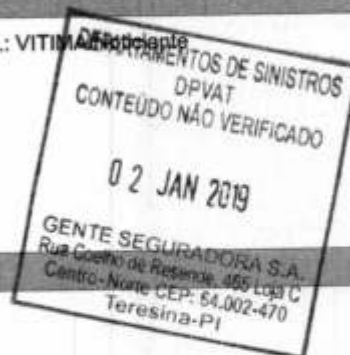
Bairro
MATINHA

Ponto de Referência
BARREIRA MILITAR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS
RG: 1980861 PI
Mãe: LAIDE FERREIRA
Endereço: RUA 24, Nº 2376
Complemento: PARQUE ALVORADA
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: TIMON

Tipo Envolv.: VITIMÁRIO



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELAÇA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/CG 150 TITAN ESD, PLACA PIB-1314-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 01010545962, E QUE TRAFEGAVA PELA PONTE METÁLICA, SENTIDO TIMON/TERESINA, QUANDO AO ATRAVESSAR A PONTE, DERRAPOU NOS TRILHOS E CAIU. DEPOIS UMA OUTRA MOTO ATROPELOU O MESMO. FOI SOCORRIDO POR FRANCILIO DA SILVA COSTA, BECO 02, Nº 767-CILA ANGELICA, TIMON-MA, E LEVADO PARA A UPA. (PRONT. 115840). DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT. (PRONT. 125658). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

MARINALDO FERREIRA DIAS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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:	
	006.537.083-00	Maurício Ferreira Reis	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (última atualização: 15/04/2012)			
Nome completo:		CPF:	
Maurício Ferreira Reis		006.537.083-00	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Pintor	Rua: 24	2376	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Parque Alvorada	Timon	Maranhão	
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(86) 99472-9591		

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 A 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: 0029 013 CONTA: 60230 8
(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 de indenização 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 de prazo.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo médico apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ATOS DE SINISTROS
 CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
 02 JAN 2019
 RUA CHANTRE, 465 Lda C
 64060-470
 FONE: 982-470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou com: vivo(a): ☐ Sim ☐ Não e a vítima deixou com: vivo(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, Timon - Piauí 20.12.18
 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

(*) 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.

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 08/06/2018 17:22:15

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARINALDO FERREIRA DIAS	Prontuário:	115840
Mãe:	LAIDE FERREIRA	Pai:	MANOEL SOUSA DIAS
End.Resid.:	ENG. MIGUEL FURTADO BACELAR, 3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento:	21/12/1979	Idade:	38a5m18d
Sexo:	Masculino	Fone:	- -
Responsável:	O MESMO	CNS:	
Profissão:		Documento:	CPF: 006.537.083-00
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Ignorado
End.Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	260285	Entrada:	08/06/2018 16:43:06	Convênio:	S U S	Proced:	0301060096
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Edema	Verde
Breve História Clas. Risco:	KARLA DANIELLA GOMES DE SOUSA E COREN/PI 276894 Em: 08/06/2018 16:56:20	
Refere acidente de motocicleta ontem, refere dor e edema em pé E,		

SSVV:	(Hora: ____:____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 02 JAN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx : fratura do maleolo lateral com desvio cd: cirurgia	

Diagnóstico Inicial:	CID:
Fratura do maléolo lateral	S82.6

Exames Complementares:	CNPJ: 05.522.917/0003-19 UPA - RENASCENÇA Rua Rio Verde, nº 2810 Renascença III - CEP 64.082-110 Teresina - Piauí
------------------------	---

Prescrição Médica:	Confere Com o Original 30.07.18
cetoprofeno 100mg-----1amp	
dipirona-----1amp	
soro fisiológico-----100ml ev	

Motivo da Alta/Encerramento:	
Alta com Receita	DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

Manoel Chonici da Silva

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 08/06/2018 17:22:15

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARINALDO FERREIRA DIAS	Prontuário:	115840
Mãe:	LAIDE FERREIRA	Pai:	MANOEL SOUSA DIAS
End.Resid.:	ENG. MIGUEL FURTADO BACELAR, 3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento:	21/12/1979	Idade:	38a5m18d
Sexo:	Masculino	Fone:	- -
Responsável:	O MESMO	CNS:	
Profissão:		Documento:	CPF: 006.537.083-00
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Ignorado
End.Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	260285	Entrada:	08/06/2018 16:43:06	Convênio:	S U S	Proced:	0301060096
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Edema	Verde
Breve História Clas. Risco:	KARLA DANIELLA GOMES DE SOUSA E COREN/PI 276894 Em: 08/06/2018 16:56:20	
Refere acidente de motocicleta ontem, refere dor e edema em pé E,		

SSVV:	(Hora: ____:____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx : fratura do maleolo lateral com desvio cd: cirurgia
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 02 JAN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

Diagnóstico Inicial:	CID:
Fratura do maléolo lateral	S82.6

Exames Complementares:	CNPJ: 05.522.917/0003-19 UPA - RENASCENÇA Rua Rio Verde, nº 2810 Renascença III - CEP 64.082-110 Teresina - Piauí
------------------------	---

Prescrição Médica:	Confere Com o Original
cetoprofeno 100mg-----1amp	
dipirona-----1amp	
soro fisiológico-----100ml ev	

Motivo da Alta/Encerramento:	
Alta com Receita	DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Manoel Chonici da Silva

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: 11/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINALDO FERREIRA DIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000060210-8

Nr. da Autenticação 7A2B29D1E97BD9E3

NOME/ENDEREÇO
MORADOR: MARIA CLEONICE DA SILVA
RUA 24, No. 2376 - PARQUE ALVORADA, TIMON-MA - CEP.65633-530

LOCALIZAÇÃO
015-00004-020360
DATA APROX. PROX. LEITURA 20/12/2018
GRUPO 015
NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y175153379

HISTÓRICO DO CONSUMO
MÊS/ANO TIPO LIDO FATURADO
10/2018 Lido 23 23
09/2018 Lido 23 23
08/2018 Lido 22 22
07/2018 Lido 24 24
06/2018 Lido 25 25
05/2018 Lido 25 25

ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LETURA
ANTERIOR 22/10/2018 392
ATUAL 22/11/2018 414

CONSUMO MÊS em 22
MÉDIA DIÁRIA (m³/dia) 12.741/2012
MÉDIA 6 MÊSES (m³) 12.504.654
COPING 12.504.654
12.504.654

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	Faixa de Consumo	R\$ (m³)	E (m³)
0	10	3.9550	00
10	20	3.4960	00
20	30	3.8050	00
30	40	4.1650	00
40	9999999	4.4640	00

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 80,68		
> Residencial-Normal	22,0 m³	80,68
JUROS POR ATRASO	10/2018	0,12
MULTA POR ATRASO	10/2018	1,75

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$ (m³) E (m³)

ÁGUAS DE

VENCIMENTO 10/12/2018
TOTAL A PAGAR 82,53

IRREGULARIDADES/INFORMACIONES

BENEFICIÁRIOS DA TARIFA SOCIAL PROCURAR LOJA DE ATENDIMENTO PARA REALIZAR O RECADASTRAMENTO. O MESMO É OBRIGATORIO PARA NÃO PERDER O BENEFÍCIO.

*** NOTIFICAÇÃO ***

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais n.º 11.445/2007, Art.4º, inciso V e n.º 8.987/95, Art.6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. e Decreto nº5448)

PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES EM CONFORMIDADE	ANÁLISES EM INCONFORMIDADE	MÉDIA/MÊS	VALOR PERMITIDO
Cloro Livre	431	431	0	0,48	0,20-5,00 mg/L
Cor Aparente	432	432	0	2,59	Inferior a 15,00
pH	433	433	0	7,14	6,00-9,50
Turbidez	434	434	0	0,05	Inferior a 5,00
Coliformes Totais	435	435	0	Ausência	Ausência

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. e Decreto nº5448)

PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES EM CONFORMIDADE	ANÁLISES EM INCONFORMIDADE	MÉDIA/MÊS	VALOR PERMITIDO
Escherichia Coli	436	436	0	Ausência	Ausência

DATA EMISSÃO: 22/11/2018
HORA EMISSÃO: 14:58

ÁGUAS DE
ALTIMON

PATRÍCULA 44685-8	FATURA Nº 150595923 MÊS/ANO 11/2018
VENCIMENTO 10/12/2018	VALOR A PAGAR 82,53

82680000000-0 82531443000-0 00201815059-5 59230100104-2



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 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 06.840.743/0001-89 | Ins. Estadual 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Registro em nome da empresa autônoma sob o CNPJ 06.840.743/0001-89

Nº da Nota Fiscal

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

NOVEMBRO/2018 04-12-2018 CONSUMO (kWh) 100 TOTAL A PAGAR - R\$ 176,63

MARCIA VITAL DE LIMA CADRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		VAL	DATAS DA LEITURA 27-11-2018	
Atual		11998	Atual:	25-10-2018
Anterior:		1,000	Anterior:	26-12-2018
Constante de Multiplicação:		160	Próxima Leitura:	26-11-2018
Consumo Medido:		160	Emissão:	27-11-2018
Consumo Faturado:	NORMAL	FCAM	Apresentação:	33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
RESIDENCIAL	MONO	A1484335	195

HISTÓRICO kWh	CONSUMO	VALOR
OUT/18	138	10,97
SET/18	158	26,00
AGO/18	186	3,20
JUL/18	171	6,05
JUN/18	206	2,25
MAI/18	189	
ABR/18	215	1,30
MAR/18	234	1,45
FEV/18	212	
JAN/18	181	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 A 150 - 0,571362

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO
Lembre-se que o prazo para o pagamento é de 15 dias após o vencimento.
Parabéns! Até o dia 26-11-2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

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

RESERVADO AO FISCO B50D.4EBE.39F0.FEAF.0CCC.05FD.BE9B.90F1

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Destinação:	26,11	Base de Cálculo	124,16
Energia:	49,62	Alíquota ICMS:	22,00%
Energia:	7,80	Valor do ICMS:	28,19
Energia:	7,90	Valor do PIS:	1,52
Energia:	36,73	Valor do COFINS:	7,02

TERESINA-MACAUBA
5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03
0,00 0,00 0,00
09/2018 46,08

Eletrobras Distribuição Piauí		TOTAL A PAGAR - R\$	
SEU CÓDIGO	0051867-0	176,63	
MÊS FATURADO	11/2018	VENCIMENTO	
014224202		04-12-2018	

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.743/0001-89 | Ins. Estadual 19.301.383-5
36000000001 5 76630017000 4 000000000051 3 86701118008 2

SEQ.: 00093 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 27/11/2018 T.ENTR.: 01
LEITURA: 12158 NORMAL TOTAL: 176,63 CARGA: 016
DI.VENC.: 04-12-2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2182

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Kelly Maria de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marinaldo Ferreira Dias inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.537.083-00, do sinistro de DPVAT cobertura Interalug da Vítima Marinaldo Ferreira Dias, inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.537.083-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



Endereço <u>Rua: Vinte e Quatro de Janeiro</u>	Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Curitiba</u>	Estado - <u>PR</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99472-9591</u>

Tho, Pi 20 de 12 de 18
Local e Data

Kelly Maria de Oliveira
Assinatura do Declarante

BOLETIM DE ENTRADA (BE)
DADOS DO PACIENTE:

Imp: 08/06/2018 17:22:15

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS		Prontuário: 115840	
Mãe: LAIDE FERREIRA		Pai: MANOEL SOUSA DIAS	
End.Resid.: ENG. MIGUEL FURTADO BACELAR, 3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 21/12/1979	Idade: 38a5m18d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: CPF: 006.537.083-00	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 260285	Entrada: 08/06/2018 16:43:06	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Edema	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Refere acidente de motocicleta ontem, refere dor e edema em pé E, 		KARLA DANIELLA GOMES DE SOUSA E COREN/PI 276884 Em: 08/06/2018 16:56:20

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: paciente teve entorse de tornozelo esquerdo rx : fratura do maléolo lateral com desvio cd: cirurgia	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 02 JAN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
--	--

Diagnóstico Inicial: Fratura do maléolo lateral	CID: S82.6
---	----------------------

Exames Complementares:	CNPJ: 05.522.017/0003-19 UPA - RENASCENÇA Rua Rio Verde, nº 2810 Renascença III - CEP 64.082-110 Teresina - Piauí
-------------------------------	---

Prescrição Médica: cetoprofeno 100mg-----1amp dipirona-----1amp soro fisiológico-----100ml ev	Confere Com o Original  30.07.18
---	--

Motivo da Alta/Encerramento:
Alta com Receita
DATA: / / HORA: :

Maria Clomice da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 251211894	Nº REGULAÇÃO: 29191	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: MARINALDO FERREIRA DIAS	NASCIMENTO: 21/12/1979	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PCT TEVE ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO, APRESENTA FRATURA DO MALEOLO LATERAL COM DESVIO

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO MALEOLO LATERAL

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-420
Teresina-PI

DATA: 08/06/2018 18:17:28

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renasença III - CEP 64.082-110
Teresina - Piauí

Compare com o Original

Marjane
30.07.18



Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/ 0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

5826

De: UPA	Para: HUT
Mansueto Ferraz Dias	
Registro:	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
Paciente tem entorse de torn esquerdo e apresenta fratura de malhete lateral com desvio.	
TERESINA-PI 08106118	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
TERESINA-PI: _/_/_	
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

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

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64.082-110
Teresina-PI

Confere Com o Original
mariajane
30.07.18



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Marinaldo Ferreira Dias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 125658



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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 08/06/2018 19:56:17

(DANYELLE VIEIRA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS		Prontuário: 125658	
Mãe: LAIDE FERREIRA		Pai: MANOEL SOUSA DIAS	
End.Resid.: RUA ENGENHEIRO MIGUEL FURTADO BACELAR N°3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP:			
Nascimento: 21/12/1979	Idade: 38a5m18d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98829-8194
Responsável: MARIA CLEONICE		CNS: 706702549658911	
Profissão: PINTOR		Documento: RG: 1.980.861 - SSP-PI	
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 668924	Data: 08/06/2018 19:53:48	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:** *Ortopedia - Pat*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *relato de acidente automobilístico de 24h evoluindo com trauma torácico E. ferimento aberto anterior em região anterior de tórax E. neurovascular hemodinâmica, cefal. cp. Lx torácico E. - fratura malleolo lateral 2+4+ co: entorse + lco gerado*

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: **Data/Hora:** __/__/__:__ **CRD - S82,6**
cod. proced. - 0408050578.

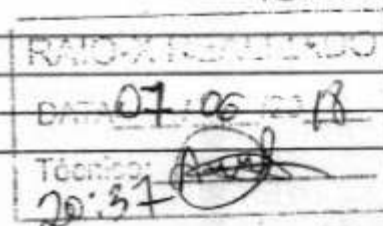
DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

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



Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

3

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 251211894	Nº REGULAÇÃO: 29191	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: MARINALDO FERREIRA DIAS		NASCIMENTO: 21/12/1979

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PCT TEVE ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO, APRESENTA FRATURA DO MALEOLO LATERAL COM DESVIO			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO MALEOLO LATERAL			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 08/06/2018 18:17:28

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



[Handwritten signature]



Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/ 0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

582.6

De: UPA	Para: HUT
Maurício Ferraz Dias	
Registro:	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
Paciente tem entorse de tornozelo esquerdo e apresenta fratura do malleolo lateral com desvio.	
Dr. Tércio Dentos Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 1124	
TERESINA-PI 081066118	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
TERESINA-PI: _/_/_	
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

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

Imp: 08/06/2018 17:22:11

(Usuário: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADGRESSO-PC)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARINALDO FERREIRA DIAS		Prontuário: 11584	
Mãe: LAIDE FERREIRA		Pai: MANOEL SOUSA DIAS	
End.Resid.: ENG. MIGUEL FURTADO BACELAR, 3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 21/12/1979	Idade: 38a5m18d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: CPF: 006.537.083-00	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 260285	Entrada: 08/06/2018 16:43:06	Convênio: S U S	Proced: 030106009
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS INFERIORES			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Edema	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Refere acidente de motocicleta ontem, refere dor e edema em pé E,		KARLA DANIELLA GOMES DE SOUSA COREN/PI 276884 Em: 08/06/2018 16:56:20

SSVV: (Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg **Altura:** 0,00 M **IMC:** 0,00 Kg/m2 **Pulso:** bpm **Pressão:** mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

paciente teve entorse de tornozelo esquerdo
rx : fratura do maleolo lateral com desvio
cd: cirurgia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

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

CID:
s926

Diagnóstico Inicial:
Fratura do maléolo lateral

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

cetoprofeno 100mg-----lamp
dipirona-----lamp
soro fisiológico-----100ml ev

Motivo da Alta/Encerramento:

Alta com Receita.

DATA: / /

HORA: :

Maria Clonici da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 101022	
	AIH: 2218100335979	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 706702549658911	NOME DO PACIENTE MARINALDO FERREIRA DIAS	NASCIMENTO 21/12/1979	SEXO M	PRONTUÁRIO 125658
DOCUMENTO CPF 1980861 SSP-PI	TELEFONE 86988298194	NOME DA MÃE LAIDE FERREIRA	RESPONSÁVEL MARIA CLEONICE	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
BAIRRO BUENOS AIRES	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE CIRURGIA.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RAIO X EXAME FISICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408050578 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
EDUARDO RIGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
CPF: 64433121387 CRM:

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
08/06/2018

DATA ADMISSÃO
08/06/2018 19:53

DATA ALTA
10/06/2018 09:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO CPF: 37320645300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA DATA ANÁLISE: 08/06/2018 21:22:43 CPF: CRM: DATA ANÁLISE:
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

MARINACHO FERNANDA DIAS

Diagnóstico pré-operatório

frat. Mandíbula Inferior

Operação - Tipo

RAT 1

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Dr. Leocádio Soares
ORÇAMENTO / TRAUMATOLOGIA
CMA-10-465-1030130
6041-1031-1030130

Anestesiologista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

09/06/18

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em ASA, sob anestesia com MIE generoso.
- 2) Anestesia + antiespasmódico com compressa oral.
- 3) Incisão lateral + dissecção + RAT 1 com placa 1/3 tubo 6 fur.
- 4) Enxerto com 50% 5/0 e sutura por planos atipula.
- 5) Contorno local e retirada de gesso com BPS.
- 6) A SKPA

Dr. Leocádio Soares
ORÇAMENTO / TRAUMATOLOGIA
CMA-10-465-1030130
6041-1031-1030130

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/06/18

NOME DO PACIENTE: <u>Marimilson Ferreira</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>125658</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Roscadio</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Almir</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Neves</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	—	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES 5.0	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Cruzeiro</u>	unid	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 02 JAN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON 2.0	und	03					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL 0	und	01		CIRCULANTE: <u>Deanna e Rosimilda</u>			
PROLENE		—					



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

forwards

[illegible]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lige C
Centro-Norte CEP: 84.002-470
Teresina-PI

Dr. YOUNG SOURCE FILES
Orthopedic & Traumatologists
Cirurgia de Doença Vertebral
CRM - RJ 3746 / D.O.U. - MA 95-95

NOME Adriano Pereira Dias IDADE 38 anos DATA 09/10/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA fix. tnt. nódulo lateral etc. CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>101 x 59</u>	<u>113 x 55</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>79</u>	<u>70</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100 %</u>	<u>98 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>E. Lymgela</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>10/10/18</u>		<u>10/10/18</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda: () Nasog () Nasofo
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 19:25h: Admitido o 38a em 201 de fixação
fixação do nódulo lateral do M I esquerdo, sob
to de anestesia, m sup e sedação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 02 JAN 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
 Centro - Niterói CEP: 24.002-470
 Niterói - RJ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA
21:40

HORÁRIO

ANESTESIOLOGIA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS ☒POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED ☒ INT [] NEU [] CIR [] ME

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENÉ ou APT.	LEITO
Navaral do Ferreira Dacio					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS				
Fratura toraxo E (moleto lateral E)	Nup allergy Nup antibioticada.				
	HORÁRIO				
DATA: 08/06/18	OBSERVAÇÕES				
PREScrição Médica 21:15					
Visto Nutricionista Rafaela CBS/PI 5320					
1) Dileceol livre zero a gachar 20h.					
2) SF 0,9% 50ml. IV, 12/14h					
3) Cefalotro 1g + AD. IV, 6/16h					
4) Dapsona 500mg 1ml - 2ml + AD. IV, 6/16h					
5) Tetracil 20mg + AD. IV, 12/14h					
6) Bromopride 10mg + AD. IV, 12/14h					
7) Prometol 100mg + 100ml SF 0,9%, IV, 8/16h se der regradatoria					
8) CCG + SB					
9) Paracetamol 50mg + AD. IV, 12/14h					
OBS: curativo amarrado com Dr. Blocaid (09/06/18)					

DEPARTAMENTOS DE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERI
02 JAN 2019
GENTE SEGURADORA
Rua Coentro de Resende, 465 L
Centro Norte CEP: 64.002-
Teresina - PI

**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

Página: 1 de 1

15

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARINALDO FERREIRA DIAS** (Prontuário: 125658)
Endereço: RUA ENGENHEIRO MIGUEL FURTADO BACELAR N°3582 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 21/12/1979 Idade: 38a7m28d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 216092
Requisição: 845340 Solicitação: 09/06/2018 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
Controle: 1045475 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 231 LEITO 230

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 09/06/2018

TORNOZELO ESQUERDO

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

- Fratura na fibula distal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura na fibula distal com fixação metálica

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/08/2018

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





À Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

C/C SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

C/C Ministério Público Federal

ASSUNTO: IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR NOVOS DOCUMENTOS MÉDICOS – EXIGÊNCIA ABUSIVA – DESCUMPRIMENTO DE TAC ENTRE MPF E SEGURADORA LÍDER

Sinistro 3190/007694 Vítima: Marinaldo Ferreira Dias - CPF 006.537.083-00

Procurador(a): Keylly Moura de Oliveira

Na qualidade de beneficiário/vítima, por meio de minha procuradora abaixo assinada, venho pela presente declaração informar que estou impossibilitado de cumprir a exigência "Documentação Médico-Hospitalar - Status: Não Conforme" de meu pedido de indenização, pelas razões a seguir:

1ª Toda a documentação médica existente, necessária e suficiente, exigida pela Lei 6.194/74 já foi enviada e se encontra no processo;

2ª O serviço de saúde a qual passei por atendimento e tratamento médico NÃO FORNECE RELATÓRIOS MÉDICOS QUE APONTEM SEQUELA PERMANENTE PARA FINS SECURITÁRIOS, bem como não fornecem exames de imagem com Laudo;

3ª Os PROFISSIONAIS MÉDICOS SE RECUSAM A FORNECER E PREENCHER RELATÓRIOS MÉDICOS DE CARÁTER SECURITÁRIO, pois são proibidos pela Resolução do CFM nº 2003/2012, QUE DETERMINA QUE ESSA FUNÇÃO É RESTRITA A EXAME MÉDICO PERICIAL, bem como MÉDICO ASSISTENTE É PROIBIDO DE SER PERITO OU AUDITOR DE SEU PRÓPRIO PACIENTE, nos termos do Art. 93 do Código de Ética Médica;

4ª Os profissionais médicos somente se dispõem a preencher e fornecer tais relatórios se houver pagamento em caráter particular, com prévio agendamento em seus consultórios, sendo que ISSO OCORRENDO POR EXIGÊNCIA DA SEGURADORA LÍDER OU SUA CONSORCIADA É UM CERCEAMENTO DO MEU DIREITO A TER MEU PEDIDO ACATADO E INDENIZADO, já que tais consultas particulares possuem custos altíssimos, dos quais estou impossibilitado de arcar;

5ª Esta EXIGÊNCIA TAMBÉM VIOLA O QUE FOI DETERMINADO ENTRE O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E A SEGURADORA LÍDER DPVAT, ATRAVÉS DO TCAC nº 01/2012 e consequente divulgação da Circular PRESI 031/2012 de 06/09/2012, FICANDO DESDE ENTÃO "PROIBIDA A SOLICITAÇÃO OU EXIGÊNCIA, COMO CONDIÇÃO PARA REQUERIMENTO E/OU PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES DO SEGURO DPVAT, DE LAUDOS MÉDICOS, ESPECIALMENTE AQUELES EM QUE É SOLICITADO OU EXIGIDO O PREENCHIMENTO/ELABORAÇÃO PELO PROFISSIONAL MÉDICO QUE ATENDEU A VÍTIMA ACIDENTADA"

6ª A INSISTÊNCIA DESTA EXIGÊNCIA DOCUMENTAL, ainda conforme Circular PRESI 031/2012, E "O DESCUMPRIMENTO DAS MEDIDAS PREVISTAS NO TCAC E DESCRITAS NA PRESENTE CIRCULAR, PODERÃO ENSEJAR MULTAS DE UM SALÁRIO MÍNIMO POR EVENTO E SERÃO DE RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA QUE NÃO OBSERVOU AS DETERMINAÇÕES ORA

TRANSMITIDAS, PODENDO HAVER AINDA, FISCALIZAÇÃO E COMUNAÇÃO DE MULTAS PELA SUSEP”;

7ª a DOCUMENTAÇÃO POLICIAL E MÉDICA ENVIADA É PERFEITAMENTE SUFICIENTE PARA A COMPROVAÇÃO DO NEXO DE CAUSA E A LESÃO, EXIGIDOS NO ART. 5º DA LEI 6.174/94. Já o RESPECTIVO GRAU DE INVALIDEZ, SE NECESSÁRIO, PODERÁ SER APURADO MEDIANTE O AGENDAMENTO DE UMA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL AGENDADA POR ESTA SEGURADORA LÍDER, a qual reitero a concordância em realiza-la conforme concordei no formulário enviado Declaração de Inexistência do Laudo do IML, sem que haja prejuízo ao prazo regulamentar de análise e conclusão do processo que é de até 30 dias, conforme Resolução CNSP nº 332/2015;

8ª – Meu acidente ocorreu em XX/XX/20xxxx, SENDO QUE NÃO ESTOU MAIS EM TRATAMENTO MÉDICO e toda a documentação necessária para esta seguradora avaliar minha sequela MEDIANTE A REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL JÁ ESTA NO MEU PROCESSO;

9ª – CONFORME RESOLUÇÃO DA SUSEP Nº 332/2015, ESTA SEGURADORA TEM ATÉ 30 DIAS PARA RESOLVER MEU PROCESSO A PARTIR DO PROTOCOLO, SENDO QUE MEU PROCESSO SE ENCONTRA COM SINISTRO GERADO E CADASTRADO DESDE O DIA XX/XX/20XX, PORTANTO, HÁ MAIS DE XXX DIAS;

PORTANTO, TAL EXIGÊNCIA É ILEGAL, ARBITRÁRIA E ABUSIVA, UMA VEZ QUE ESTÃO ME PEDINDO DOCUMENTO MÉDICO QUE É PRATICAMENTE IMPOSSÍVEL DE OBTER, UMA VEZ QUE O SERVIÇO DE SAÚDE, NEM MEU MÉDICO FORNECE POR SEREM PROIBIDOS PELA LEGISLAÇÃO MÉDICA EM FORNECER, E TAMBÉM POR ESTA EXIGÊNCIA LESAR O MEU DIREITO LÍQUIDO E CERTO A INDENIZAÇÃO, POIS TENHO SEQUELAS PARCIAIS PERMANENTES DECORRENTE DA MINHA LESÃO DO ACIDENTE.

Sendo assim, REQUEIRO que esta Seguradora RECONSIDERE ESTA EXIGÊNCIA E A RETIRE DO SISTEMA PARA CONTINUIDADE NA ANÁLISE DE MINHAS SEQUELAS, MEDIANTE O AGENDAMENTO DE UMA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, UMA VEZ QUE PERÍCIA MÉDICA INDIRETA É VEDADA PELO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E DEZENAS DE RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL E REGIONAIS DE MEDICINA, sob pena de infração ética do médico que contrariar tais preceitos.

EM HAVENDO MANUTENÇÃO DESTA PENDÊNCIA ILEGAL, INFORMO QUE FAREI DENÚNCIA A SUSEP, AO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Nestes termos, pede-se deferimento.

Att.

Nome e Assinatura da Vítima/Procurador

Kyelly Naves de Oliveira

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1294290398

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1294290398

PROIBIDO PLASTIFICAR

1294290398

NOME
MARINALDO FERREIRA DIAS

DOC. IDENTIDADE / CÓD. EMISSOR
1980861 SSP PI

CPF
006.537.083-00

DATA NASCIMENTO
21/12/1979

FUNÇÃO
MANOEL SOUSA DIAS
LAIDE FERREIRA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06403849984

VALIDADE
14/11/2019

P. HABILITAÇÃO
03/07/2015

OBSERVAÇÕES

Marinaldo Ferreira Dias
ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
22/07/2015

95164900394
P3317519140

ARÃO MARTINS DO REGO LORRÃO
DEPUTADO GERAL DO DETRAN-PI
ASSINATURA DO DIRETOR

DETRAN-PI (PIAUI)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 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"

0501401

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
BARÃO DE GRAJAU-MA DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 39751 V 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI
839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013404353322
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01010545962		2018
NOME			
MARINALDO FERREIRA DIAS			
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
CPF / CNPJ			
00653708300		PLACA	
		PIB-1314	
PLACA ANT. / UP		CHASSI	
		9C2KC1650ER029423	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLE/MENKUMA		ALCOOL/GAS	
MARCA / MODELO		ANO FAB. - ANO MOD.	
HONDA/CG 150 TITAN ESD		2014 - 2014	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
002F/0149CC		PARTICU	
		COR PREDOMINANTE	
		VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
		1º IPVA	
FAIXA L.R.V.A.		PARCELAMENTO / COTAS	
		2º	
		3º PAGO	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
000,00		000,00	
PRÊMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
000,00		09/05/2018	
OBSERVAÇÕES			
A/FIDUCIARADMINISTRADORA DE CONDIÇÃO NÃO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL		DATA	
TERESINA		09/05/2018	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013404353322 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	09/05/2018
VIA	CPF / CNPJ
1	00653708300
RENAVAM	PLACA
01010545962	PIB-1314
MARCA / MODELO	ANO FAB. - CAT. TARIF.
HONDA/CG 150 TITAN ESD	2014 - 09
CHASSI	
9C2KC1650ER029423	
PRÊMIO TARIFÁRIO	
PAS (R\$)	DETRAN (R\$)
000,00	000,00
CUSTO DO SEGURO (R\$)	
000,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)
000,00	000,00
TOTAL SEM I.O.F. (R\$)	
185,50	
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	09/05/2018
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.688/0001-04	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN 2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190007694 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO FERREIRA DIAS **Data do acidente:** 07/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(PREENCHER COM LETRAS LEGÍVEIS E SEM RASURAS)

OUTORGANTE:

Nome: Marinaldo Ferreira Dias
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 1980861
CPF: 006.537.083-00
Profissão: Pintor
Endereço: Rua: 24 N° 2396 B. Parque Alvorada
Cep: _____
Telefone: (86) 99472-9591

OUTORGADO:

Nome: Keylly moura de oliveira
Estado civil: Solteira
CPF: 839.502.303-00
Profissão: Corretor (A)
Endereço: R: vinte e quatro de janeiro n:554 bairro : Centro THE-PI
CEP: 64.018-650
Telefone: (86) 9.9472-9591 / (86) 9.8807-780



Pelo presente instrumento particular da procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representá-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS 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 substalecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitido para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vítima Marinaldo Ferreira Dias
Teresina - Piau 19/12/2018

Marinaldo Ferreira Dias LOCAL DATA 

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-300 - TERESINA-PI
Fone: (0xx86) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriosampio.com.br

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARINALDO FERREIRA DIAS DOU FE EM TST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 19/12/2018. Selo: AAA22536-K6TH

www.tpi.jus.br/postalestra

JUIZ DE DIREITO CASSIO CARVALHO Autorizada

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000862/19

Vítima: MARINALDO FERREIRA DIAS

CPF: 006.537.083-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/06/2018

Titular do CPF: MARINALDO FERREIRA DIAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

MARINALDO FERREIRA DIAS : 006.537.083-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 02/01/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa